

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie. Wydział Pedagogiki i Psychologii

GRAŻYNA EWA KWIATKOWSKA

ORCID: 0000-0002-7305-7193

g.k@umcs.lublin.pl

*Satysfakcja z życia a poziom akceptacji choroby
przez osoby starsze*

Satisfaction with Life and the Level of Acceptance of the Disease by the Elderly People

STRESZCZENIE

Problematyka ludzi starych i starości to zagadnienie, któremu ostatnio poświęca się coraz więcej uwagi. Wynika to m.in. z faktu, że Polska należy do starzejących się społeczeństw, gdzie populacja ludzi w podeszłym wieku jest coraz liczniej reprezentowana. W pracy starano się uzyskać odpowiedź na pytanie: Czy istnieje zależność pomiędzy satysfakcją z życia osób starszych przebywających w domach pomocy społecznej a ich poziomem akceptacji choroby? Uzyskane wyniki wskazują, że satysfakcja z życia prezentowana przez osoby starsze może zostać uznana za jeden z predyktorów tego, w jaki sposób funkcjonują one w sytuacji choroby. W świetle badań należy stwierdzić, że przystosowanie do doświadczanych dolegliwości oraz postawa akceptacji choroby przez seniorów są związane z tym, na ile postrzegają oni własne życie jako satysfakcjonujące. Wysokiej akceptacji choroby sprzyja, jak pokazują wyniki badań, przede wszystkim życie w rodzinie, środowisku lokalnym. Być może wpływ na to ma fakt, że egzystencja ludzi starszych w takim otoczeniu nie jest tak naznaczona chorobą, także tą obserwowaną, jak ma to miejsce w DPS. Wydaje się również, iż instytucje pomocowe typu DPS mogą wzmacniać w ludziach starszych przekonanie o tym, że stanowią grupę odmienną, określaną przez takie cechy, jak: niedołężność, cierpienie i samotność. Tym samym w pewnym stopniu wykluczają seniorów z życia społecznego, uniemożliwiając pełnienie właściwych im ról społecznych.

Słowa kluczowe: osoby starsze; satysfakcja z życia; akceptacja choroby

WPROWADZENIE

Problematyka ludzi starych i starości to zagadnienie, któremu w ostatnim czasie poświęca się coraz więcej uwagi (Bień 2006; Bromley 2006; Czerniawska 1998; Dubas 2016a; Halik 2002; Piotrowski 1982; Pudlich 1996; Susułowska 1989). Wynika to m.in. z faktu, że Polska należy do starzejących się społeczeństw (Tobiasz-Adamczyk 2006; Zielińska-Więczkowska, Kędziora-Kornatowska 2009), gdzie populacja ludzi w podeszłym wieku jest coraz liczniej reprezentowana. Zjawisko starzenia się społeczeństw sprawia, że jakość życia ludzi w wieku senioralnym oraz jej uwarunkowania stają się przedmiotem podejmowanych badań (Chrapkowska-Zielińska 1991; Gębska-Kuczerowska 2002; Kaczmarczyk 2008; Marcinek 2007). Niewątpliwie wiedza na temat związków satysfakcji z życia z czynnikami o charakterze społeczno-demograficznym i osobowościowym powinna być pomocna w lepszej ocenie poziomu adaptacji seniora do okresu życia zwanego późną dorosłością.

Struktura potrzeb ludzi starszych w dużej mierze jest zdeterminowana ich sytuacją życiową. Składa się na nią: postępujący proces starzenia się, skutkujący m.in. obniżeniem sprawności poznawczej i motorycznej; ogólny stan zdrowia; status społeczny i sytuacja rodzinna; warunki materialne (Kocemba, Kołomyjska 1989; Rembowski 1984). Na plan pierwszy wysuwają się zatem potrzeby związane z materialnym zabezpieczaniem podstawowych kwestii bytowych oraz poczuciem bezpieczeństwa. Nasila się także potrzeba uzyskania wsparcia emocjonalnego i społecznego (Dubas 2016b).

