

Kontrola zdrowia a wsparcie społeczne i satysfakcja z życia w okresie późnej dorosłości

Health Control, Social Support and Life Satisfaction in Late Adulthood

Abstract: This study aims at investigating the relationship between the health locus of control and social support and life satisfaction in late adulthood. It was intended to investigate which dimension of health control dominates in the respondents and whether it is related to the frequency of medical visits, education, living alone or with relatives, subjective assessment of health as well as perceived social support and life satisfaction. It was also examined whether there are differences in the health locus of control between people with secondary and higher education. The study was conducted among 85 people aged 60 to 79: students of a Third Age University and participants of the PLinEU Senior Activity Centre. The research results indicate that it is the internal health locus of control that dominates in the respondents, which is related to the number of medical visits and living alone. There was a significant positive relationship between the internal health locus of control and subjective assessment of health. Differences between people with secondary and higher education in the health locus of control were demonstrated. There was no relationship between the health locus of control and social support and life satisfaction.

Keywords: health locus of control, social support, late adulthood

Słowa kluczowe: umiejscowienie kontroli zdrowia, wsparcie społeczne, późna dorosłość

WPROWADZENIE

Osoby wkraczające w okres późnej dorosłości mierzą się zarówno z doświadczeniem wielu strat, jak i z podejmowaniem nowych wyzwań. Okres późnej dorosłości oznacza między innymi obniżanie się sprawności fizycznej oraz pogarszanie się stanu zdrowia. Jedną z charakterystyk starości w wymiarze biologicznym jest „patologia mnoga” oznaczająca występowanie kilku dolegliwości jednocześnie u tej samej osoby (Krzymiński, 1993). Nie ulega zatem wątpliwości, że kwestie dotyczące zdrowia,

dbałości o nie, a także radzenia sobie z chorobami, stanowią istotny element życia w późnej dorosłości. Stąd też osoby starsze charakteryzują się większą niż osoby młodsze tendencją do skupiania się na stanie własnego zdrowia.

Wskazuje się, że w związku ze starzeniem się społeczeństw medycyna staje przed wyzwaniem diagnozowania oraz leczenia coraz większej liczby osób cierpiących na choroby przewlekłe (Kurpas i in., 2014). Jednocześnie coraz bardziej promowany jest biopsychospołeczny model zdrowia i choroby wskazujący na biologiczne, psychologiczne i społeczne

komponenty zdrowia i wzajemne między nimi powiązania (Sęk, 2003). W modelu tym zwraca się uwagę na znaczenie wsparcia społecznego, które może być zarówno buforem pozwalającym dłużej utrzymać dobre zdrowie, jak i niespecyficznym czynnikiem leczącym w przypadku osób już chorujących. Zgodnie z biopsychospołecznym modelem osoby bliskie powinny organizować sieci wsparcia dla osoby chorej, zwracać uwagę na jej stan psychiczny, a także mobilizować jej zasoby psychologiczne. Gwarancją zachowania dobrego zdrowia ma być nie tylko przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących przyjmowania leków czy dbania o suplementację, ale także dobre funkcjonowanie w społeczeństwie i otrzymywanie oraz udzielanie wsparcia społecznego. Wsparcie, w szczególności emocjonalne, dostarczane przez otoczenie, bezpośrednio wpływa na stan zdrowia, co zostało zauważone u wielu pacjentów chorujących na choroby przewlekłe. Pełni ono niezwykle istotną rolę w zachowaniu zdrowia, ochronie przed zapadaniem na choroby, wiąże się z wyższą skutecznością działań na rzecz zdrowia. Otrzymane wsparcie może pozytywnie wpłynąć na podniesienie jakości życia osoby chorej (Kurpas i in., 2014). Osoby, które mają satysfakcjonujące relacje z innymi, zarówno z partnerami, jak i krewnymi oraz sąsiadami, są generalnie zdrowsze, ale też przejawiają większą motywację do dbania o własne zdrowie (Głębocka, Szarzyńska, 2005).

Jedną z charakterystyk decydującą o dbałości osoby o własne zdrowie oraz podejmowanych przez nią działaniach jest umiejscowienie kontroli zdrowia, które może warunkować postawy i zachowania związane ze zdrowiem. Umiejscowienie kontroli zdrowia określa sposób myślenia na temat możliwości wpływania na własne zdrowie oraz poczucie odpowiedzialności za jego stan. Pozostaje ono w ścisłym związku z zasobami osobistymi człowieka, w tym wsparciem społecznym.

W prezentowanych badaniach postanowiono przeanalizować związek między umiejscowieniem kontroli zdrowia a wsparciem społecznym oraz poczuciem satysfakcji z życia, sprawdzając dodatkowo, czy kontrola zdrowia powiązana jest z liczbą odbywanych wizyt lekarskich, wy-

kształceniem, subiektywną oceną stanu zdrowia, a także z faktem zamieszkiwania samotnie lub z osobami bliskimi.

KONTROLA ZDROWIA

Konstrukt „umiejscowienie kontroli zdrowia” wywodzi się z teorii społecznego uczenia się Juliana B. Rottera (1990), która stara się wyjaśnić różne perspektywy i sposoby interpretowania przez ludzi życiowych zdarzeń. Lokalizacja kontroli jest uznawana za wymiar osobowości człowieka, który warunkuje jego autonomię i podejmowane zadania. Według tej teorii osoba podejmuje różnego rodzaju działania instrumentalne, aby zaspokoić swoje potrzeby. Podejmowanie i powtarzanie określonych zachowań prowadzi do uwarunkowania człowieka i wytworzenia się pewnych wzorców działania. W kolejnych podobnych przypadkach będzie on więc oczekiwał wzmocnień, czyli określonych wyników swojego zachowania. Tym wzmocnieniom człowiek będzie przypisywał przyczyny – wewnętrzne (zależne od niego) lub zewnętrzne (zależne od innych ludzi lub od przypadku). Jeśli częściej przypisze wspomnianym wzmocnieniom osobisty wpływ, wytworzy się u niego poczucie wewnętrznego umiejscowienia kontroli. Jeśli jednak uzna, że to czynniki zewnętrzne, a więc otoczenie, doprowadziły do danej sytuacji, będzie się charakteryzował bardziej zewnętrznym umiejscowieniem kontroli (Nowicki i in., 2017). W przypadku kontroli wewnętrznej osoba kładzie nacisk na osobisty wpływ na zaistniałe zdarzenia i przyczyny pozytywnych skutków podjętych działań poszukuje w sobie. Ludzie, u których ten typ umiejscowienia kontroli dominuje, przejawiają jednocześnie wyższą pewność siebie, większe poczucie samoskuteczności oraz wiarę we własne siły w podejmowaniu życiowych wyzwań. Z kolei jeśli chodzi o zewnętrzne umiejscowienie kontroli, mamy do czynienia z sytuacją odwrotną – człowiek przyjmuje, że to czynniki zewnętrzne wpływają na jego obecne położenie a więc przyczyny danego stanu rzeczy tkwią poza nim samym, są efektem oddziaływań innych osób lub przypadku.

W związku z tym osobie tej brakuje zaufania do własnych działań, wiary we własne siły i poczucia wpływu na to, co ją spotyka. Ludzie cechujący się zewnętrznym umiejscowieniem kontroli są mniej pewni siebie i swoich działań, rzadziej wychodzą z inicjatywą i są raczej zależni od innych (Pilewska-Kozak i in., 2016).

Ważną sferą, w której analizuje się poczucie kontroli, jest zdrowie człowieka. Wyróżnia się następujące wymiary kontroli zdrowia: kontrolę wewnętrzną, kontrolę innych oraz kontrolę przypadku. Dwa ostatnie wymiary składają się na zewnętrzną kontrolę zdrowia. Kontrola zdrowia oznacza stopień, w jakim osoba żywi przekonanie, że może wpływać na stan swojego zdrowia. Badania wskazują, że osoby przejawiające wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia są przekonane o posiadaniu realnego wpływu na jego stan oraz częściej podejmują różnego rodzaju zachowania prozdrowotne, które mają się przyczynić do poprawy samopoczucia. Barbara Wallston i Kenneth Wallston (1978) wskazują na związek wewnętrznej kontroli z poczuciem odpowiedzialności za stan własnego zdrowia. Poczucie kontroli zdrowia jest bardzo mocno związane z wybieranymi przez człowieka działaniami, radzeniem sobie z trudnościami i determinacją w ich pokonywaniu. Wewnętrzne lokowanie kontroli pozytywnie koreluje z zadaniowym nastawieniem wobec problemu, dbałością o własne zdrowie czy nawet długością życia. Osoby, które lokują w ten sposób kontrolę, nie boją się podejmować wyzwań, konsekwentnie dążą do osiągnięcia celu, nawet jeśli wymaga to długotrwałego zaangażowania. Z kolei osoby, które umiejscowienie kontroli lokują zewnętrznie, przypisują innym lub przypadkowi wpływ na swój stan, dzięki czemu pozornie unikają ryzyka oraz odpowiedzialności. Podczas gdy dla osób lokujących kontrolę wewnętrzną profilaktyka oznacza samodzielne wypracowywanie codziennych, prozdrowotnych nawyków, dla osób o zewnętrznej kontroli zachowaniem profilaktycznym jest regularne udawanie się do lekarza oraz przestrzeganie jego zaleceń (Wajrak, Włoszczak-Szubzda, 2018). Ci drudzy często są przekonani o nikłej możliwości wpływu na własny stan zdrowotny, co prowadzi do bierności i braku motywacji do podjęcia stanowczych

kroków, by ten stan poprawić, chyba że dostają wyraźne zalecenia i konkretne instrukcje z zewnątrz (Kurpas i in., 2014).

Warto zauważyć, że istnieją sytuacje, w których przypisywanie odpowiedzialności za własne zdrowie innym, na przykład personelowi medycznemu, i stosowanie się do jego zaleceń może być zbawienne dla osoby chorującej przewlekłe. Przyjęcie wewnętrzznego poczucia kontroli za własne zdrowie będzie z kolei szczególnie korzystne w momentach, kiedy osoba zamierza podejmować nowe działania prozdrowotne i wprowadzać w życie nowe pozytywne nawyki zdrowotne. W takiej sytuacji już nie zalecenia innych, a własna wewnętrzna motywacja i poczucie odpowiedzialności za swój stan mogą przynieść pożądane rezultaty (Lipowski, Szczepańska-Klunder, 2013).

Z pojęciem umiejscowienia kontroli zdrowia jest związane także pojęcie zachowań zdrowotnych. Jak pokazują badania, osoby, które na Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia otrzymują wysokie wyniki na wymiarze wewnętrznej kontroli, przejawiają bardziej autonomiczną postawę i poczuwają się do większej osobistej odpowiedzialności za stan swojego zdrowia. Za tym idą podejmowane regularnie inicjatywy prozdrowotne. Wyniki osób, które przejawiają wysoką zewnętrzną kontrolę wskazują na wpływ innych oraz przypadku i korelują nisko z prawidłowymi zachowaniami zdrowotnymi. Osoby te w działaniu innych upatrują przyczyny swojego stanu, stają się wykonawcami poleceń innych osób i rzadko wykazują inicjatywę, by wypracować pozytywne nawyki zdrowotne (Kurowska, Zdrojewska, 2013). W badaniach dotyczących umiejscowienia kontroli zdrowia u osób zdrowych i chorych onkologicznie wykazano, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia jest predyktorem lepszych wyników terapii. Osoby chorujące mają jednak tendencję do upatrywania odpowiedzialności za własne zdrowie w innych ludziach bardziej niż w sobie w porównaniu z grupą kontrolną. W związku z tym zaleca się, by wzbudzać w osobach chorujących właśnie wewnętrzne poczucie kontroli, a można to uzyskać na przykład przez organizację grup wsparcia (Cierzniakowska i in., 2018).

