

Julia Sienkiewicz Wilowska

Studia Doktoranckie przy Wydziale Wychowania
Fizycznego, Sportu i Rehabilitacji Akademii Wychowania
Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

SAMOPOCZUCIE W OKRESIE PÓŻNEJ DOROSŁOŚCI U UCZESTNIKÓW TERAPII ZAJĘCIOWEJ W DZIENNYCH DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ

W artykule zaprezentowano wyniki badań nad samopoczuciem osób w wieku późnej dorosłości, kształtującym się w efekcie uczęszczania na terapię zajęciową w Dziennych Domach Pomocy Społecznej. Badaniami zostało objętych 60 osób z sześciu DDPS-ów. Badania przeprowadzone zostały przy użyciu autorskiego *Kwestionariusza Oceny Samopoczucia (KOS)*, zawierającego 6 skal badających funkcjonowanie: społeczne, emocjonalne, poznawcze, fizyczne, poczucie osobistego rozwoju i samoakceptację. Z badań wynika, że szczególnie zagrożeni niskim samopoczuciem są mężczyźni. Także wykształcenie okazało się czynnikiem ryzyka - samopoczucie osób z wykształceniem średnim jest w kilku wymiarach istotnie niższe niż osób z wykształceniem zawodowym i podstawowym. Generalnie wraz z wiekiem samopoczucie osób starszych pogarsza się. Różnice zaobserwowane między wynikami uzyskanymi w poszczególnych DDPS-ach potwierdzają wpływ, jaki wywiera na samopoczucie uczestników zajęć dostosowanie oferty do ich aspiracji, potrzeb i kompetencji.

Słowa kluczowe: późna dorosłość, samopoczucie, terapia zajęciowa

Dla prowadzenia terapii zajęciowej, tj. określenia koniecznych warunków, optymalnego przebiegu procesu i efektów tego rodzaju form aktywności, szczególne znaczenie mają standardy wypracowane przez stowarzyszenia i federacje terapeutów zajęciowych, jak na przykład *World Federation of Occupational Therapists (WFOT; www.wfot.org)* czy *Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC; www.cotec-europe.org)*. Wedle WFOT terapia zajęciowa jest skoncentrowaną na kliencie formą usprawniania, polegającą na wspieraniu zdrowia i dobrostanu człowieka poprzez rozmaite co do treści i formy zajęcia. Podstawowym jej celem długofalowym jest umożliwienie ludziom aktywnego i autonomicznego partycypowania w różnorodnych aktywnościach

codziennego życia. Terapeuci zajęciowi pracują w instytucjach związanych z opieką zdrowotną, edukacją i opieką socjalną oraz w środowisku społecznym – w indywidualnych domach i z grupami społecznymi w środowisku lokalnym (według: *World Federation of Occupational Therapists*). Polska nie należy jednak do tych federacji, zatem owe standardy jej nie obowiązują.

Różnica w rozumieniu, a w efekcie i w sposobie prowadzenia terapii zajęciowej w Polsce i za granicą jest ogromna. W Polsce definiowana jest ona między innymi jako forma rehabilitacji zawodowej (Kowalik, 2007, s. 139), czyli związanej z przygotowaniem do wejścia lub powrotu na rynek pracy. Jeśli przyjąć takie rozumienie terapii zajęciowej, to należałoby uznać mówienie o niej w przypadku osób w okresie późnej do-

rosłości za bezzasadne, ponieważ osoby w tym okresie życia są zazwyczaj w wieku emerytalnym czyli już nie pracują. Ale w wypadku osób starszych, i nie tylko, pełni ona także inną rolę. Jest nią ogólne usprawnianie, aktywizacja i zachęcanie do aktywności społecznej, na co zwraca szczególną uwagę Kazimiera Milanowska (1982) w książce *Techniki pracy stosowane w terapii zajęciowej*. Zgodnie z jej definicją celem terapii zajęciowej nie jest przygotowanie do powrotu do pracy zawodowej, ale przywrócenie utraconych sprawności i ogólna aktywizacja.