PROBLEMATYKA BADAŃ

Niezwykle istotne wydaje się zrozumienie problemów związanych z okresem późnej dorosłości i specyfiką tego okresu życia oraz zadbanie o pomyślne starzenie się. W związku z tym należy odpowiedzieć na pytanie, co wpływa na większą satysfakcję z życia i akceptację chorób przez osoby starsze. Choroby przewlekłe zwykle towarzyszą procesowi starzenia się (Kielar 1992; Niedzielski i in. 2007). Akceptowanie stanu zdrowia oddziałuje na poziom aktywności i odczuwaną jakość życia. Postępującemu starzeniu się społeczeństwa polskiego, z ciągle rosnącą liczbą osób dożywających późnej starości, towarzyszy występowanie licznych chorób przewlekłych. Ponad połowa populacji seniorów podlega starzeniu się patologicznemu, charakteryzującemu się występowaniem licznych chorób, doprowadzających w kolejnych latach do trwałego upośledzenia funkcjonowania w życiu codziennym. Poziom akceptacji choroby ma istotny wpływ na przystosowanie się do ograniczeń narzuconych przez chorobę, zależności od innych osób oraz poczucie własnej wartości (Kowalik 2000; Winiarski 1999). Duże znaczenie w akceptacji swojego stanu zdrowia ma również miejsce zamieszkania osób starszych. Literatura przedmiotu

prezentuje różne aspekty funkcjonowania ludzi starszych przebywających w domach pomocy społecznej (Leszczyńska-Rejchert 2005, 2008; Okła 2006). W związku z tym starano się uzyskać odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy istnieje zależność pomiędzy satysfakcją z życia osób starszych przebywających w domach pomocy społecznej a ich poziomem akceptacji choroby?
2. Czy i w jakim stopniu satysfakcja z życia ludzi starszych oraz poziom ich akceptacji choroby różnicują takie czynniki, jak: wiek, płeć, zamieszkanie w domu pomocy społecznej lub we własnym domu?

W badaniach zastosowano następujące metody:

1. Skalę satysfakcji z życia (SWLS). Na subiektywne dobre samopoczucie składają się trzy elementy: poziom satysfakcji z życia, pozytywne uczucia i brak uczuć negatywnych. Ocena satysfakcji z życia jest wynikiem porównania własnej sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami. Jeżeli wynik porównania jest zadowalający, to jego skutkiem jest odczucie satysfakcji (Diener 1984; Diener i in. 1985; Juczyński 2001).
2. Skalę Akceptacji Choroby (AIS), która zawiera osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Konsekwencje te sprowadzają się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych osób i obniżonego poczucia własnej wartości. Akceptacja choroby przejawia się w mniejszym nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z aktualną chorobą. Skala służy do pomiaru stopnia akceptacji choroby (Felton, Revenson, Hinrichsen 1984; Juczyński 2001).

Badanie przeprowadzono w domach pomocy społecznej w województwie lubelskim oraz wśród osób mieszkających z rodzinami. Łącznie przebadano 60 osób w wieku 60–80 lat (30 osób z DPS-ów i 30 osób przebywających w domach rodzinnych). Średni wiek osób badanych: DPS – 66,30, środowisko rodzinne – 70,53. Średni wiek badanych kobiet: DPS – 67,31, środowisko rodzinne – 70,94, a w przypadku mężczyzn: DPS – 65,30, środowisko rodzinne – 69,92.

ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

Przedmiotem analiz był poziom satysfakcji z życia oraz akceptacji choroby u osób starszych z różnych środowisk. Główny cel przeprowadzonych badań stanowiła weryfikacja zależności między wymienionymi zmiennymi. Porównano również poziom mierzonych cech u osób przebywających w domach pomocy społecznej oraz tych, które nie korzystają z usług takich placówek. Zbadano także wpływ płci i wieku na satysfakcję z życia i akceptację choroby u osób starszych. Związek między poziomem satysfakcji z życia a stopniem akceptacji choroby zbadano przy pomocy współczynnika korelacji r-Pearsona (tab. 1).

Tab. 1. Wyniki analizy korelacji między stopniem akceptacji choroby a satysfakcją z życia u seniorów

Zmienne	Satysfakcja z życia	
Akceptacja choroby	Korelacja r-Pearsona	0,579**
	Istotność (dwustronna)	0,001
	N	30

** korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

Źródło: badania własne.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, między stopniem akceptacji choroby a poziomem satysfakcji z życia występuje istotna statystycznie korelacja, którą można ocenić jako silną ($r = 0,579$, $p < 0,05$). Kierunek związku jest dodatni, co oznacza, że wysokim wartościom w skali akceptacji choroby towarzyszą wysokie wyniki w skali satysfakcji z życia.