Uważa się, że osoby o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia będą przejawiać wysokie poczucie własnej skuteczności oraz dążyć do poprawy swojego zdrowia, osoby zaś o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia (polegające na wpływie innych i przypadku) będą cechować się niższym poczuciem skuteczności i mniejszą autonomią w działaniu (Nowicki i in., 2017).

WSPARCIE SPOŁECZNE

Wsparcie społeczne to pojęcie niejednoznaczne, rozumiane na różne sposoby (Sęk, Cieślak, 2004). Samo zjawisko ma charakter wielowymiarowy i mimo iż kojarzy się jedynie pozytywnie, może mieć także negatywne konotacje, których trzeba być świadomym. Podejmowane próby zdefiniowania tego pojęcia często miały charakter praktyczny i zmierzały do określenia, jakie miejsce wsparcie zajmuje w życiu codziennym i jak ludzie je rozumieją. Informacje na ten temat były zbierane przez przglądanie się temu, jak działają grupy pomocy i samopomocy. Autorzy podają, że omawiany konstrukt jest przez niektórych rozumiany na tyle szeroko, że bywa wiązany lub utożsamiany z tematyką integracji społecznej i więzi społecznych. W tym ujęciu o wsparciu mówi się jako o zjawisku będącym odpowiedzią na podstawowe ludzkie potrzeby znajdujące się w piramidzie potrzeb Abrahama Masłowa, takie jak potrzeba przynależności, akceptacji i poczucia bezpieczeństwa (Stelmach, 2008).

Najczęściej wyodrębnianymi w literaturze rodzajami wsparcia są: wsparcie strukturalne i wsparcie funkcjonalne (Sęk, Cieślak, 2004). To pierwsze odnosi się do realnych i dostępnych więzi społecznych, które są dla człowieka pomocą w chwilach kryzysu. Wsparcie społeczne w tym ujęciu zależy od charakterystyk sieci, w ramach której jest dostarczane. Chodzi o obiektywne cechy ilościowe i jakościowe struktury sieci, na przykład jej wielkość czy spójność. Bardzo ważną cechą jest także prospołeczność uczestników sieci społecznej, która wyznacza stopień, w jakim są oni gotowi zachowywać się tak, by skupiać się na dobru drugiego człowieka.

Z kolei wsparcie rozumiane w kontekście funkcjonalnym koncentruje się, jak sama nazwa wskazuje, na funkcjach przez nie pełnionych. Przez interakcje wewnątrz sieci ludzie wymieniają się swoimi emocjami, informacjami, dobrami materialnymi czy konkretnymi instrumentami działania. Na skutek tych działań może zostać opanowana sytuacja trudna, przewyciężony kryzys, zwalczony stres, a co więcej, buduje się poczucie bezpieczeństwa. Najczęściej wymienianymi ze względu na charakter opisywanej interakcji rodzajami wsparcia społecznego są: wsparcie emocjonalne, informacyjne, instrumentalne i materialne. Wsparcie emocjonalne to oddziaływanie, mające na celu uspokojenie, zmniejszenie napięcia czy wyrażenie i uwolnienie się od negatywnych odczuć towarzyszących kryzysowi. Wsparcie informacyjne jest taką wymianą informacji, która pozwala osobie lepiej zrozumieć sytuację czy problem. Jego celem jest także dostarczenie osobie informacji zwrotnej odnośnie do sposobu rozwiązania danej sytuacji. Ma na celu też nadanie sensu doświadczeniom osoby przez podzielenie ich z osobą odczuwającą podobnie. Wsparcie instrumentalne z kolei odnosi się do konkretnych instrukcji, jak należałoby postąpić (tzw. instrumentów postępowania), dawanych osobie potrzebującej wsparcia w danej sytuacji problemowej. Wsparcie materialne, inaczej rzeczowe, jak sama nazwa mówi to działanie na rzecz innego człowieka, które przejawia się zaopatrywaniem go w środki materialne niezbędne do życia czy służące zaspokojeniu jego potrzeb. Do omówionych dotychczas rodzajów wsparcia autorzy zaliczają także jeszcze jeden – wsparcie duchowe, którego potrzebę często przejawiają osoby cierpiące i poszukujące sensu życia czy śmierci (Sęk, Cieślak, 2004).

Wsparcie społeczne jest uznawane za czynnik, który w dużym stopniu wpływa na przeżywanie procesu chorowania oraz zdrowienia. Więzy z innymi ludźmi pozytywnie wpływają na dobrostan jednostki i przyczyniają się do zachowania sił witalnych (Buszman, Przybyła-Basista, 2017). Nie pozostają również bez wpływu na sam proces leczenia, doświadczając bowiem odpowiedniego wsparcia, osoba może znacznie szybciej i w bardziej konstruktywny

sposób przechodzić poszczególne fazy choroby i odzyskiwać siły zdrowotne. Co więcej, wsparcie społeczne może pełnić rolę bufora, który osłabia destruktywny wpływ stresu na osobę. Wsparcie społeczne (lub jego brak) jest analizowane w badaniach jako czynnik, który sam w sobie może wpłynąć na pojawienie się problemów zdrowotnych albo ich brak. Według badań osoba, która subiektywnie doświadcza poczucia osamotnienia oraz rzeczywiście nie ma do kogo się zwrócić o pomoc, może przejawiać niższą odporność (Olejniczak, 2013). Badania dotyczące funkcji wsparcia (Buszman, Przybyła-Basista, 2017) koncentrują się wokół dwóch efektów. O efekcie głównym mówimy, kiedy obserwujemy bezpośredni, naoczny wpływ wsparcia na zdrowie osoby. Z kolei efekt buforowy oznacza, że wsparcie jest moderatorem, a więc może zmieniać relację występującą na przykład między stresem a funkcjonowaniem psychicznym jednostki. Badacze wciąż starają się wyjaśnić, jak w rzeczywistości przebiega pośrednictwo wsparcia i w jakim stopniu w procesach, takich jak zdrowienie czy powrót do normalnego funkcjonowania po przeżytych trudnych doświadczeniach, odgrywają rolę czynniki wewnętrzne, na przykład wysoka samoocena, a jaki wpływ mają faktory zewnętrzne, takie jak właśnie wsparcie ze strony innych osób. Z pewnością to ostatnie odgrywa znaczącą rolę w procesie uzyskiwania równowagi psychicznej.

W kontekście wsparcia społecznego dokonuje się rozróżnienia na wsparcie społeczne otrzymywane i spostrzegane. Wsparcie społeczne otrzymywane to pomoc, która w rzeczywistości została udzielona i może być za pomocą konkretnych charakterystyk opisywana przez osobę, która jej doświadczyła. Są to takie przejawy wspierania, które mogą być opisane w kategoriach konkretnych zachowań i działań, jakie zostały podjęte na rzecz osoby. Wsparcie społeczne spostrzegane oznacza zaś pomoc, która jest do dyspozycji osoby potrzebującej jej. Oznacza, że osoba żywi przekonanie i ma przeświadczenie, że w swojej sieci społecznej zawsze znajdzie osoby, do których może zwrócić się o pomoc w trudnej sytuacji (Buszman, Przybyła-Basista, 2017).

Dla skuteczności wspierania ważne jest, by wsparcie oczekiwane przez osobę, która go potrzebuje, nie odbiegało w znacznym stopniu od wsparcia realnie przez nią otrzymywanego (Wojtyna, Życińska, Dosiak, 2007). Ważny jest sposób, w jaki udziela się wsparcia – może być on mniej lub bardziej efektywny. Pojawiające się w ostatnim czasie doniesienia z badań wskazują, iż pomoc dostarczana zbyt nachalnie i w zbyt dużym stopniu może prowadzić do tego, że zanikać będzie u osoby poczucie osobistej kompetencji, by samodzielnie poradzić sobie z przeciwnościami. Całkowite wyręczenie kogoś, kto wymaga pomocy, może nie sprzyjać poprawie jej stanu. Istotne jest też dopasowanie rodzaju wsparcia do konkretnej sytuacji (Sęk, 2004). Również cechy osobowości jednostki odgrywają rolę w procesie reagowania na życiowe trudności oraz wykorzystywaniu dostarczanego wsparcia (Włodarczyk, 1999). Różne osoby mogą więc odmiennie reagować w odpowiedzi na tę samą sytuację stresową i mieć odmiennie oczekiwania odnośnie do pomocy. Źle dopasowana do sytuacji pomoc nie przyniesie pozytywnych efektów, a może nawet zaszkodzić (Sęk, 2004). Ewa Wojtyna, Jolanta Życińska i Małgorzata Dosiak (2007) przeprowadziły badania, których celem było sprawdzenie wpływu spostrzeganego wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego na stan zdrowia i przebieg wychodzenia z choroby osób powyżej 60. roku życia hospitalizowanych z powodu depresji. Było to badanie podłużne i składało się z trzech etapów, rozłożonych w czasie. Wyniki tych badań pokazały, że wsparcie społeczne ma istotny wpływ na przebieg zaburzeń depresyjnych i ogólne funkcjonowanie osób w późnej dorosłości. Okazało się, iż różne rodzaje spostrzeganego wsparcia mają odmienny wpływ na poszczególnych etapach choroby i wychodzenia z niej. Potwierdza to wspomniane wcześniej znaczenie doboru wsparcia adekwatnego do sytuacji. Wsparcie emocjonalne jest pożądane szczególnie na pierwszych etapach choroby, z kolei wsparcie instrumentalne ma dużą rolę w procesie ponownego przystosowania się do codziennego życia w naturalnym otoczeniu po okresie hospitalizacji (Wojtyna i in., 2007).

SATYSFAKCJA Z ŻYCIA

Satysfakcja jest pozytywnym stanem emocjonalnym, którego doświadcza się w wyniku osiągnięcia jakiegoś pożądanego celu. Jeśli chodzi o satysfakcję życiową, można mówić o niej w kontekście realizowania szeroko pojmowanego celu życia. Odnosi się ona do jednostkowych standardów i stanowi efekt porównania obecnej sytuacji z normami osobistymi. Zdarza się, że satysfakcja życiowa utożsamiana jest z psychicznym dobrostanem czy jakością życia, mimo iż terminy te nie pokrywają się w pełni (Timoszyk-Tomczak, Bugajska, 2013). O satysfakcji z życia możemy mówić także jako o poziomie zaspokojenia ważnych potrzeb życiowych. W związku z tym mówi się o różnym poczuciu satysfakcji życiowej na poszczególnych etapach rozwojowych, które niosą z sobą odmienne potrzeby. Okres późnej dorosłości jest w szczególności związany z dokonywaniem refleksji na temat dotychczasowego życia. W gerontologii ważnym obszarem jest badanie satysfakcji życiowej osób starszych, które kryteria mocno komponują się z wyznacznikami tak zwanego „zdrowego starzenia się”. Należą do nich takie elementy, jak poczucie niezależności życiowej, utrzymywanie więzi społecznych czy też poczucie bezpieczeństwa (Krysiak-Zielonka, Rożek-Piechura, 2016). O satysfakcji z życia możemy mówić w kontekście dwóch wymiarów: poznawczego i afektywnego (emocjonalnego). Osoba może więc poznawczo oceniać poziom realizacji założonych celów i analizować osiągnięcia, z kolei w aspekcie emocjonalnym chodzi o przyjemne samopoczucie wynikające ze zrealizowania tych założeń (Finogenow, 2008). Ważnymi czynnikami wpływającymi na jakość życia czy satysfakcję życiową osób w wieku senioralnym są takie zmienne, jak zdrowie i sprawność fizyczna, poziom zdolności poznawczych czy pełnione funkcje społeczne. Satysfakcja życiowa zmienia się z biegiem lat i mogą na nią wpływać różnorodne czynniki wewnętrzne i zewnętrzne. Co więcej, jest powiązana także z perspektywą temporalną – inaczej może być oceniana przez osobę w danym momencie życia, a inaczej z perspektywy czasu, na przy-

kład z perspektywy starości. Wiąże się to z subiektywnym bilansem doświadczeń życiowych dokonywanym przez osoby starsze. Analizując swoje życie, posługują się one oceną poznawczą i emocjonalną. Przejawiane w związku z tym pozytywne emocje świadczą o poczuciu zadowolenia i satysfakcji z przeżytego życia (Timoszyk-Tomczak, Bugajska, 2013).