W Polsce do terapii zajęciowej najczęściej zalicza się: arteterapię (na przykład malarstwo, rysunek, dramaterapię), ergoterapię (na przykład wikliniarstwo, garncarstwo, tkactwo), wąsko rozumianą socjoterapię i elementy kinezyterapii. Takie podejście jest przestarzałe i zdecydowanie zbyt wąskie. Nie uwzględnia bowiem, tak jak postuluje się na świecie, konieczności aktywizacji i animacji lokalnego środowiska (Sęk, Brzezińska, 2010; Brzezińska, Rosiński, Rycielska, 2010) życia seniora, a także wykorzystywania już podejmowanych przez niego różnych codziennych aktywności i zajęć. Przy tak wąskim rozumieniu terapii zajęciowej nie są też do niej włączane działania podejmowane bezpośrednio w domu osoby starszej i w jego okolicy, mające na celu dostosowywanie otoczenia fizycznego do jej specyficznych indywidualnych potrzeb (por. Błaszak, Brzezińska, Przybylski, 2010).

W Polsce terapia zajęciowa dla osób starszych prowadzona jest najczęściej w formie wyznaczonej przez definicję Kazimierzy Milanowskiej. Taka terapia zajęciowa nie w pełni wykorzystuje swój potencjał w przygotowywaniu osoby starszej do jak najdłuższego funkcjonowania zgodnie z zasadą autonomii i samodzielności osobistej. Nie jest bowiem dostosowana do indywidualnych potrzeb osoby starszej, jej możliwości, codziennej aktywności, zajęć czy zasobów środowiskowych. Poza Polską przyjmuje się bowiem, że terapia zajęciowa to forma usprawniania, która ma wspierać dobrostan człowieka i umożliwić mu

jak najpełniejsze partycypowanie w aktywnościach życia codziennego (na podstawie: Council of the Occupational Therapists for the European Countries, www.cotec-europe.org). Dlatego też szczególnie istotne jest pytanie, jak terapia zajęciowa w takiej formie, w jakiej jest prowadzona w Polsce, wpływa na kształtowanie się samopoczucia osób starszych, szczególnie w obszarach mających istotne znaczenie dla ich funkcjonowania: obszarze społecznym, emocjonalnym, poznawczym, fizycznym, osobistego rozwoju i samoakceptacji.

Problem

Osoby w okresie późnej dorosłości doświadczają różnorodnych ograniczeń, które wpływają na poziom i jakość ich funkcjonowania w wielu sferach. Mogą to być zmiany o charakterze poznawczym (Lemaire, 2011), zwłaszcza zmiany otempne (pogorszenie pamięci, obniżenie zdolności uczenia się i koncentracji – por. Oberauer, 2006; Tomaszewski, Matusik, Chmielowska, Nowak i in., 2010), fizycznym (utrudnienia w poruszaniu się, pogorszenie ogólnej sprawności, problemy z wykonywaniem czynności samoobsługowych – Cumming, Thomas, Szonyi, Salkeld, 1999; Twardowska-Rajewska, 2009), społecznym (zmniejszenie liczby okazji do nawiązywania nowych relacji społecznych i istotne zawężenie sieci kontaktów społecznych, utrata niektórych kontaktów - Charles, Carstensen, 2009; śmierć bliskich – Monk, Pfoff, Zarotney, 2013), emocjonalnym (Wilkinson, 1999; Charles, Carstensen, 2009) czy związane ze spadkiem samooceny (poczucie bycia nieprzydatnym, bycia ciężarem - Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Díez-Nicolás, López-Bravo i in., 2011). Problemy te są analizowane w wielu pracach dotyczących fazy późnej dorosłości (np. Engel, Sędek, von Hecker, McIntosh, 2006), a także w publikacjach dotyczących psychologii rozwoju człowieka w ciągu życia w ujęciu *life-span* (Bee, 2008; Brzezińska, Hejmanowski, 2013).