Analizę korelacji przeprowadzono również oddzielnie dla grup wyróżnionych ze względu na środowisko życia, aby sprawdzić, czy modyfikuje ono związek między zmiennymi (tab. 2).

Tab. 2. Wyniki analizy korelacji między stopniem akceptacji choroby a satysfakcją z życia u seniorów mieszkających w DPS i poza nim

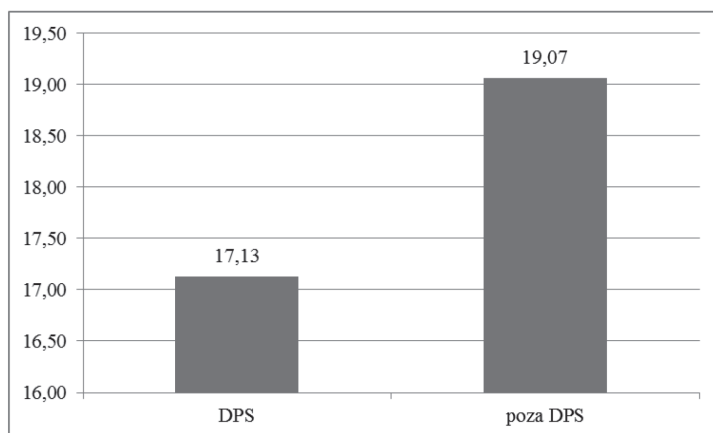
Środowisko życia	Zmienne		Satysfakcja z życia
DPS	Akceptacja choroby	Korelacja r-Pearsona	0,401
		Istotność (dwustronna)	0,139
		N	15
Poza DPS	Akceptacja choroby	Korelacja r-Pearsona	0,694**
		Istotność (dwustronna)	0,004
		N	15

** korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

Źródło: badania własne.

Jak wynika z przeprowadzonych badań, związek między badanymi zmiennymi jest istotny statystycznie w grupie osób mieszkających poza DPS ($r = 0,694$, $p < 0,05$), natomiast wartość nieistotną statystycznie przyjmuje wśród pensjonariuszy DPS ($r = 0,401$, $p > 0,05$, n.i.).

Zależność między środowiskiem życia seniorów a poziomem satysfakcji z życia i stopniem akceptacji choroby obrazują średnie wyniki w skali satysfakcji z życia uzyskane w porównywanych grupach (rys. 1).

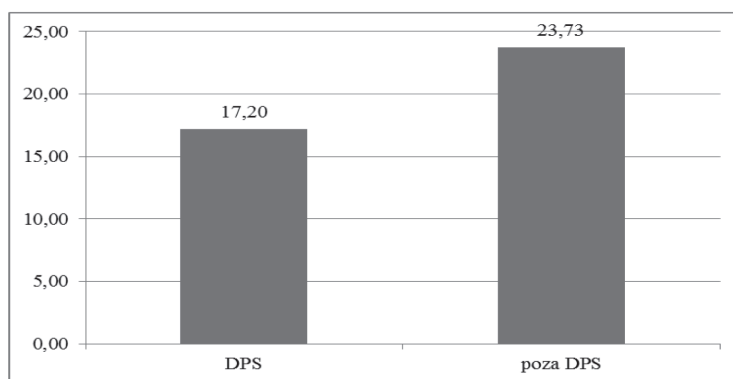


Rys. 1. Środowisko życia osób starszych a poziom satysfakcji z życia

Źródło: badania własne.

Różnica w poziomie satysfakcji z życia między seniorami mieszkającymi w DPS i poza nim okazała się nieistotna statystycznie ($t = -0,92$, $p > 0,05$, n.i.). Niemniej na podstawie rys. 1 można stwierdzić, że osoby starsze niebędące pensjonariuszami DPS odznaczają się przeciętnie nieco wyższym poziomem zadowolenia niż pozostali seniorzy.

Rys. 2 przedstawia wyniki osiągnięte przez mieszkańców DPS i osoby starsze mieszkające w innych środowiskach w zakresie akceptacji choroby.