Subiektywna ocena własnego stanu zdrowia jest uznawana za niezwykle ważny czynnik wpływający na satysfakcję życiową osób starszych. Osoby cierpiące na choroby somatyczne lub psychiczne często znacznie ograniczają swoją aktywność, co może prowadzić do negatywnych stanów emocjonalnych (Finogenow, 2008). Osoby, które gorzej oceniają stan swojego zdrowia, niekorzystnie oceniają także własną satysfakcję życiową. Przeciwnie wyniki otrzymują osoby uznające swój stan zdrowia za dobry lub bardzo dobry. Szczególnie ważnym czynnikiem okazuje się poziom sprawności i samodzielności, który – pozostając w związku z subiektywną oceną własnego stanu zdrowia – wpływa na poziom zadowolenia z życia (Mirczak, Pikuła, 2014).

W badaniach nad wpływem wsparcia społecznego na jakość życia ludzi starszych osoby posiadające współmałżonka i zadowolone ze swojego związku przejawiały wyższy poziom optymizmu oraz zadowolenia z życia niż osoby niebędące w związkach (Lowenthal, Haven, 1968; Głębocka, Szarzyńska, 2005). Osoby żyjące w bliskim związku okazują się zdrowsze psychicznie, bardziej szczęśliwe, a także lepiej radzą sobie z problemami niż te, które nie mają partnera (Brudek, Steuden, Jasik, 2018). Wyniki badań wskazują również na istotną rolę więzi pozarodzinnych, szczególnie relacji sąsiedzkich (Głębocka, Szarzyńska, 2005). Codzienne wsparcie sąsiadów miało korzystny wpływ na jakość życia badanych w późnej dorosłości.

Jak wskazują badania, dla jakości życia osób w późnej dorosłości ważna jest aktywność i zaangażowanie społeczne przejawiające się w odgrywaniu różnych ról, dzieleniu się doświadczeniem i wiedzą (Szatur-Jaworowska, Błędowski, Dzięgielewska, 2006; Merriam, Kee, 2014). Pozytywne starzenie się oznacza dbałość o własne zdrowie, kondycję fizyczną

i dobre funkcjonowanie poznawcze (Merriam, Kee, 2014). Czynnikiem sprzyjającym satysfakcji życiowej seniorów okazuje się również poczucie koherencji (Zielińska-Więczkowska, Kędziora-Kornatowska, 2009). Poczucie rozumienia otaczającej rzeczywistości, przekonanie o przewidywalności środowiska zewnętrznego i wewnętrznego, a także traktowanie wymagań stawianych przez życie jako wyzwań, które warto podejmować, a nie zbędnych obciążeń, przekłada się na jakość życia i zadowolenie z niego.

PROBLEM

Okres późnej dorosłości to czas nasilających się problemów zdrowotnych. Osoby starsze są szczególnie narażone na występowanie różnorodnych problemów i wyzwań, takich jak: choroby neurozwyrodnieniowe, upośledzenie narządów zmysłów czy zaburzenia nastroju. Istotną rolę w walce z tymi przeciwnościami i wysiłkach podejmowanych na rzecz utrzymania bądź poprawy stanu własnego zdrowia odgrywa wsparcie społeczne udzielane przez bliskie osoby (Kurowska, Bystryk, 2013). Pozwala ono nie tylko rozwinąć zasoby zdrowotne, ale też zmniejszyć poczucie lęku w obliczu trudności w przypadku wsparcia emocjonalnego, rozwiązać wątpliwości i wyposażyć w informacje w przypadku wsparcia informacyjnego czy też uzyskać konkretne zasoby materialne pomocne w zdrowieniu przez wsparcie rzeczowe. Kolejnym czynnikiem, który może mieć znaczenie dla sposobu radzenia sobie z pogarszającym się stanem zdrowia, jest umiejscowienie kontroli zdrowia określające stopień, w jakim osoba żywi przekonanie na temat możliwości wpływu na własne zdrowie oraz czuje się odpowiedzialna za podejmowane zachowania prozdrowotne (Wallston, Wallston, 1978; Rotter, 1990). Jak wskazują badania, umiejscowienie kontroli pozostaje w związku z subiektywną oceną zdrowia, a także przystosowaniem i poczuciem szczęścia (de Lourdes Rubio, 1987). Przystępując do badań, zamierzano określić związek między wymiarami umiejscowienia kontroli a wsparciem społecznym i zadowo-

leniem z życia w okresie późnej dorosłości. Interesował nas również związek między umiejscowieniem kontroli a częstością wizyt u lekarza, subiektywną oceną stanu zdrowia oraz zamieszkiwaniem z bliskimi lub w pojedynkę. Postanowiono także sprawdzić, czy występują różnice w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia między osobami ze średnim i wyższym wykształceniem. Warto odnotować, że jakkolwiek wsparcie społeczne traktowane jako zasób osobisty, a także umiejscowienie kontroli zdrowia były badane, to często traktowano je jako zmienne niezależne, próbując określić ich wpływ na zdrowie (Ziomek-Michalak, 2016). W prezentowanych badaniach zmierzano do określenia wzajemnych zależności między wybranymi zmiennymi.

Pytania i hipotezy badawcze

Sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy występują związki między otrzymanym wsparciem społecznym, zarówno ogólnym, jak i poszczególnymi jego rodzajami (wsparciem emocjonalnym, informacyjnym, instrumentalnym i rzeczowym), a wymiarami umiejscowienia kontroli zdrowia (wymiarom zewnętrznym, innych i przypadku)?
2. Czy częstość odbywania wizyt lekarskich jest powiązana z określonymi wzorcami umiejscowienia kontroli zdrowia?
3. Czy osoby mieszkające samotnie różnią się pod względem umiejscowienia kontroli zdrowia od osób mieszkających z bliskimi?
4. Czy wymiary umiejscowienia kontroli zdrowia są powiązane z poziomem zadowolenia z życia?
5. Czy osoby posiadające wyższe wykształcenie różnią się pod względem umiejscowienia kontroli zdrowia od osób ze średnim wykształceniem?
6. Czy występuje związek między poszczególnymi wymiarami umiejscowienia kontroli zdrowia (wewnętrznym, innych i przypadku) a subiektywną oceną stanu zdrowia?

Badania dotyczące osób w późnej dorosłości, które miały na celu sprawdzenie związków występujących między zasobami osobistymi,

w tym przypadku wsparciem społecznym i poczuciem koherencji, a oczekiwaniami zdrowotnymi, w tym umiejscowieniem kontroli zdrowia, wskazały, że im większymi zasobami, takimi jak wsparcie społeczne, dysponuje osoba, tym większe jest prawdopodobieństwo przejawiania przez nią wewnętrznej kontroli zdrowia (Ziomek-Michalak, 2016). Im mniejsze jest wsparcie społeczne, a co za tym idzie – poczucie sensowności i zrozumiałości otoczenia, tym bardziej osoby te mają tendencję do lokowania kontroli w innych osobach lub przypadku (Ziomek-Michalak, 2016). We wspomnianych badaniach większość osób badanych prezentowała wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia. Prowadzone w tym obszarze analizy (Krause, 1987) wskazują, że otrzymywane wsparcie społeczne może wzmocnić poczucie wewnętrznej kontroli. Zwiększanie się emocjonalnego wsparcia społecznego powoduje liniowe jej wzrastanie, ale tylko do pewnego progu. Po jego przekroczeniu udzielanie dalszego wsparcia może wpłynąć destrukcyjnie na poczucie osobistej kontroli, obniżając je. Potwierdza to tezę, że wsparcie powinno być adekwatne do potrzeb osoby i sytuacji. Autorzy sugerują, że osoby wewnętrznie lokujące kontrolę potrafią w bardziej efektywny sposób zarządzać otrzymywanym wsparciem (Lefcourt, Martin, Saleh, 1984).

Odnosząc się do wyników prowadzonych dotychczas badań, postawiono następującą hipotezę badawczą:

H1: Istnieje związek między poszczególnymi wymiarami umiejscowienia kontroli zdrowia (wymiarom wewnętrznym, wymiarem kontroli innych i wymiarem kontroli przypadku) a otrzymywanym wsparciem społecznym (zarówno ogólnym, jak poszczególnymi jego rodzajami: wsparciem emocjonalnym, wsparciem informacyjnym, wsparciem instrumentalnym i wsparciem rzeczowym).

W powszechnym przekonaniu osoby starsze są grupą społeczną najczęściej odbywającą wizyty lekarskie i przejawiającą tendencje hipochondryczne (Stradomska, Zoszak, 2015). Skrupulatne przestrzeganie zaleceń lekarskich oraz częste wizyty lekarskie świadczyć mogą o wpływie kontroli innych na osobę (Juczyński,

2001), a samodzielne podejmowanie aktywności na rzecz własnego zdrowia i utrzymywanie zdrowych, codziennych nawyków może iść w parze z wewnętrzną kontrolą (Kurpas i in., 2014; Wajrak, Włoszczak-Szubzda, 2018). Przystępując do badań, postawiono następującą hipotezę:

H2: Istnieje związek między umiejscowieniem kontroli zdrowia a częstością odbywania wizyt lekarskich.

H2a. Im wyższe wyniki osiąga osoba na wymiarze kontroli innych, tym częściej odbywa wizyty lekarskie.

H2b. Im wyższe wyniki osiąga osoba na wymiarze kontroli wewnętrznej, tym rzadziej odbywa wizyty lekarskie.

Istotnym czynnikiem wpływającym na umiejscowienie kontroli zdrowia może być fakt zamieszkiwania przez osobę starszą w pojedynkę lub z członkami rodziny. Można domniemywać, że mieszkając samotnie, częściej będzie ona podejmować samodzielne decyzje. Jako że samodzielność w podejmowaniu decyzji i zakres codziennych obowiązków są powiązane z lokowaniem kontroli bardziej w sobie lub w innych (Wajrak, Włoszczak-Szubzda, 2018), postawiono następującą hipotezę:

H3: Występują różnice na poszczególnych wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia (wewnętrznym, innych i przypadku) między osobami mieszkającymi samotnie a tymi zamieszkującymi z bliskimi.

Prowadzone dotychczas badania pozwalają zakładać związek między umiejscowieniem kontroli zdrowia a satysfakcją z życia. Wskazuje się, iż osoby o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli lepiej oceniają stan swojego zdrowia oraz czują, że mogą na nie wpływać, co przekłada się bezpośrednio na wyższe zadowolenie z życia (Kurowska, Krakowiecka, 2014). Również w badaniach własnych postanowiono zbadać zależność między tymi zmiennymi. Czwarta z postawionych hipotez brzmi zatem następująco:

H4: Istnieje dodatni związek między wewnętrznym umiejscowieniem kontroli a poziomem zadowolenia z życia u osób w późnej dorosłości.

Prowadzone badania wskazują na związek między poziomem wykształcenia a umiejscowieniem kontroli (Kuwahara i in., 2004; Cierzniakowska i in., 2018). Im niższy poziom wykształcenia prezentują badani, tym częściej przejawiają zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, a więc lokują odpowiedzialność za swoje zdrowie w innych ludziach i w dziele przypadku. Wraz ze wzrostem wykształcenia osoby bardziej poszukują informacji na temat zdrowia i opieki medycznej oraz wzrastają ich oczekiwania z tym związane (Kurowska, Horodecka, 2014). Tak więc wyższe wykształcenie jest związane z wewnętrzną kontrolą zdrowia. Piąta z hipotez jest zatem następująca:

H5: Występują różnice na poszczególnych wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia (wewnętrznym, innych i przypadku) między osobami z wyższym i średnim wykształceniem.