Pozytywne starzenie się może być analizowane poprzez trzy podstawowe wskaźniki: subiektywny dobrostan (*well-being*), pozytywne emocje i brak poczucia samotności (Freund, Baltes, 1998). Na te czynniki bezpośredni wpływ wywiera otoczenie społeczne osoby starszej, sieć istniejącego i potencjalnego wsparcia społecznego. Dlatego właśnie możliwość nawiązywania i podtrzymywania relacji społecznych jest jednym z kluczowych czynników wpływających na samopoczucie osoby starszej. Modelem często wykorzystywanym do opisu procesu pozytywnego starzenia się (ang. *successful ageing*) jest model selektywnej optymalizacji z kompensacją (ang. *model of selective optimization with compensation*, w skrócie - *SOC*) (Baltes, Baltes, 1993; Baltes, Lang, 1997; Freund, Bates, 1998; Freund, Baltes, 2002; Jopp, Smith, 2006; Ouwehand, de Ridder, Bensing, 2007; Urry, Gross, 2011). Selekcja związana jest z wyborem celów i metod działania, które są możliwe do osiągnięcia i jak najlepiej wykorzystują posiadane zasoby w celu podtrzymania dotychczasowego funkcjonowania i zapobieganiu stratom. Łączy się ona także z rezygnowaniem z takich działań, które są nieefektywne. Optymalizacja polega na poszukiwaniu najlepszych sposobów osiągania celu, poprzez udoskonalanie tych dotychczas wykorzystywanych lub wypracowywanie nowych. Kompensacja związana jest z podejmowaniem aktywności nastawionej na realizację celów, które kompensują straty w innych obszarach. Zgodnie z modelem Baltesa zatem specyficzne pogorszenie zdolności poznawczych związane z wiekiem wchodzi w interakcję z możliwościami kompensacyjnymi, polegającymi na niwelowaniu deficytów i/lub na przeformułowaniu celów działania (Li, Krample, Bondar, 2006).

Szczególnie istotne w przypadku zapewnienia dobrego samopoczucia osobom starszym są dwa czynniki: sieć wsparcia społecznego (Jang, Mortimer, Haley, Graves, 2004) oraz promocja zdrowia i prewencja (Jackson, Carlson, Mandel, Zemke i in. 1998; Clark, Azen, Carlson, Mandel

i in., 2001; Marquez, Bustamante, Blissmer, Prohaska, 2009). Zadanie to może być realizowane poprzez wsparcie instytucjonalne – na przykład ze strony Dziennych Domów Pomocy Społecznej czy Klubów Seniora. Funkcję prewencyjną, zapobiegającą spadkowi sprawności i pogorszeniu funkcjonowania może spełniać przede wszystkim terapia zajęciowa. Oferuje ona możliwość poprawy funkcjonowania w bardzo różnych sferach jednocześnie. Badania prowadzone poza Polską pokazują, że wpływa ona nie tylko na sprawność fizyczną (np. usprawnianie ręki), ale także na aktywność społeczną (zajęcia w grupie umożliwiają nawiązywanie nowych relacji, podtrzymywanie i rozwijanie już istniejących, uczą współpracy), funkcjonowanie poznawcze (Bach, Bach, Böhmer, Frühwald i in., 1995) oraz satysfakcję z życia (Jackson, Carlson, Mandel, Zemke i in., 1998; Clark, Azen, Carlson, Mandel i in., 2001).

Na pytanie dotyczące znaczenia kontaktów społecznych w starszym wieku oraz zmian w zakresie zdolności funkcjonalnych starały się odpowiedzieć Lisbeth Villemoes Sørensen, Ulla Axelsen i Kirsten Avlund (Sørensen, Axelsen, Avlund, 2002). Przeprowadziły badania, w których porównały kobiety (N=252) i mężczyzn (N=190) zbadanych dwa razy - gdy mieli 75 lat i drugi raz, gdy mieli 80 lat. W okresie między badaniami 25% mężczyzn i 29% kobiet zwiększyło istotnie swoje uczestnictwo w życiu społecznym. U kobiet wysoka partycypacja społeczna, dobre zdolności funkcjonalne i pozytywny nastrój w wieku 75 lat były dobrym predyktorem wysokiej partycypacji społecznej w wieku 80 lat. U mężczyzn zaś w wieku 80 lat – wcześniejsze wysokie uczestnictwo społeczne, brak pomocy w wykonywaniu różnych domowych czynności oraz brak depresji w wieku 75 lat. Badania te dobrze pokazują, że poprawa uczestnictwa społecznego umożliwi aktywne życie w okresie późniejszym, a także, jak ważna jest promocja zdrowia i wczesne prawidłowe leczenie osób starszych.

W starszym wieku liczba okazji do nawiązywania kontaktów społecznych spada. Bez podejmowania odpowiednich form aktywności oraz różnorodnych działań prewencyjnych ogólne funkcjonowanie może ulegać znacznemu pogorszeniu. Szczególne znaczenie dla zmiany tej sytuacji może mieć uczestnictwo w grupowych zajęciach usprawniających, takich jak terapia zajęciowa. Ma ona bowiem znaczenie aktywizujące i umożliwia podtrzymywanie systematycznych kontaktów społecznych, a także wpływa na funkcjonowanie fizyczne (Jackson, Carlson, Mandel, Zemke i in., 1998).