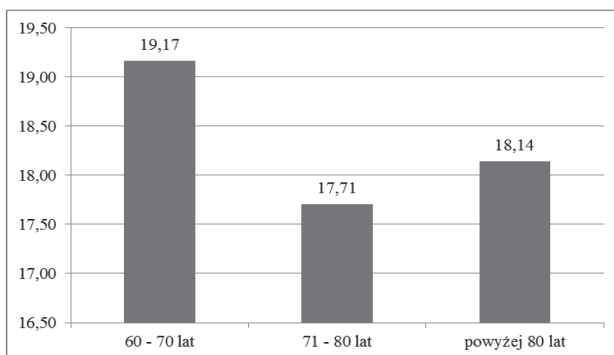
Rys. 2. Środowisko życia osób starszych a poziom akceptacji choroby

Źródło: badania własne.

W tym przypadku różnica okazała się nieco większa. Wynik testu t-Studenta pozwolił potwierdzić istotną różnicę między porównywanymi grupami w zakresie analizowanej zmiennej ($t = 0,32$, $p < 0,05$). Można zatem stwierdzić, że senio-

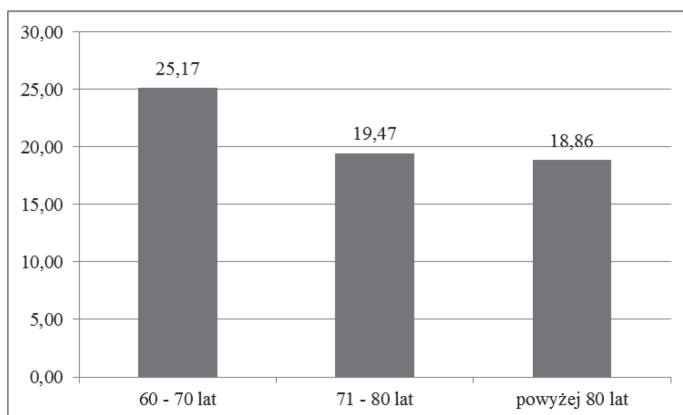
rów, którzy nie mieszkają w DPS, cechuje znacząco wyższy poziom akceptacji choroby niż pensjonariuszy tego typu instytucji.

Kolejnym z analizowanych problemów była zależność między wiekiem a poziomem satysfakcji z życia i stopniem akceptacji choroby. Obliczono wartości statystyki t-Studenta dla porównań między skrajnymi grupami wiekowymi (60–70 lat oraz powyżej 80 lat), ponieważ te grupy były zbliżone pod względem liczebności.



Rys. 3. Wiek a poziom satysfakcji z życia u osób starszych
Źródło: badania własne.

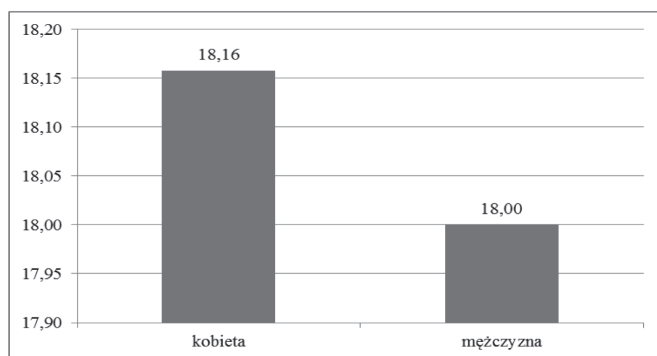
Na rys. 3 ukazano średnie wyniki w zakresie satysfakcji z życia uzyskane przez seniorów w różnym wieku. Najmłodszy spośród badanych uzyskali najwyższy wynik, co sugeruje, że cechują się najwyższym poziomem satysfakcji z życia. Najniższy poziom mierzonej cechy ujawniały osoby znajdujące się w przedziale wiekowym 71–80 lat. Jedynie nieznacznie wyższe wyniki osiągnęły najstarsze badane osoby. Testowana różnica okazała się nieistotna statystycznie ($t = 0,28$, $p > 0,05$, n.i.).



Rys. 4. Wiek a stopień akceptacji choroby u osób starszych
Źródło: badania własne.

Seniorzy, którzy zostali zakwalifikowani do najmłodszej grupy wiekowej, odznaczali się wyższym poziomem akceptacji choroby niż pozostałe osoby starsze (rys. 4). I w tym przypadku odnotowane różnice średnich między dwiema skrajnymi grupami wiekowymi okazały się nieistotne statystycznie ($t = 1,61$, $p > 0,05$, n.i.).