H5a. Osoby posiadające wyższe wykształcenie będą częściej od osób ze średnim wykształceniem przejawiać wewnętrzną kontrolę zdrowia.

H5b. Osoby posiadające średnie wykształcenie będą częściej niż osoby z wyższym wykształceniem przejawiać zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia (kontrolę innych i przypadku).

Wyniki badań wskazują, że osoby o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia przejawiają wyższe poczucie własnej skuteczności, podejmują więcej działań prozdrowotnych i poszukują więcej informacji zdrowotnych od osób przyjmujących kontrolę innych i przypadku (Nowicki i in., 2017). Ta aktywna postawa wobec zdrowia prowadzi do utrzymania lepszego jego stanu (Fischer, Sobów, 2013; Ziomek-Michalak, 2016). Stwierdzono, że im bardziej ludzie przypisują odpowiedzialność za swoje zdrowie czynnikom zewnętrznym, tym niżej oceniają stan własnego zdrowia, co może być związane z jednoczesnym rzadszym podejmowaniem wysiłków na rzecz jego poprawy (Szczepańska-Klunder, Lipowski, 2014). W związku z powyższym postawiono hipotezę:

H6: Istnieje związek między poszczególnymi wymiarami umiejscowienia kontroli zdrowia (wewnętrznym, na innych i przypadku) a subiektywną oceną stanu zdrowia.

METODA

Osoby badane

Badaniami objęto 85 osób między 60. a 79. rokiem życia ($M = 69.85$; $SD = 4.14$) uczęszczających na uniwersytety Trzeciego Wieku oraz do Centrum Aktywizacji Seniorów PLinEU. Kryterium doboru do badań było ukończenie 60. roku życia. Jest to granica, którą WHO uznaje za próg późnej dorosłości. Przebadano 75 kobiet i 10 mężczyzn. 38% ($n = 32$) badanych miało wykształcenie średnie, a 61% ($n = 52$) – wyższe. Jedna osoba miała wykształcenie zawodowe. 56,5% badanych ($n = 48$) żyło w związku małżeńskim, 4,7% ($n = 4$) badanych było stanu wolnego, 9,4% ($n = 8$) – po rozwodzie, a 29,4% ($n = 25$) to osoby owdowiałe. 43,5% ($n = 37$) badanych mieszka samotnie, a 56,5% ($n = 48$) z osobą bądź osobami z rodziny.

Narzędzia

W przeprowadzonych badaniach wykorzystano następujące narzędzia:

- Metryczkę konstrukcji własnej odnoszącą się do podstawowych informacji demograficznych dotyczących osób badanych, częstości odbywania przez nie wizyt lekarskich, a także subiektywnej oceny własnego stanu zdrowia;
 - Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHLC w wersji A autorstwa Kenneth A. Wallston, Barbary S. Wallston i Roberta DeVellis (1978) w adaptacji Zygryfda Juczyńskiego (2001);
 - Kwestionariusz Otrzymywanego Wsparcia ISSB autorstwa Manuela Barrery, Irwina Sandlera i Thomasa Ramsaya (1981) w adaptacji Heleny Sęk (2012);
 - Skalę Satysfakcji z Życia – SWLS (Aneks, Załącznik 7) autorstwa Eda Dienera, Roberta A. Emmons, Randy J. Larson i Sharon Griffin (1985) w adaptacji Juczyńskiego (2001).
- Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHLC wersja A autorstwa Wallston, Wallston i DeVellis (1978) w adaptacji Juczyńskiego (2001) składa się z trzech wymiarów obejmujących w sumie 18 twierdzeń. Jeden z nich odpowiada wewnętrznemu

umiejscowieniu kontroli zdrowia (przekonanie: „moje zdrowie jest zależne ode mnie” – Skala W), a dwa pozostałe zewnętrznemu umiejscowieniu kontroli zdrowia (przekonanie: „mój stan zdrowia bardzo zależy od innych, zwłaszcza od personelu medycznego” – Skala I; oraz przekonanie „o moim zdrowiu decyduje przypadek lub inne czynniki zewnętrzne” – Skala P). Osoba udziela odpowiedzi, wybierając spośród sześciu możliwości od „zdecydowanie nie zgadzam się” do „zdecydowanie zgadzam się” (skala 1–6). Na każdym z poszczególnych wymiarów osoba może uzyskać od 6 do 36 punktów. W zależności od wymiaru wskaźniki rzetelności skali (*alfa* Cronbacha) wynoszą od .54 do .74. Trafność narzędzia mierzono, porównując wyniki na wymiarze kontroli wewnętrznej z takimi wymiarami, jak poczucie własnej skuteczności na skali GSES (.32), poczucie własnej wartości ze Skali Własnej Wartości Rosenberga RSES (.32) czy wartościowanie zdrowia ze Skali Wartości Zdrowia HVS (.30). Trafność oceniano także poprzez analizę wyników różnych grup klinicznych (Juczyński, 2001).

Kwestionariusz Otrzymywanego Wsparcia (ISSB) autorstwa Barrery, Sandlera i Ramseya (1981) w polskiej adaptacji Sęk (Sęk, Cieślak, 2012) dostarcza informacji o tym, jak osoba subiektywnie postrzega otrzymywane od innych wsparcie. Kwestionariusz w wersji eksperymentalnej składa się z czterech skal, które odpowiadają czterem rodzajom wsparcia społecznego: wsparciu instrumentalnemu, informacyjnemu, emocjonalnemu oraz wartościującemu, i liczy 31 twierdzeń. Osoba ocenia częstotliwość otrzymywania wsparcia w konkretnych sytuacjach na 5-stopniowej skali, wybierając jedną możliwość od „A – prawie codziennie” do „E – w ogóle nie”. Wskaźniki rzetelności narzędzia (*alfa* Cronbacha), zarówno dla podskal, jak i wskaźnika ogólnego, wynoszą odpowiednio: .72 dla wsparcia rzeczowego, .81 dla wsparcia emocjonalnego, .69 dla wsparcia informacyjnego, .85 dla wsparcia instrumentalnego i .80 dla całej metody. Badania trafności narzędzia wykazały, że otrzymywane wsparcie społeczne negatywnie korelowało z depresją i pozytywnie z zadowoleniem z życia (Barrera, Sandler, Ramsey, 1981; Sęk, Cieślak, 2012).

Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) autorstwa Dienera, Emmons, Larson i Griffin (1985) w adaptacji Juczyńskiego (2001) dostarcza informacji o subiektywnym poczuciu zadowolenia z jakości własnego życia. Jest to krótki kwestionariusz, który składa się z pięciu stwierdzeń. Prawdziwość każdego z nich badany ma ocenić na skali 7-stopniowej. Wynikiem pomiaru skalą SWLS jest ogólny wskaźnik satysfakcji z życia. Wskaźnik rzetelności skali jest zadowalający i wynosi .81. Wskaźnik trafności teoretycznej obliczono, porównując wyniki skali z metodami, które również mierzą zadowolenie z życia lub wpływają na nie, na przykład Skalą Własnej Wartości Rosenberga RSES (.56). Oprócz tego wyniki skali SWLS ujemnie korelują z nasileniem spostrzeganego stresu mierzonego Skalą Odczuwanego Stresu (PSS) (.58) oraz kontrolą emocji gniewu, depresji i lęku (.18, .23, .24) mierzonych Skalą Kontroli Emocji CECS (Juczyński, 2001).

Procedura

Badania prowadzono od września 2018 do maja 2019 roku wśród słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku Politechniki Krakowskiej, Uniwersytetu Trzeciego Wieku przy Uniwersytecie Rolniczym w Krakowie oraz wśród uczestników zajęć w Centrum Aktywizacji Seniorów w PLinEU w Krakowie. Badania miały formę grupową, a udział w nich był dobrowolny. Badanych informowano o celu badań i proszono o podpisanie zgody na udział w badaniu oraz na przetwarzanie danych osobowych. W badaniach wzięło udział łącznie 100 osób, część z nich jednak oddała kwestionariusze wypełnione tylko częściowo, stąd w prowadzonych analizach uwzględniono dane pochodzące od 85 osób.

WYNIKI

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze i przetestowania postawionych hipotez przeprowadzono analizy statystyczne przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics w wersji 25. Korzystając z programu, dokonano analizy podstawowych statystyk opisowych wraz z testem normalności rozkładu. Zgodność

z rozkładem normalnym sprawdzono za pomocą testu Shapiro-Wilka.

Aby ustalić zależności między dwiema zmiennymi ilościowymi, wykorzystano analizę korelacji *rho*-Spearmana. Aby porównać osoby o niskich i wysokich wynikach, użyto testu U Manna-Whitneya, z kolei w celu porównania więcej niż jednej średniej zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji z powtarzanym pomiarem (ANOVA).

Jako poziom istotności na potrzeby interpretacji analiz przyjęto $\alpha = .05$.

Statystyki opisowe mierzonych zmiennych ilościowych

W pierwszej kolejności przeprowadzono analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testem normalności rozkładu Shapiro-Wilka.

Rozkład zgodny z krzywą Gaussa przyjmuje kontrola wpływu innych, kontrola przypadku oraz satysfakcja z życia. Wymiary wsparcia, IADL oraz subiektywna ocena stanu zdrowia mają rozkład nieco odchylony od rozkładu normalnego.

Zbiorcze zestawienie dla wartości parametrów zaprezentowano w tabeli 1.

Jedną z charakterystyk grupy badanych była ich subiektywna ocena zdrowia. Badani ocenia-

li swój stan zdrowia na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało, że osoba nie czuje się zdrowa, a 5 – że jest osobą w pełni zdrową. Procentowy rozkład dla poszczególnych ocen ilustruje rysunek 1. Średnia ocena stanu zdrowia wyniosła $M = 3,42$ ($SD = .89$). Warto odnotować, że większość badanych oceniało swoje zdrowie jako przeciętne lub dobre, a tylko nieliczne osoby nie czuły się zdrowe.

Aby określić, który z wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia: kontrola wewnętrzna, kontrola innych czy kontrola przypadku, dominuje u osób badanych, przeprowadzono jednoczynnikową analizę wariancji z powtarzanym pomiarem. Na kolejnych poziomach czynnika były: kontrola wewnętrzna, kontrola innych oraz kontrola przypadku. Wyniki przeprowadzonej analizy zamieszczono w tabelach 2a i 2b.

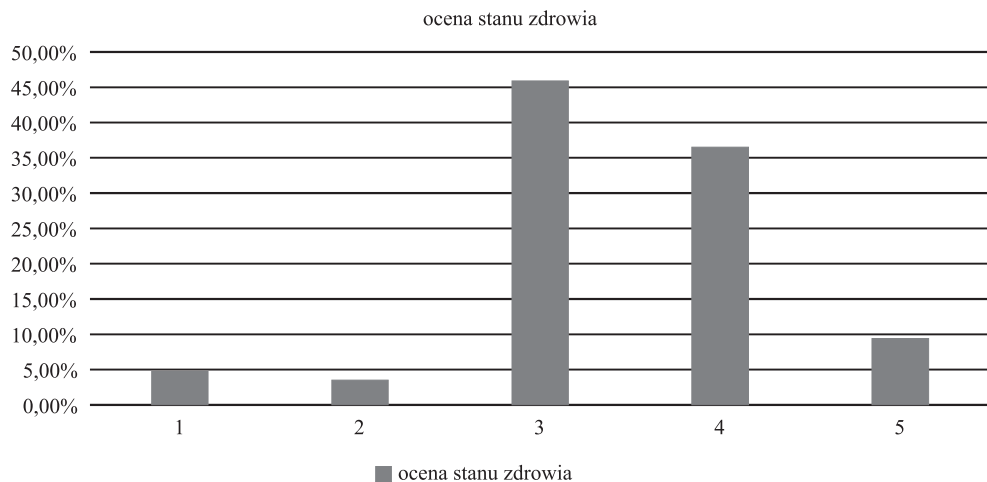
Dane spełniały założenie o sferyczności i w analizach uzyskano następujący wynik: $F(2, 168) = 11,005$; $p < .001$; $\eta^2 = .116$, co wskazuje, że wyniki uzyskane w poszczególnych pomiarach umiejscowienia kontroli istotnie różniły się od siebie.