Prowadzona w Polsce terapia zajęciowa proponowana osobom starszym wykorzystuje przede wszystkim działania arteterapeutyczne, a w niewielkim stopniu codzienne zajęcia czy aktywności podejmowane przez te osoby. Sprawia to, że osoby starsze w niewielkim stopniu poprawiają dzięki terapii zajęciowej partycypację w codziennych aktywnościach. Tymczasem w świetle koncepcji Baltesa, terapia zajęciowa, która uwzględnia codzienne aktywności seniora i podejmowane przez niego zajęcia, ma szansę wspierać go w wyborze najważniejszych dla niego celów – zgodnych z posiadanymi zasobami i możliwościami. Ma także szansę wspierać go w poszukiwaniu nowych sposobów osiągania tych celów lub w udoskonalaniu posiadanych – np. poprzez przystosowanie domu do jak najsprawniejszego podejmowania codziennych aktywności. Po trzecie wreszcie, terapeuci zajęciowi mogą uczyć osoby starsze kompensowania pojawiających się deficytów poprzez stawianie sobie nowych celów i modyfikowanie podejmowanej aktywności. Wszystko to jednak może być osiągnięte tylko poprzez działania terapeutyczne uwzględniające codzienną aktywność i potrzeby osób starszych. Jest to niemożliwe do osiągnięcia poprzez uczestnictwo przede wszystkim

w zajęciach arteterapeutycznych, np. dzięki przygotowywaniu dekoracji świątecznych czy malowaniu wazonów.

Uświadomienie sobie tych faktów pozwala postawić następujące pytania badawcze:

1. Jakie jest samopoczucie osób starszych w kluczowych dla funkcjonowania obszarach (społecznym, emocjonalnym, poznawczym, fizycznym, poczucia osobistego rozwoju i samoakceptacji) kształtujące się w efekcie uczęszczania na terapię zajęciową?

2. Jakie jest wewnętrzne zróżnicowanie badanej grupy pod względem samopoczucia?

3. Jakie czynniki różnicują to samopoczucie – jaki jest wpływ wieku, płci, poziomu wykształcenia i jakości oferty zajęciowej?

Osoby badane

Badania przeprowadzono w styczniu 2013 roku we wszystkich samodzielnych Dziennych Domach Pomocy Społecznej w Poznaniu. Pięć z nich zrzeszonych jest w ramach Zespołu Dziennych Domów Pomocy Społecznej, jeden funkcjonuje samodzielnie. Badaniami objęto 60 uczestników terapii zajęciowej, którzy wedle terapeutek zajęciowych najczęściej i najbardziej aktywnie uczestniczyli w terapii zajęciowej, w tym 46 kobiet (77% próby) i 14 mężczyzn (23%). Osoby te stanowiły 60% osób uczęszczających na terapię zajęciową w badanych DDPS-ach¹.

Wedle WHO okres późnej dorosłości możemy podzielić na pomniejsze okresy (za: Muszalik, Biercewicz, 2010, s. 131-139): wiek przedstarczy (45.–59. rż.); wiek starzenia się (wczesną starość – to tzw. młodzi starzy; 60.–74. rż.); wiek starczy (późna starość – tzw. starzy starzy; 75.–89. rż) oraz długowieczność (tzw. długowieczni – co najmniej 90 lat). Wśród przebadanych osób do grupy osób w okresie przedstarczym, zakwa-

¹ Na terenie Poznania funkcjonują jeszcze dwa Dzielne Domy Pomocy Społecznej będące częścią DPS-ów oferujących opiekę całodobową, które nie zostały objęte badaniami. Do Dziennych Domów Pomocy Społecznej na terenie Poznania uczęszcza łącznie około 320 osób.

lifikowały się 4 osoby; do grupy osób w wieku starzenia się - 22 osoby; do grupy osób w wieku starszym - 33 osoby; a do grupy osób długowiecznych - 1 osoba.

Wśród osób uczestniczących w terapii zajęciowej przebadanych zostało 10 osób z wykształceniem podstawowym, 17 - z zawodowym, 22 - ze średnim, 3 - z pomaturalnym i 8 - z wyższym. Średni czas uczęszczania osób badanych do DDPS wynosił 71 miesięcy (ok. 6 lat), minimalny - 1 miesiąc, a maksymalny - 334 miesiące (ok. 27 lat).