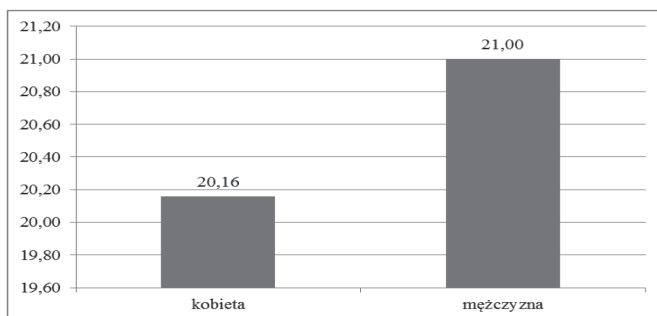
Ostatnią z badanych zależności był wpływ płci na poziom satysfakcji z życia oraz akceptacji własnej choroby przez osoby starsze.



Rys. 5. Płeć a poziom satysfakcji z życia u osób starszych
Źródło: badania własne.

Na podstawie rys. 5 można stwierdzić, że kobiety charakteryzowały się zaledwie minimalnie wyższym poziomem satysfakcji z życia niż mężczyźni. Różnica, jak można się było spodziewać, okazała się nieistotna statystycznie ($t = 0,98$, $p > 0,05$, n.i.).

Nieco wyższą różnicę odnotowano między stopniem akceptacji choroby u kobiet i mężczyzn (rys. 6).



Rys. 6. Płeć a stopień akceptacji choroby u osób starszych
Źródło: badania własne.

Analiza statystyczna testem t-Studenta dla prób niezależnych nie potwierdziła jednak występowania istotnej różnicy między porównywanymi grupami ($t = -0,31$, $p > 0,05$, n.i.).

DYSKUSJA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

Współczesnym seniorom w badaniach naukowych poświęca się coraz więcej miejsca, co jest związane z faktem, że nasze społeczeństwo się starzeje. Wiek przeciętnego mieszkańca Europy nieustannie rośnie. Zagadnienie wieku podeszłego staje się więc tematem, który dotyczy wielu z nas. Ponadto, na skutek szybkiego rozwoju badań nad jakością życia oraz zadowoleniem z własnej egzystencji, dysponujemy obecnie dużo większą wiedzą na temat czynników, które warunkują życiową satysfakcję i poczucie dobrostanu (Dubas 2016b; Kaja 1997; Kozieł, Trafiałek 2007). W wielu badaniach dowiedziono, że zadowolenie z życia odgrywa istotną rolę w procesie radzenia sobie z chorobą oraz należy do cennych zasobów, które sprzyjają dobremu samopoczuciu. Otrzymane wyniki wskazują na fakt, że wiek podeszły jest niemal nierozzerwalnie związany ze schorzeniami różnego rodzaju (Dubas 2016b; Kielar 1992; Marcinek 2007; Pudlich 1996). Choroba i przeciwdziałanie jej skutkom to ważny obszar życia każdej osoby w podeszłym wieku. Zarówno własne obserwacje, jak i wyniki badań naukowych dowodzą, że seniorzy prezentują różny stosunek do swych dolegliwości zdrowotnych. Pozycja, jaką zajmuje choroba w życiu osoby starszej, zależy w dużym stopniu od tego, w jaki sposób postrzega ona swoje aktualne i minione życie. Oczekiwano zatem, że wystąpi związek między poziomem satysfakcji z życia a stopniem akceptacji choroby przez seniorów. Jak wynika z przeprowadzonych badań, między tymi cechami zachodzi korelacja, lecz zarazem wykazano, iż siła tego związku różni się w zależności od środowiska życia seniorów. O ile związek ten jest silny w grupie osób starszych zamieszkujących z rodzinami lub we własnych domach, o tyle wśród pensjonariuszy DPS nie odnotowano istotnej zależności. Być może w specyficznym środowisku, jakim jest DPS, na stopień akceptacji choroby wpływa wiele innych czynników, które modyfikują zależność między satysfakcją z życia a stopniem przystosowania się do choroby. Uzyskane wyniki można uznać za zgodne z rezultatami dotychczasowych badań (Kaczmarczyk 2008; Okła 2006).