Testy *post-hoc* Bonferroniego wykazały, iż wyniki na wymiarze kontroli wewnętrznej są istotnie wyższe niż na wymiarze kontroli innych, a także na wymiarze kontroli przypadku.

Tabela 1. Statystyki opisowe mierzonych zmiennych ilościowych wraz z testem normalności rozkładu dla zmiennych ilościowych

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>S-W</i>	<i>P</i>
Ocena stanu zdrowia	3.42	3.00	0.89	-.54	1.03	1	5	.235	< .001
Wsparcie emocjonalne	19.68	19.0	12.17	.23	-.81	0	44	.966	.026
Wsparcie informacyjne	15.16	13.0	12.21	.67	-.46	0	44	.927	< .001
Wsparcie instrumentalne	7.01	6.0	5.47	.76	-.07	0	21	.929	< .001
Wsparcie wartościujące	5.87	4.0	4.76	.73	-.52	0	18	.909	< .001
Wsparcie – wynik ogólny	47.71	44.0	32.15	.50	-.43	0	124	.960	.010
Kontrola wewnętrzna	24.47	25.0	5.79	-.63	.36	7	35	.969	.038
Kontrola wpływu innych	21.59	22.0	6.13	-.39	-.23	6	34	.980	.219
Kontrola przypadku	20.51	20.0	6.80	-.16	-.87	6	33	.972	.061
Satysfakcja z życia	20.35	21.0	5.22	-.01	-.15	8	35	.990	.742

M – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk.* – skośność; *Kurt.* – kurtoza; *Min.* – minimum; *Maks.* – maksimum; *S-W* – test Shapiro-Wilka; *p* – istotność



Rysunek 1. Procentowe zestawienie dla rozkładu ocen zdrowia w badanej grupie

Tabela 2a. Porównanie trzech wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia pod względem dominacji

	Statystyki opisowe			ANOVA		
	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>Eta</i> ²
Kontrola wewnętrzna	24.47	25.0	5.79	11.005	< .001	.116
Kontrola wpływu innych	21.59	22.0	6.13			
Kontrola przypadku	20.51	20.0	6.80			

M – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *F* – analiza wariancji; *p* – istotność; *Eta*² – miara siły efektu

Tabela 2b. Porównania parami wymiarów kontroli zdrowia

		Różnica średnich	SE	P
Kontrola wewnętrzna	Kontrola innych	2.882*	.873	.004
	Kontrola przypadku	3.965*	.838	.000
Kontrola innych	Kontrola wewnętrzna	-2.882*	.873	.004
	Kontrola przypadku	1.082	.908	.710
Kontrola przypadku	Kontrola wewnętrzna	-3.965*	.838	.000
	Kontrola innych	-1.082	.908	.710

**p* < .05

SE – błąd standardowy, *p* – istotność

Tabela 3. Korelacje Spearmana dla zależności między wsparciem a kontrolą

	Wsparcie emocjonalne	Wsparcie informacyjne	Wsparcie instrumentalne	Wsparcie rzeczowe	Wsparcie – wynik ogólny
Kontrola wewnętrzna	.152	.136	.065	.127	.124
Kontrola wpływu innych	.125	.098	.132	.082	.109
Kontrola przypadku	.197	.132	.166	.161	.153

* $p < .05$; ** $p < .01$

Zależności między kontrolą zdrowia a wsparciem społecznym

Chcąc sprawdzić, czy wsparcie jest powiązane z umiejscowieniem kontroli (hipoteza 1), przeprowadzono analizę korelacji z wykorzystaniem współczynnika ρ -Spearmana. W tabeli 3 zamieszczono współczynniki korelacji.

Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnych związków między zmiennymi. Uzyskano jedynie istotny na poziomie tendencji statystycznej związek pomiędzy wsparciem emocjonalnym a kontrolą przypadku ($R = .20$; $p = .071$). Uzyskane dane nie pozwalają na weryfikację hipotezy 1.

Zależności między wzorcami umiejscowienia kontroli a częstością odbywania wizyt lekarskich

W celu zbadania, czy częstotliwość odbywania wizyt lekarskich jest powiązana z którymś z trzech wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia, przeprowadzono analizę korelacji z wykorzystaniem współczynnika ρ -Spearmana. W tabeli 4 zamieszczono wartości współ-

czynników korelacji ρ -Spearmana dla badanych zależności.

Przeprowadzona analiza wykazała istotne związki występujące pomiędzy wymiarem kontroli wewnętrznej a częstością odbywania wizyt lekarskich ($R = .24$; $p = .029$) oraz między wymiarem kontroli innych a częstością tych wizyt ($R = -.30$; $p = .006$), co potwierdza hipotezę 2.

Zamieszkanie w pojedynkę lub z bliskimi a umiejscowieniem kontroli zdrowia

Chcąc sprawdzić, czy osoby zamieszkujące samotnie różnią się od osób zamieszkujących z bliskimi w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia, przeprowadzono test U Manna-Whitneya. Wyniki przeprowadzonej analizy zostały przedstawione w tabeli 5.

Uzyskano istotne różnice między osobami mieszkającymi samotnie i zamieszkującymi z bliskimi w zakresie kontroli wewnętrznej ($U = 643$; $Z = -2.177$; $p = .030$). Osoby mieszkające samotnie charakteryzują się wyższym wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia niż osoby zamieszkujące z bliskimi osobami, co częściowo potwierdza hipotezę 3.

Tabela 4. Korelacje Spearmana dla zależności między wizytami lekarskimi a kontrolą

	Kontrola wewnętrzna	Kontrola innych	Kontrola przypadku
Wizyty lekarskie	.24*	-.30**	.10

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tabela 5. Porównanie osób mieszkających samotnie i mieszkających z bliskimi pod względem umiejscowienia kontroli

	Sytuacja mieszkaniowa								Test U Manna-Whitneya	
	Sam				Z rodziną					
	<i>M</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Kontrola wewnętrzna	26.14	9	35	5.37	23.19	7	33	5.83	-2.177	.030*
Kontrola innych	22.38	6	34	6.58	20.98	8	32	5.79	-1.163	.245
Kontrola przypadku	21.73	9	33	6.95	19.56	6	31	6.60	-1.504	.133

* $p < .05$; ** $p < .01$

Zależności między kontrolą zdrowia a satysfakcją z życia

W kolejnym kroku skupiono się na analizie związków między poziomem satysfakcji z życia a umiejscowieniem kontroli. W tabeli 6 zamieszczono wartości współczynników korelacji *rho*-Spearmana dla badanych zależności. Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnych związków między satysfakcją z życia a wymiarami kontroli zdrowia.

Wykształcenie a umiejscowieniem kontroli zdrowia

Chcąc sprawdzić, czy osoby posiadające wykształcenie wyższe różnią się od osób o wykształceniu średnim w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia, przeprowadzono test U Manna-Whitneya. Wyniki analizy zostały przedstawione w tabeli 7.

Tabela 6. Korelacje Spearmana między satysfakcją z życia a wsparciem i kontrolą

	Satysfakcja z życia
Kontrola wewnętrzna	.165
Kontrola wpływu innych	-.110
Kontrola przypadku	.162

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tabela 7. Porównanie osób o wykształceniu średnim i wyższym pod względem umiejscowienia kontroli:

	Wykształcenie								Test U Manna-Whitneya	
	Średnie				Wyższe					
	<i>M</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Kontrola wewnętrzna	23.97	12	35	5.68	24.62	7	34	5.84	-.969	.332
Kontrola innych	23	7	34	6.43	20.08	6	32	5.54	-3.105	.002**
Kontrola przypadku	21.09	8	33	6.58	19.94	6	31	6.60	-.627	.531

* $p < .05$; ** $p < .01$

Tabela 8. Związek między subiektywną oceną stanu zdrowia a kontrolą (korelacja Spearmana)

	Subiektywna ocena stanu zdrowia
Kontrola wewnętrzna	.285**
Kontrola wpływu innych	-.179
Kontrola przypadku	.078

* $p < .05$; ** $p < .01$

Uzyskano istotne różnice między osobami posiadającymi wyższe wykształcenie a osobami o wykształceniu średnim ($U = 495$; $Z = -3,105$; $p = .002$). Osoby posiadające średnie wykształcenie osiągają wyższe wyniki na wymiarze kontroli innych od osób o wyższym wykształceniu, co częściowo potwierdza hipotezę 5a.

Zależności między umiejscowieniem kontroli i subiektywną oceną stanu zdrowia

W kolejnym kroku sprawdzono zależności pomiędzy umiejscowieniem kontroli a subiektywną oceną stanu zdrowia. W tabeli 8 przedstawiono wyniki badanych zależności.

Przeprowadzona analiza wykazała istotny związek między wymiarem kontroli wewnętrznej a subiektywną oceną stanu zdrowia ($R = .29$; $p = .008$), co częściowo potwierdza hipotezę 6.

DYSKUSJA

Prezentowane badania skupiały się wokół związków występujących między umiejscowieniem kontroli zdrowia, otrzymywanym wsparciem społecznym a satysfakcją z życia u osób w późnej dorosłości. Interesowało nas również, czy występują różnice w zakresie kontroli zdrowia między osobami zamieszkującymi samotnie a tymi, które mieszkają z bliskimi, a także między osobami z wyższym i średnim wykształceniem. Zbadano również związku między subiektywną oceną stanu zdrowia i częstością odbywania wizyt lekarskich a określonymi wzorcami umiejscowienia kontroli zdrowia.

Wyniki wskazują, że badani pozytywnie oceniają swój stan zdrowia i dominuje u nich

wewnętrzna kontrola zdrowia, która jest istotnie wyższa zarówno od kontroli innych, jak i przypadku. Oznacza to, że badane przez nas osoby upatrują wpływu na własne zdrowie głównie w sobie i podejmują aktywne wysiłki na rzecz zachowania dobrego stanu zdrowia. Warto odnotować, że uzyskane przez nas wyniki są zgodne z wynikami innych badań prowadzonych na grupie seniorów będących słuchaczami Uniwersytetu Trzeciego Wieku, które wykazywały występujący u nich dobry stan zdrowia i towarzyszącą mu dominację wewnętrznej kontroli (Kurowska, Krakowiecka, 2014; Ziomek-Michalak, 2016). Należy zaznaczyć, że określenie, jaki rodzaj kontroli przeważa w grupie seniorów jest trudne między innymi z powodu sporego zróżnicowania interindywidualnego, co potwierdzają niejednoznaczne, a czasem wręcz sprzeczne, wyniki prowadzonych dotychczas badań (de Lourdes Rubio, 1987; Kurowska, Krakowiecka, 2014).