Kolejna z testowanych tez dotyczyła wpływu środowiska życia seniorów na satysfakcję z życia oraz stopień akceptacji choroby. W literaturze można spotkać się z głosami badaczy, którzy przypisują domom pomocy społecznej ważną rolę w aktywizacji osób starszych. Nie brakuje jednak opinii, że zinstytucjonalizowane środowisko DPS nie oddziałuje pozytywnie na sposób przeżywania starości. W toku analizy wyników badań własnych nie udało się potwierdzić zależności między środowiskiem życia a poziomem oceny jego jakości przez seniorów. Można więc stwierdzić, że osoby starsze, niezależnie od miejsca zamieszkania,

prezentują zbliżony poziom satysfakcji z życia. Każde ze środowisk wydaje się mieć swoje atuty i słabe strony. Domy pomocy społecznej często jawią się jako miejsca, w których osoby starsze są traktowane w sposób bezduszny, często w tej zinstytucjonalizowanej rzeczywistości towarzyszy im poczucie opuszczenia przez bliskich. Nie można jednak zapominać, że osoby starsze mogą doświadczać samotności także w otoczeniu rodziny (Halicka 2004; Halik 2002). Człowiek w podeszłym wieku jest ciężarem dla wielu młodych, dążących do sukcesu ludzi. Nieustanny pośpiech, w jakim żyje duża część osób młodych i ludzi w średnim wieku, sprawia, że seniorzy bywają pozostawiani samym sobie. W DPS-ach mogą natomiast przebywać w gronie rówieśników. Współcześnie w ramach tych instytucji mogą też uczestniczyć w rozmaitych projektach, których zadaniem jest wzbogacenie życia osób starszych (Garbarz, Wierzczańska 2011; Matyka 2007).

Odmienne rezultaty uzyskano, porównując poziom akceptacji choroby u osób przebywających w DPS-ach i żyjących poza murami tego rodzaju ośrodków. Okazało się, że seniorzy niebędący pensjonariuszami DPS-ów są w znacząco lepszym stopniu przystosowani do choroby, z którą się zmagają, niż ich rówieśnicy korzystający z pomocy tych placówek. Identyczne wyniki uzyskała Małgorzata Kaczmarczyk (2008), która w ramach swoich badań porównała poziom akceptacji choroby u seniorów mieszkających w DPS-ach i domach rodzinnych. Rezultaty, jakie uzyskała, dowodzą, że osoby w podeszłym wieku, które mieszkają z rodziną, prezentują wyższy wskaźnik akceptacji choroby. Podejmując próbę wyjaśnienia tych rezultatów, M. Kaczmarczyk (2008) sugeruje, że środowisko domowe prawdopodobnie w większym stopniu sprzyja aktywności własnej i samodzielności seniorów zmagających się z chorobą. Na podstawie uzyskanych wyników autorka wysuwa postulat o konieczności podejmowania starań o to, by osoby w podeszłym wieku, nierzadko schorowane, jak najdłużej mogły pozostać w środowisku domowym. Wydaje się on słuszny, ponieważ osoby starsze w rodzinach niejednokrotnie czują się potrzebne i mają świadomość pełnienia ważnej roli. Dotyczy to zwłaszcza rodzin, w których są małe dzieci wymagające opieki. Wnuki są dla osób starszych powodem do radości. Nierzadko opieka nad nimi staje się jednym z najważniejszych celów. Oczywiście można wysunąć argument, że pomoc osób starszych w takich sytuacjach bywa nadmiernie wykorzystywana i zapewne niejednokrotnie tak się dzieje. Wydaje się jednak, że angażowanie seniora w życie rodziny przy zagwarantowaniu mu odpowiedniego poziomu autonomii i możliwości decydowania o sobie bywa korzystnym splotem czynników dla funkcjonowania w chorobie. Aktywność, poczucie bycia potrzebnym i docenionym sprawia, że choroba nie stanowi centralnej wartości w życiu starszego człowieka.

W wielu pracach (Dubas 2016a; Szatur-Jaworska 2000; Zając 2002; Zych 1999) dotyczących funkcjonowania osób w podeszłym wieku podejmowane są analizy determinant jakości życia oraz stopnia radzenia sobie z chorobą. Niektó-

rzy badacze np. wskazują, że na proces zmagania się z sytuacją choroby i niepełnosprawności oddziałują w sposób silny czynniki niezwiązane z nią bezpośrednio. Wśród nich wymienia się m.in. płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny oraz wykształcenie osób starszych i chorych. W badaniach własnych analizom poddano wpływ wieku oraz płci seniorów na poziom ich satysfakcji z życia i stopnia akceptacji choroby. Na podstawie przywołanych spostrzeżeń pochodzących z danych empirycznych spodziewano się, że zarówno wiek, jak i płeć osób w podeszłym wieku będą wpływać na ich funkcjonowanie psychiczne w omawianych obszarach. Jak wynika z przeprowadzonych badań, wiek nie różnicuje w sposób znaczący poziomu satysfakcji z życia oraz stopnia przystosowania się do sytuacji choroby. Dane, jakie uzyskano, wskazują jednak na pewną tendencję, która sugeruje, że osoby młodsze w nieco większym stopniu akceptują swoją chorobę i ujawniają wyższe poczucie satysfakcji z życia. Z pewnością w młodszym wieku skutki chorób i ograniczenia, jakie z nich wynikają, nie są jeszcze tak dotkliwe, jak w późniejszych latach. Do wyników tych należy jednak odnieść się z pewną dozą ostrożności, ponieważ wymagają one dalszej weryfikacji w kolejnych badaniach.

Wyniki badań własnych nie potwierdzają istnienia zależności między płcią a poziomem satysfakcji z życia. Kobiety i mężczyźni wykazują podobny stopień zadowolenia z własnej egzystencji. Na podstawie wcześniejszych badań sformułowano przypuszczenie, że mężczyźni i kobiety różnią się w zakresie poziomu przystosowania do sytuacji choroby. Niektórzy autorzy wyrażają przekonanie, że kobiety gorzej radzą sobie w obliczu fizycznych dolegliwości niż mężczyźni. Rezultaty własnych badań nie dowiodły jednak wyższej akceptacji choroby ujawnianej przez kobiety. Przedstawiciele obu płci ujawniają podobny stopień przystosowania do własnych dolegliwości związanych z chorobą.

ZAKOŃCZENIE

Podsumowując powyższe rozważania, można stwierdzić, że satysfakcja z życia prezentowana przez osoby starsze może zostać uznana za jeden z predyktorów tego, w jaki sposób funkcjonują one w sytuacji choroby. W świetle badań przystosowanie do doświadczanych dolegliwości oraz postawa akceptacji choroby przez seniorów są związane z tym, na ile postrzegają oni własne życie jako satysfakcjonujące. Dostarczanie osobom starszym powodów do tej satysfakcji, kształtowanie u nich przekonania, że są ważnymi członkami społeczeństwa, może sprawić, że ich życie nie będzie toczyło się w ramach ograniczeń narzuconych przez dolegliwości fizyczne. Wysokiej akceptacji choroby sprzyja, jak pokazują wyniki badań, przede wszystkim życie w rodzinie i środowisku lokalnym. Być może wpływ na to ma fakt, że egzystencja ludzi starszych w takim otoczeniu nie jest tak naznaczona chorobą, w tym tą obserwowaną, jak ma to miejsce w DPS-ach. Wydaje się także, iż tego typu in-

stytucje pomocowe, jak DPS, mogą wzmacniać w ludziach starszych przekonanie o tym, że stanowią grupę odmienną, określaną przez takie cechy, jak niedołążność, cierpienie i samotność. Tym samym w pewnym stopniu wykluczają seniorów z życia społecznego, uniemożliwiając pełnienie właściwych im ról społecznych.

BIBLIOGRAFIA

- Bień B. (2006), *Sytuacja zdrowotna osób w podeszłym wieku*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Gdańsk: Via Medica.
- Bromley D.B. (2006), *Psychologia starzenia się*, Warszawa: PWN.
- Chrapkowska-Zielińska A. (1991), *Przeżywanie starości – możliwość interwencji własnej i społecznej*, [w:] *Trzeci wiek: szanse – możliwości – ograniczenia*, Wrocław: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.
- Czerniawska O. (1998), *Style życia ludzi starszych*, Łódź: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna.
- Diener E. (1984), *Subjective well-being*, "Psychological Bulletin", Vol. 95(3),
DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>.
- Diener E., Emmons R.A., Larson R.J., Griffin S. (1985), *The satisfaction with life scale*, "Journal of Personality Assessment", Vol. 49(1), **DOI: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13**.
- Dubas E. (2016a), *Refleksje nad starością*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Dubas E. (2016b), *Obiektywny i subiektywny wymiar starości*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Felton B.J., Revenson T.A., Hinrichsen G.A. (1984), *Stress and coping in explanation of psychological adjustment among chronically ill adults*, "Science and Medicine", Vol. 18(10),
DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(84\)90158-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(84)90158-8).
- Garbarz M., Wierchańska M. (2011), *Wychowanie do starości jako element edukacji permanentnej*, „Zamojskie Studia i Materiały. Seria: Pedagogika”, t. 13(1).
- Gębska-Kuczerowska A. (2002), *Ocena zależności między aktywnością a stanem zdrowia ludzi w podeszłym wieku*, Warszawa: PWN.
- Halicka M. (2004), *Rodzina – czynnik warunkujący satysfakcję życiową w starości*, „Annales UMCS. Sectio D”, Vol. 59(2).
- Halik J. (2002), *Samopoczucie osób starszych i jego uwarunkowania*, [w:] *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*, Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Juczyński Z. (2001), *Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia i psychologii zdrowia*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kaczmarczyk M. (2008), *Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach*, Warszawa: Wydawnictwo Studia Medyczne.
- Kaja B. (1997), *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja. Psychokorekcja*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
- Kielar M. (1992), *Potrzeby w zakresie opieki i pomocy ludziom starszym a zadania gerontologii społecznej*, [w:] *Pedagogika społeczna*, Katowice: ZSPM-Pres.