Pierwsza z weryfikowanych przez nas hipotez odnosiła się do związku trzech wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia: kontroli wewnętrznej, zewnętrznej oraz wpływu przypadku z otrzymywanym przez osoby badane wsparciem, wyrażanym jako wymiar ogólny oraz cztery jego rodzaje, to jest wsparcie emocjonalne, informacyjne, instrumentalne i rzeczowe. Sprawdzano, czy poszczególne rodzaje kontroli zdrowia wchodzą w związki z określonym rodzajem otrzymywanego wsparcia przy założeniu, że dominacja danego wymiaru kontroli u osoby może być zarówno przyczyną, jak i skutkiem otrzymywanego przez nią wsparcia. Nieliczne z polskich przeprowadzonych na tym gruncie badań sugerują, że zasoby osobiste, takie jak wsparcie społeczne, mogą wpływać lub być powiązane z zachowaniami

prozdrowotnymi, oczekiwaniami zdrowotnymi, a także kontrolą nad własnym stanem zdrowia (Ziomek-Michalak, 2016). Dotychczasowe wyniki badań nie przyniosły jednoznacznych rezultatów (Lefcourt, Martin, Saleh, 1984; Kurowska, Bystryk, 2013). Co więcej, wskazuje się, że w prowadzonych dotychczas badaniach często zarówno wsparciu społecznemu jako zasobowi osobistemu oraz umiejscowieniu kontroli zdrowia nadawano charakter zmiennych niezależnych i przyglądano się ich wpływowi na zdrowie (Ziomek-Michalak, 2016). W prowadzonych analizach sprawdzano występowanie związków między tymi zmiennymi. Przeprowadzone analizy nie wykazały istotnych związków. Uzyskano jeden wynik istotny na poziomie tendencji statystycznej wskazujący na związek pomiędzy wsparciem emocjonalnym a kontrolą przypadku. Możliwe, że przy większej próbie wynik ten okazałby się istotny. Oznaczałoby to, że osoby, które otrzymują emocjonalne wsparcie i bliskość, kontroli nad swoim zdrowiem upatrują poza sobą i przypisują ją czynnikom związanym z przypadkiem czy „przeznaczeniem”.

Kolejna z postawionych hipotez dotyczyła związków pomiędzy częstością odbywania wizyt lekarskich a dwoma wymiarami umiejscowienia kontroli zdrowia: kontrolą wewnętrzną i kontrolą innych. Założono, że wewnętrzny wymiar kontroli zdrowia będzie ujemnie korelował z częstotliwością wizyt lekarskich oraz że wymiar zewnętrzny będzie z nią korelował dodatnio. Hipotezy te nie potwierdziły się, a wyniki wskazują na odwrotne do oczekiwanych zależności. Wewnętrzna kontrola zdrowia koreluje dodatnio z częstością odbywania wizyt lekarskich, kontrola zaś wpływu innych – ujemnie. Zatem im częściej osoba odbywa wizyty lekarskie, tym wyższą kontrolę wewnętrzną i niższą kontrolę innych przejawia. Możliwe, że dla osób badanych regularne odbywanie wizyt lekarskich jest efektem samodzielnie zaplanowanych działań i oznacza dbałość o własne zdrowie i świadome działanie na jego rzecz, któremu towarzyszy osobiste poczucie kontroli i wpływu na stan zdrowia.

Trzecia z postawionych hipotez zakładała, że wystąpią istotne różnice w kontroli zdro-

wia między grupą osób mieszkających samotnie a tymi mieszkającymi z bliskimi. Analiza ujawniła istotne różnice występujące u badanych w zakresie kontroli wewnętrznej. Osoby mieszkające samotnie wykazują się istotnie wyższą kontrolą wewnętrzną od osób mieszkających z rodziną. Potwierdza to postawioną hipotezę, lecz jedynie na wymiarze kontroli wewnętrznej, zatem jedynie częściowo. Seniorzy mieszkający samotnie to osoby, które znacznie częściej niż te otoczone gronem rodziny są zdane same na siebie. Niekoniecznie oznacza to, że nie otrzymują wsparcia od pozostałych członków rodziny, często jednak muszą samodzielnie zatroszczyć się o swoje najbliższe otoczenie oraz przyjąć odpowiedzialność za swój stan zdrowia. Są to atrybuty wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia (Wajrak, Włoszczak-Szubda, 2018). W przypadku osób mieszkających z rodziną mogą one częściej od osób mieszkających samotnie doświadczać wyłączenia przez bliskich w codziennych czynnościach i czuć się „zaopiekowane”, co może prowadzić do większego poczucia wpływu kontroli innych na ich zdrowie. Wydaje się, że samotne zamieszkiwanie narzuca większą samodzielność i dbałość o własne potrzeby. Nie wiemy jednak, czy na skutek mieszkania w pojedynkę u osoby wykształca się bardziej wewnętrzna kontrola w zakresie zdrowia, czy też osoby, które pierwotnie przejawiają ten rodzaj kontroli, są bardziej skłonne do samodzielnego mieszkania.

Czwarta z postawionych hipotez badawczych koncentruje się na związku wymiarów umiejscowienia kontroli zdrowia z poziomem zadowolenia z życia. Założono występowanie dodatniego związku między wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia a satysfakcją z życia. Twierdzenie to opiera się na wynikach licznych badań, które dowodzą, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia jest najbardziej korzystnym z trzech wymiarów i koreluje z innymi pozytywnymi zmiennymi psychologicznymi, takimi jak wysokie poczucie własnej skuteczności czy wysoka samoocena (Pilewska-Kozak i in., 2016). Przeprowadzone analizy nie wykazały jednak istotnego związku między satysfakcją z życia a wewnętrznym

umiejscowieniem kontroli zdrowia, tym samym hipoteza się nie potwierdziła.

Piąta z postawionych hipotez zakładała występowanie różnic w zakresie umiejscowienia kontroli zdrowia między osobami o średnim i wyższym wykształceniu. Analizy wykazały istotne różnice między tymi grupami osób w zakresie kontroli innych. Osoby o średnim wykształceniu osiągają wyższe wyniki na wymiarze kontroli innych od osób o wyższym wykształceniu, co częściowo potwierdza stawianą hipotezę. Pozostaje to w zgodzie z wynikami dotychczas prowadzonych badań (Kuwahara i in., 2004; Cierznikowska i in., 2018). Badania te wskazują, że poziom wykształcenia i związany z tym niższy status socjoekonomiczny współwystępuje z bardziej zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia, a więc przypisywaniem odpowiedzialności za nie innym ludziom lub przypadkowi. Wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia rosną oczekiwania osoby względem opieki medycznej, jej zainteresowanie metodami leczenia oraz świadomość własnego wpływu na swoje zdrowie (Kurowska, Horodecka, 2014).

Szósta hipoteza dotyczyła związków pomiędzy subiektywnym stanem zdrowia a wymiarami umiejscowienia kontroli. Wynik analiz wskazuje na istotny związek pomiędzy wewnętrznym umiejscowieniem kontroli a subiektywną oceną zdrowia, a więc ostatnia z postawionych hipotez potwierdziła się. Znajduje to odzwierciedlenie w badaniach, które sugerują, iż podejmowanie działań prozdrowotnych i zainteresowanie własnym zdrowiem będące atrybutem wewnętrznej kontroli sprzyja utrzymaniu lepszego stanu zdrowia (Ziomek-Michalak, 2016; Fiszler, Sobów, 2013). Przeprowadzone przez nas analizy pokazują, że osoby o kontroli wewnętrznej mogą być nie tylko obiektywnie zdrowsze, ale również subiektywnie wyżej oceniają swój stan zdrowia.

Wysoka samodzielność badanej grupy może także powodować, że zapotrzebowanie na wsparcie u tych osób nie jest wysokie, na skutek czego nie obserwuje się związku między umiejscowieniem kontroli a otrzymywanym od innych wsparciem. Samodzielność osób badanych może wynikać między innymi z zadowalającego stanu zdrowia. Osoby badane ocenia-

ły się w większości jako osoby raczej zdrowe. Osoby chorujące przewlekłe częściej niż osoby zdrowe przenoszą odpowiedzialność za swoje zdrowie na inne osoby i wymagają większego wsparcia (Cierznikowska i in., 2018).

WNIOSKI

Niniejsze badania wskazują, że u badanych przez nas osób starszych pozytywnie oceniających swój stan zdrowia dominuje wewnętrzna kontrola zdrowia. Wykazano, że im wyżej badani oceniają stan swojego zdrowia, tym częściej przejawiają wewnętrzną kontrolę. Dodatkowo ustalono, że im częściej osoby badane odbywają wizyty lekarskie, tym wyższe jest ich wewnętrzne umiejscowienie kontroli, a niższe zewnętrzne umiejscowienie kontroli. Pozwala to przypuszczać, że regularne wizyty lekarskie są wyrazem dbałości osób starszych o swój stan zdrowia, a nie efektem przenoszenia odpowiedzialności za własne zdrowie na innych lub namowy osób bliskich. Uzyskane wyniki pozwalają sądzić, że rodzaj zamieszkania jest istotnie powiązany z umiejscowieniem kontroli zdrowia. Seniorzy mieszkający samotnie wykazują się wyższą wewnętrzną kontrolą zdrowia niż osoby, które zamieszkują z bliskimi. Ponadto rodzaj umiejscowienia kontroli różni się w zależności od wykształcenia. Osoby ze średnim wykształceniem częściej od osób z wyższym wykształceniem lokują odpowiedzialność za swoje zdrowie w innych.

Wskazując na ograniczenia badań własnych, należy zaznaczyć, że obejmowały one niewielką i specyficzną grupę osób starszych, jaką są seniorzy uczęszczający w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku i Centrum Aktywizacji Seniorów. Z pewnością różnią się oni w zakresie pewnych charakterystyk psychologicznych i demograficznych od ogólnej populacji osób starszych. Ta grupa seniorów charakteryzuje się szczególną dbałością o własną aktywność i podtrzymywanie dobrego funkcjonowania poznawczego, co niewątpliwie nie pozostaje bez wpływu na ich stan zdrowia oraz zachowania prozdrowotne. Osoby te wykazują się sporą aktywnością umysłową i fizyczną, co

niekoniecznie można uznać za charakterystykę wszystkich czy większości osób w późnej dorosłości. Warto zwrócić uwagę, że uniwersytety Trzeciego Wieku i Centra Aktywizacji Seniorów mogą dostarczać wsparcia informacyjnego i instrumentalnego – poprzez wykłady i ciekawe zajęcia praktyczne, a także emocjonalnego, stwarzając okazję do nawiązywania relacji z innymi uczestnikami oraz integracji z grupą osób w wieku senioralnym. Dodatkowo badane osoby to mieszkańcy miasta, a wyniki badań wskazują, że miejsce zamieszkania (wieś czy miasto) może wpływać na to, jakiego wsparcia poszukują seniorzy i jakie wsparcie otrzymują (Niezabitowski, 2010; Mirczak, Pikuła, 2014). Osoby badane posiadały minimum wykształcenie średnie, a duża ich część wykształcenie wyższe, co również nie odpowiada strukturze wykształcenia populacji polskich seniorów. W związku z tym należy wyraźnie zaznaczyć, że uogólnianie uzyskanych w niniejszym badaniu wyników na całą populację osób starszych nie jest uzasadnione i należy to czynić z dużą ostrożnością.

Przystępując do badań, zamierzano określić różnice międzyplciowe w zakresie analizowanych zależności pomiędzy otrzymywanym wsparciem, umiejscowieniem kontroli zdrowia a zadowoleniem z życia. Słuchaczami uniwersytetów Trzeciego Wieku i uczestnikami Centrów Aktywizacji, wśród których prowadzono badania, są jednak w zdecydowanej większości kobiety, na skutek czego w grupie osób badanych ujawniły się znaczne dysproporcje między liczbą kobiet i mężczyzn. Warto odnotować, że z uwagi na różnice w długości życia kobiet i mężczyzn dysproporcja ta występuje również w ogólnej populacji osób w późnej dorosłości. Z tego powodu zrezygnowano z określenia róż-

nic pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie kontroli zdrowia. Może to być ciekawy kierunek dalszych badań w tym obszarze.

Wyniki badań dostarczają niewątpliwie nowych informacji na temat osób w późnej dorosłości i podejmowanych przez nich działań w obszarze własnego zdrowia. Możliwe, że przy większej próbie niektóre z wyników, które okazały się istotne jedynie na poziomie tendencji statystycznej, uzyskałyby przyjęty poziom istotności. Nie można także wnioskować o związkach przyczynowo-skutkowych ze względu na stosowane analizy korelacyjne. Jako ograniczenie badań należy wskazać także przewagę liczebności kobiet wobec mężczyzn w badanej grupie, która dodatkowo utrudnia generalizowanie wyników na populację starszych mężczyzn. Mimo swoich ograniczeń badania przybliżają nas do pełniejszego zrozumienia uwarunkowań dbałości o własne zdrowie w okresie późnej dorosłości oraz znaczenia umiejscowienia kontroli zdrowia dla poczucia zadowolenia z życia osób starszych. Wiedza ta może zostać wykorzystana do budowania programów profilaktycznych dotyczących zdrowia oraz w pracy z osobami starszymi.

W przyszłych badaniach dotyczących umiejscowienia kontroli zdrowia, jego uwarunkowań, a także jego związku z oceną zdrowia i satysfakcją z życia, warto byłoby zbadać większą liczbę osób, a także bardziej zróżnicowaną pod względem płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania, przejawianej aktywności i sytuacji zdrowotnej. Interesujące byłoby sprawdzenie, czy kobiety i mężczyźni różnią się umiejscowieniem kontroli zdrowia, a także, czy miejsce zamieszkania ma znaczenie dla kontroli zdrowia i podejmowanych w tym zakresie działań.

BIBLIOGRAFIA

- Barrera M. Jr, Sandler I.N., Ramsay T.B. (1981), Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9(4), 435–447.
- Buszman K., Przybyła-Basista H. (2017), Polska adaptacja Wielowymiarowej Skali Spostrzeganego Wsparcia Społecznego.
- Cierzniałkowska K., Szewczyk M.T., Kozłowska E., Popow A., Mościcka P., Cwajda-Białasik J. (2018). Factors determining the health locus of control in patients and healthy individuals. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne / Surgical and Vascular Nursing*, 2018(2), 44–50.

- Diener E.D., Emmons R.A., Larsen R.J., Griffin S. (1985), The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.
- Fiszler K., Sobów T. (2013), Związek umiejscowienia kontroli zdrowia z depresyjnością wśród studentów uczelni medycznej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19(3).
- Głębocka A., Szarzyńska M. (2005), Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych. *Gerontologia Polska*, 13(4), 255–259.
- Juczyński Z. (2001), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Krause N. (1987), Understanding the stress process: Linking social support with locus of control beliefs. *Journal of Gerontology*, 42(6), 589–593.
- Krzywiński S. (1993), *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kurowska K., Bystryk R. (2013), Rola wsparcia i przekonań dotyczących zdrowia w zmaganiu się z problemami wieku geriatrycznego, *Geriatrics*, 7, 5–11.
- Kurowska K., Horodecka A. (2014), Umiejscowienie kontroli zdrowia a oczekiwania pacjentów objętych opieką medyczną w POZ. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 8, 105–116.
- Kurowska K., Krakowiecka K. (2014), Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u osób po przebytych udarach mózgu. *Geriatrics*, 8, 13–21.
- Kurowska K., Zdrojewska K. (2013), Zachowania zdrowotne a umiejscowienie kontroli zdrowia u czynnych zawodowo strażaków. *Anest. Ratow.*, 7, 381–389.
- Kurpas D., Piotrowski P., Marciniak D., Kasprzak M., Mroczek B., Nitsch-Osuch A., Kiejna A. (2014), Wsparcie społeczne a wybrane wskaźniki stanu zdrowia pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. *Psychiatria Polska*, 48(5), 941–960.
- Lawton M.P., Brody E.M., Médecin U. (1969), Instrumental activities of daily living (IADL). *The Gerontologist*, 9, 179–186.
- Lefcourt H.M., Martin R.A., Saleh W.E. (1984), Locus of control and social support: Interactive moderators of stress. *Journal of personality and social psychology*, 47(2), 378–389
- Lipowski M., Szczepańska-Klunder Ź. (2013), Zachowania zdrowotne nauczycieli wychowania fizycznego, W: Z. Jastrzębski (red.), *Teoria i praktyka wychowania fizycznego i sportu*. T 1, 9–26. Wyższa Szkoła Sportowa w Łodzi.
- Lourdes Rubio M. de (1987), *Planning behavior, life satisfaction, and locus of control among elderly Iowans*. A Dissertation Submitted to the Graduate Faculty in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of doctor of philosophy. Iowa State University Ames, Iowa.
- Lowenthal M.F., Haven C. (1968), Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable. *American Sociological Review*, 1(33), 20–30.
- Merriam S.B., Kee Y. (2014), Promoting community wellbeing: The case for lifelong learning for older adults. *Adult Education Quarterly*, 64(2), 128–144.
- Mirczak A., Piłkuła N. (2014), Satysfakcja z życia starszych osób mieszkających w wybranych miejscowościach wiejskich województwa małopolskiego. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 4(4), 321–326.
- Niezabitowski M. (2010), Relacje sąsiedzkie i wsparcie społeczne osób starszych w środowisku zamieszkania. *Przegląd Socjologiczny*, 59(4), 61–82.
- Nowicki G.J., Ślusarska B., Zboina B., Deluga A. (2017), Poczucie własnej skuteczności i umiejscowienie kontroli jako zasoby determinujące podejmowanie zachowań związanych ze zdrowiem. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio A, Nauki Humanistyczne, Społeczne i Techniczne*, (10(2), 18–37.
- Olejniczak P. (2013), Wsparcie społeczne i jego znaczenie dla osób starszych. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 3, 183–188.
- Pilewska-Kozak A.B., Pałucka K., Lepecka-Klusek C., Putowski L. (2016), Umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie starzejących się mężczyzn – doniesienie wstępne [The health locus of control in aging men – preliminary report] *Prace Oryginalne/Original Paper*, 45.
- Rotter J.B. (1990), Poczucie wewnętrznej versus zewnętrznej kontroli wzmocnień. *Nowiny Psychologiczne*, 5/6, 59–70.
- Sęk H., Cieślak, R. (2004). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Sęk H. (2004), Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych. W: Sęk H, Cieślak R. (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 49–67.
- Stelmach W. (2008), Jeszcze raz, ale inaczej, o teorii Masłowa. *Master of Business Administration*, 16(4), 3–6.
- Stradomska M., Zoszak K. (2015), Społeczne i psychologiczne skutki starzenia się, czyli o starości w ocenie osób w późnym wieku dojrzałym oraz w oczach adolescentów. W: M. Synowiec-Piłat, B. Kwiatkowska, K. Borysławski (red.), *Inkluzja czy ekskluzja? Człowiek stary w społeczeństwie*, 55–70. Wrocław: Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Strudler Wallston B., Wallston K.A. (1978), Locus of control and health: A review of the literature. *Health Education Monographs*, 6(1), 107–117.
- Wajrak A., Włoszczak-Szubda A. (2018), Poczucie umiejscowienia kontroli a podejmowanie zachowań zdrowotnych przez pacjentów z chorobami tarczycy. *Aspekty Zdrowia i Choroby*, 3(2), 71–80.
- Wallston K.A., Strudler Wallston B., DeVellis R. (1978), Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6(1), 160–170.
- Włodarczyk D. (1999), Wsparcie społeczne a radzenie sobie ze stresem u chorych po zawale serca. *Przegląd Psychologiczny*, 42(4), 95–113.
- Wojtyna E., Życińska J., Dosiak M. (2007), Wpływ wsparcia społecznego na przebieg zaburzeń depresyjnych u pacjentów w podeszłym wieku. *Psychogeriatrya Polska*, 4(1), 17–26.
- Ziomek-Michalak K. (2016), *Zasoby osobiste a oczekiwania zdrowotne polskich seniorów*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.

KAMIL JEZERSKI  orcid.org/0000-0001-6935-4710

Instytut Psychologii, Akademia Ignatianum w Krakowie
Institute of Psychology, Jesuit University Ignatianum in Cracow
e-mail: kamil.jezerski@ignatianum.edu.pl

Recenzja książki R.J. Sternberg, J. Glück (Eds) (2019),
The Cambridge Handbook of Wisdom.
Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/9781108568272.016>

Już pierwszy rzut oka na publikację zapowiada dużą porcję solidnej wiedzy naukowej. Książka *The Cambridge Handbook of Wisdom* („Podręcznik Mądrości Cambridge”) to gruby tom, na który składa się 838 stron tworzących 34 rozdziały, które napisali uznani znawcy przedmiotu, pod redakcją dwóch światowej sławy psychologów Roberta Sternberga i Judith Glück, opublikowana przez Wydawnictwo Uniwersytetu w Cambridge. Robert Sternberg jest nietuzinkową postacią w światowej psychologii. Po tym, jak zasłynął swą triarchiczną teorią inteligencji, dalej działał na nowych polach, torując w naukowej psychologii drogę takim pojęciom, jak twórczość, miłość i wreszcie mądrość. No właśnie, ktoś mógłby zadać pytanie, czy psychologia powinna zajmować się tak niejasnym pojęciem jak mądrość? Przecież psychologia klasyfikowana jako nauka społeczna zwykle rozbiera zachowanie i świat wewnętrzny człowieka na pojedyncze czynniki, starając się poddać je rzetelnej weryfikacji empirycznej i możliwie precyzyjnie opisać za pomocą jednoznacznych pojęć. Robert Sternberg w swoim dorobku pokazuje, że psychologia powinna dotyczyć spraw ważnych dla człowieka i służyć jego dobru, a łatwość operacjonalizacji i wykrywania współzmienności nie jest najważniejszym kryterium wyboru kierunku poszukiwań. Sternberg od początku nie godził się na sprowadzenie poznania ludzkiego do prostych kompetencji poznawczych, co znalazło między innymi wyraz w książce pt. *Why smart people can be so stupid*¹ („Dla-

czego inteligentni ludzie mogą być tak głupi”). Niewątpliwie zaprezentowane w omawianym tomie rozważania na temat mądrości pokazują psychologię jako naukę społecznie użyteczną.

Droga naukowa drugiej redaktorki, Judith Glück², pozostawała pod wpływem psychologii biegu życia, w Instytucie Maxa Plancka w Berlinie wraz z Pauliem Baltesem tworzyła znany „berliński paradygmat badań nad mądrością”. Zgodnie z zainteresowaniami redaktorki zawarte w publikacji rozważania nawiązują do perspektywy *life-span*. Oboje redaktorów budowało psychologię, która dotyka ważnych problemów życiowych człowieka, i wydaje się, że redagowany przez nich tom wpisuje się w ten kierunek.

Tom został podzielony na osiem części. Pierwsza dotyczy fundamentów naukowego ujęcia mądrości: filozoficznych, społeczno-kulturowych i neurobiologicznych. Część ta została otwarta rozdziałem wprowadzającym napisanym przez Sternberga w tonie dość emocjonalnym jak na pracę naukową. Mianowicie autor wyraża opinię, że współcześnie ludzie, sądząc, że dążą do postępu, tak naprawdę zmierzają w kierunku destrukcji świata takiego, jaki znamy. Autor wymienia tu takie problemy, jak zmiany klimatu, ekspansja ekstremizmów czy zdobywanie władzy przez populistów (wprost nawiązuje do wyboru Donalda Trumpa na prezydenta USA). W obliczu globalnych wyzwań ludzkość właściwą drogę może obrać jedynie dzięki mądrości, a nie prostemu zwiększaniu

skuteczności dotychczasowych działań. Na polu psychologii jednym z przejawów tego zgubnego wyścigu, w którym bierzemy udział, jest nadmierne skupienie się na testowaniu IQ, które nie przekłada się na tworzenie dobra wspólnego. Sternberg odwołuje się do własnej definicji mądrości jako używania inteligencji i twórczości dla zbalansowanego pożytku innych i siebie. Charakterystyczne jest dla niego wyraźne podkreślanie znaczenia edukacji w budowaniu lepszego społeczeństwa.