- Kocemba J., Kołomyjska G. (1989), *Gerontologia*, Kraków: Skrypty AWF.
- Kowalik S. (2000), *Wspomaganie rozwoju w procesie starzenia się*, Warszawa: PWN.
- Kozieł D., Trafiałek E. (2007), *Kształcenie na Uniwersytetach Trzeciego Wieku a jakość życia seniorów*, „Gerontologia Polska”, nr 2.
- Leszczyńska-Rejchert A. (2005), *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Leszczyńska-Rejchert A. (2008), *Wspomaganie osób starszych w Domach Pomocy Społecznej*, Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Marcinek P. (2007), *Funkcjonowanie intelektualne i subiektywna jakość życia u osób w wieku emerytalnym*, „Gerontologia Polska”, nr 3.
- Matyka M. (2007), *Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Niedzielski A., Humeniuk E., Błaziak P., Fedoruk D. (2007), *Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych*, „Wiadomości Lekarskie”, nr 1.
- Okła W. (2006), *Psychospołeczne uwarunkowania jakości życia osób starszych w rodzinach własnych i w domach opieki społecznej*, [w:] S. Steuden, M. Marczuk, *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Piotrowski J. (1982), *Gerontologia i geriatria*, Warszawa: Wiedza Seniora.
- Pudlich W. (1996), *Ludzie starzy*, Warszawa: Centrum Rozwoju Służb Społecznych.
- Rembowski J. (1984), *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, Warszawa–Poznań: PWN.
- Susułowska M. (1989), *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa: PWN.
- Szatur-Jaworska B. (2000), *Ludzie starzy*, Warszawa: Wydawnictwo Aspra.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2006), *Społeczne aspekty starzenia się i starości*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Gdańsk: Via Medica.
- Winiarski M. (1999), *Wspomaganie rozwoju osób starszych*, [w:] D. Lalak, T. Pilch (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Zajac L. (2002), *Psychologiczna sytuacja człowieka starszego oraz jej determinanty*, [w:] K. Obuchowski (red.), *Starość i osobowość*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
- Zielińska-Więczkowska H., Kędziora-Kornatowska K. (2009), *Jakość starzenia się i starości w subiektywnej ocenie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku*, „Gerontologia Polska”, 2009,
- Zych A.A. (1999), *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.

SUMMARY

The problem of elderly people and old age is an issue that has been given more and more attention in recent times. This is due to the fact that Poland belongs to aging societies, where the elderly population is more and more represented. This work tries to get an answer to the question: Is there a relationship between the satisfaction of older people living in Social Welfare Homes and their level of acceptance of the disease? The results show that life satisfaction presented by elderly people can be considered as one of the predictors of how they function in a disease situation. In the light

of research, adaptation to experienced ailments and the attitude of acceptance of illness by seniors are related to how much they perceive their own life as satisfying. High acceptance of the disease is conducive, as the research results show, above all life in the family, local environment. Perhaps it is influenced by the fact that the existence of older people in such an environment is not so marked by the disease, as it happens in Social Welfare Homes. It also seems that such assistance institutions can strengthen in the elderly people the conviction that they are a different group, defined by such features as infirmity, suffering, and loneliness. Thus, to some extent, they exclude seniors from social life making it impossible to fulfill their social roles.

Keywords: elderly people; satisfaction with life; acceptance of the disease