Zawarty w dwóch kolejnych rozdziałach przegląd klasycznych sposobów rozumienia mądrości w różnych tradycjach filozoficznych i ujęciach religijnych ukazuje ją nie tylko jako zbiór umiejętności i wiedzy, ale przede wszystkim cnót. To wyeksplikowanie wymiaru ewaluatywnego i etycznego jest też obecne w późniejszych częściach prezentujących współczesne psychologiczne rozumienie mądrości. Przez wielu badaczy poznania ten „subiektywny” komponent mógłby zostać odebrany jako nie-naukowy i zbędny, tutaj jest traktowany jako walor. Obecnie w każdym obszarze psychologii poszukuje się mózgowych podstaw funkcji psychicznych, zatem i w podręczniku o mądrości nie mogło zabraknąć rozdziału poświęconego jej neurobiologicznym korelatom. Niestety, chyba nie do uniknięcia jest odczuwalny przy jego lekturze rozdźwięk między analitycznym podejściem neuronauk a holistycznym i wielowymiarowym konstruktom mądrości.

Druga część tomu opisuje chyba wszystkie najważniejsze psychologiczne ujęcia mądrości, porządkując znaną wiedzę oraz nowe osiągnięcia, ale też prezentując obiecujące nowe trendy badawcze. Część tę rozpoczyna rozdział Nica M. Weststrate’a, Susan Bluck i Judith Glück referujący badania dotyczące potocznego rozumienia mądrości. Poszukiwania powszechnego obrazu mądrości doprowadziły do wyróżnienia jego trzech komponentów: (1) poznawczego, czyli wiedzy i doświadczenia życiowego oraz zdolności do operowania nimi; (2) refleksyjnego: głębokiego wglądu i krytycznej autorefleksji oraz pokory; (3) afektywnego: życzliwości, współczucia i pozytywnego nastawienia. Te trzy komponenty stanowią też podstawę psychologicznych definicji mądrości. To, co jest

ciekawe w tym rozdziale, to pokazanie wyników różnych sposobów badania przekonania ludzi w różnych kontekstach. W podsumowaniu bieżącego stanu wiedzy i nowych kierunków eksploracji znalazło się ważne stwierdzenie, które może być wskazówką dla naszych rodzimych naukowców, coraz częściej starających się o publikacje w międzynarodowych czasopiśmie. Autorzy dochodzą do wniosku, że w badaniach nad mądrością zostały już ugruntowane podstawy modeli mądrości, obecnie natomiast odkrywa się przejawianie się mądrości w różnych kontekstach i jej kulturowe zróżnicowanie. Jako przykład mogą tu posłużyć cytowane w tym rozdziale polskie badania Aliny Kałużnej-Wielobób³.

Sternberg w tej części zaprezentował rozważania nad swoim modelem mądrości w kontekście problemów współczesnego świata i możliwości wdrażania go w pole edukacji. Mądrość w tym modelu rozumiana jest jako proces dążenia do równowagi wyrażający się po pierwsze godzeniem różnorodnych interesów w wymiarze indywidualnym i społecznym, a po drugie – wchodzeniem w różnego rodzaju relacje ze środowiskiem: adaptacją do wymagań, kształtowanie otoczenia i selekcję celów. Model mądrości jako wiedzy eksperckiej o życiu (Berliński Paradygmat Mądrości) zaprezentowała Ursula Staudinger, zestawiając mądrość ogólną odnoszącą się do fundamentalnych spraw w życiu i mądrość osobistą dotyczącą własnego życia. W innych rozdziałach omawiane są modele mądrości odnoszące się duchowości i samotranscendencji, mądrości jako wiedzy i typu osobowości, jako stanu lub cechy. W tej części omówiono także umiejętność rozumowania postformalnego jako podstawy mądrości, przedstawiono też ciekawą propozycję wprowadzenia arystotelesowskiego konstrukt mądrości praktycznej na pole psychologii.

W tak obszernej pracy nie mogło zabraknąć szczegółowego przyjrzenia się zagadnieniu metodologicznemu. Różnorodne sposoby badania mądrości zostały dość klarownie omówione w ramach prezentacji poszczególnych modeli, w części zaś poświęconej metodologii właściwie otrzymujemy zestawienie dwóch odmien-

nych podejść mierzenia mądrości: opartego na samoopisie oraz na zadaniach wykonawczych. W pierwszym z nich prosi się osoby o wykonanie zadań, w których można wykazać się mądrością, na przykład w klasycznym już Berlińskim Projekcie Mądrości badani byli proszeni do rozważania zaprezentowanych dylematów, a ich odpowiedzi były oceniane przez sędziów kompetentnych pod względem kryteriów zgodnych z przyjętą definicją. W drugim stosuje się głównie kwestionariusze, w których badani ocenia przejawy mądrości w swoim myśleniu i zachowaniu. Jedną z omawianych skal jest Trzydymensyjna Skala Mądrości (3D-WS, *Three Dimensional Wisdom Scale*) autorstwa Moniki Ardelt, zaadoptowana niedawno do warunków polskich (Steuden, Brudek, Izdebski, 2016). Główną przewagą tego sposobu badania jest nie ograniczanie się do specyficznych sytuacji zadaniowych (jak to się dzieje w pierwszym przypadku), w których może, ale nie musi, ujawnić się mądrość, ale operowanie ogólnymi stwierdzeniami. Ute Kunzmann w rozdziale swojego autorstwa stawia jednak pod znakiem zapytania przydatność metod samoopisowych do badania mądrości. Podstawowy zarzut, jaki wysuwa, ma charakter teoretyczny i odnosi się do założenia, że istotną charakterystyką mądrości jest świadomość ograniczenia własnej wiedzy, którą niezwykle trudno obiektywnie ocenić w odniesieniu do samego siebie. Podobnie współcześnie coraz częściej wskazuje się, że umiejętność samoregulacji emocji (też składowa mądrości) nie jest najlepiej mierzona przez samoopis. Autorka szczególnie krytykuje badania, w których sprawdza się związek wyników kwestionariuszy między sobą. Zarzuty te są zresztą aktualne też względem metod samoopisowych w ogóle i odnoszą się do niekontrolowanych czynników wpływających na współzmiennność wariancji, takich jak tendencja do prezentowania się w pozytywnym świetle czy dawania odpowiedzi mniej skrajnych lub podobieństwa między stwierdzeniami z różnych skal. Autorka rozdziału przedstawia swoją krytykę na przykładzie wyników badań nad związkiem mądrości i dobrostanu, w których jedynie miary samoopisowe wykazują tu systematyczny pozytywny związek.

Wątek wpływu metodologii badania na otrzymane wyniki był eksplorowany również w ramach jednego podejścia. Jako przykład podała tutaj badania nad związkiem mądrości z wiekiem. W klasycznym już berlińskim paradygmacie badań nad mądrością wykazano bardzo ograniczony związek poziomu mądrości z wiekiem u osób dorosłych. Igor Grossmann natomiast wraz ze współpracownikami⁴ otrzymał inny wynik, gdy zamiast prośbienia badanych o rozważenie wyimaginowanych dylematów życiowych w wewnętrznym dialogu aktywnie dyskutowano dotyczący ich konflikt interpersonalny.

W innych częściach tomu omawiane są dogłębniej tak ważne zagadnienia, jak relacja mądrości do innych konstruktów psychologicznych czy jej kulturowe zróżnicowanie. Istotną część tomu stanowią rozdziały pokazujące zastosowanie teorii mądrości w różnych dziedzinach życia. Szczególną uwagę poświęca się edukacji, można znaleźć rozdziały omawiające ukierunkowanie na rozwój mądrości na różnych jej etapach, od przedszkolnej przez szkolną u dzieci i młodzieży aż do szkolenia konkretnych grup zawodowych (np. medyków czy psychologów). Znajdziemy tu nie tylko założenia, ale też omówienie konkretnych programów i inicjatyw.

Czytelników z pewnością zainteresuje rozdział Judith Glück poświęcony zagadnieniu rozwoju mądrości w dorosłości. Autorka mierzy się w nim z problemem, dlaczego w dotychczasowych badaniach ujawniały się różne rodzaje związku mądrości z wiekiem: wzrostu, regresu, plateau czy linii o kształcie odwróconego U. Być może na uzyskane wyniki miał wpływ sposób projektowania badań (użytej metody, dobranych uczestników czy kontekstu kulturowego). Autorka pokazuje, że otrzymane rezultaty pozostawały pod wpływem tego, jaki aspekt mądrości był badany na przykład w badaniach kwestionariuszowych, pozytywny związek z wiekiem zaznaczał się w aspekcie związanym z samotranscendencją, ale negatywny, z tendencją do zauważania złożoności problemów. Autorka zwraca też uwagę, że nadal brakuje solidnych badań longitudinalnych lub sekwencyjnych, przeprowadzanych w dłuższych interwałach czasowych, które mogłyby wykryć efekt kohorty.

Rozumienie mądrości jest poniekąd związane z wartościami, które zmieniły się na przestrzeni pokoleń, takimi jak docenianie relatywizmu. Podsumowując, przegląd badań nad związkiem mądrości z wiekiem prowadzi do wniosku, że rozwój w dorosłości jest zróżnicowany interindywidualnie i szczególnie w przypadku mądrości, która z założenia nie jest powszechna, nie należy się spodziewać otrzymania prostej zależności wzrostowej w losowo dobranej próbie. Stąd też ważną część rozdziału stanowi systematyczny przegląd czynników stwarzających okazję do indywidualnego rozwoju mądrości. W przeglądzie uwzględniono takie czynniki, jak etap życia, istotne doświadczenia życiowe o charakterze normatywnym i nienormatywnym czy umiejętność integracji emocji i poznania oraz czynniki motywacyjne. Na podstawie analiz teoretycznych autorka uznała, że najkorzystniej-

sze warunki rozwoju mądrości panują zwykle we wczesnej starości.

Podsumowując, „Oksfordzki podręcznik mądrości” to kompleksowy przegląd literatury psychologicznej dotyczącej mądrości autorstwa wiodących ekspertów w tej dziedzinie. Zawiera zarówno przegląd klasyki, jak i najnowsze osiągnięcia oraz pokazuje dalsze kierunki badań w omawianym obszarze. Najbardziej będzie przydatna dla badaczy dzięki temu, że daje dobrą orientację w problematyce oraz inspiruje do stawiania nowatorskich, ale też ważnych pytań, a ponadto pomaga dobrze zaprojektować proces badania. Dzięki jasności przekazu wybrane rozdziały z pewnością mogą też służyć jako użyteczna lektura dla studentów. Patrząc na dopracowanie w szczegółach i przemyślenie całości, tom może odgrywać rolę przewodnika po wiedzy nie tylko rzetelnej, ale i wartościowej.

PRZYPISY

¹ R.J. Sternberg (ed.) (2002), *Why smart people can be so stupid*. London: Yale University Press.

² Ciekawy wywiad z J. Glück można znaleźć na stronie <https://evidencebasedwisdom.com/wisdom-profiles-judith-glueck/> (dostęp: 31.05.2020).

³ A. Kałużna-Wielobób (2014), Do individual wisdom concepts depend on value? *Polish Psychological Bulletin*. 45(2), 112–127.

⁴ I. Grossmann, J. Na, M.E. Varnum, D.C. Park, S. Kitayama, R.E. Nisbett (2010), Reasoning about social conflicts improves into old age. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(16), 7246–7250.

REDAKTOR PROWADZĄCY

Agnieszka Stęplewska

REDAKCJA JĘZYKOWO-STYLISTYCZNA

Barbara Górską

KOREKTA

Anna Noga-Grochola

SKŁAD I ŁAMANIE

Regina Wojtyłko

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Redakcja: ul. Michałowskiego 9/2, 31-126 Kraków

tel. 12-663-23-80, tel./fax 12-663-23-83

Druk i oprawa: Drukarnia Elpil