Narzędzie badawcze: *Kwestionariusz Oceny Samopoczucia (KOS)*

Narzędzie badawcze zostało opracowane przez autorkę na potrzeby badania. Znalazły się w nim stwierdzenia dotyczące funkcjonowania w grupie, rozpoznawania i wyrażania emocji, pamięci i zdolności koncentracji, sprawności ruchowej, nabywania nowych umiejętności i samoakceptacji. Obszary te zostały wyróżnione na podstawie analizy różnych obszarów istotnych dla funkcjonowania osób w starszym wieku oraz mogących wpływać na poczucie dobrostanu (Keyes, Shmotkin, Ryff, 2002; Ryff, Singer, 2004, 2008), które mogą ulec zmianie pod wpływem uczęszczania na terapię zajęciową.

Kwestionariusz składa się z 30 stwierdzeń opisujących samopoczucie osób starszych. Zawiera 6 podskal badających: funkcjonowanie społeczne (FS); funkcjonowanie emocjonalne (FE); funkcjonowanie poznawcze (FP); funkcjonowanie fizyczne (FF); poczucie osobistego rozwoju (OR) i samoakceptację (SA).

Badani określali, czy zgadzają się z danym twierdzeniem na 5-stopniowej skali Likerta, w której „5” oznaczało „tak”, a „1” – „nie”. Forma kwestionariusza, zawierającego wyłącznie odpowiedzi zamknięte, została wybrana ze względu na specyfikę grupy badawczej (możliwe problemy ze zrozumieniem pytań, formułowaniem odpowiedzi, wzrokiem). W zależności

od stanu zdrowia i poziomu funkcjonowania badani wypełniali kwestionariusz samodzielnie w obecności badacza, bądź poszczególne stwierdzenia były im czytane, a odpowiedzi zaznaczała osoba badająca. Wyniki oceniane były odrębnie dla każdej z sześciu skal; w każdej minimalny wynik wynosił 5 pkt, a maksymalny 25 pkt. Im wyższy wynik, tym lepiej osoba badana oceniała swoje samopoczucie w określonym wymiarze.

Przeprowadzona analiza rzetelności wg metody alfa-Cronbacha pokazuje, iż wszystkie skale, podobnie jak kwestionariusz jako całość, cechują się zadowalającą rzetelnością (Tab. 1). Najniższą rzetelność ma skala funkcjonowania społecznego (alfa=0,66), a najwyższą skala poczucia rozwoju osobistego (alfa=0,88).

Tab. 1. Wskaźniki rzetelności skal *Kwestionariusza Oceny Samopoczucia (KOS)*

Skala kwestionariusza		liczba pozycji	alfa-Cronbacha
1. funkcjonowanie społeczne	FS	5	0,66
2. funkcjonowanie emocjonalne	FE	5	0,77
3. funkcjonowanie poznawcze	FP	5	0,87
4. funkcjonowanie fizyczne	FF	5	0,87
5. poczucie rozwoju osobistego	RO	5	0,88
6. samoakceptacja	SA	5	0,88
7. samopoczucie: wskaźnik ogólny	SPog	30	0,92

Źródło: badania własne w roku 2013.

Analiza wyników

Analizie poddano 56 z 60 kwestionariuszy. Cztery zostały wyłączone – osób, które ze względu na zaburzenia natury psychicznej nie były w stanie ustosunkować się do niektórych zawartych w kwestionariuszu stwierdzeń, miały małą motywację do jego wypełniania lub nie były w stanie skoncentrować się na zadaniu. Wśród nich znalazły się trzy kobiety i jeden mężczyzna, dwie osoby z wyższym wykształceniem i dwie ze średnim.

Badana grupa była bardzo zróżnicowana tak pod względem wieku, jak i długości pobytu w DDPS. Badane DDPS różniły się też znacznie ofertą i jakością prowadzonych w nich zajęć.

Spodziewano się więc znacznych różnic pod względem oceny własnego samopoczucia. Pierwszym etapem analizy wyników było zatem zidentyfikowanie osób o wyraźnie odmiennym profilu wyników w stosunku do całej grupy.

Wewnętrzne zróżnicowanie badanej grupy pod względem samopoczucia

Analiza liczby punktów uzyskanych dla każdego badanego wymiaru (Tab. 2a), jak i analiza rozkładu ogólnej liczby punktów (Tab. 2b) pokazują, że własne samopoczucie jest wysoko oceniane przez badane osoby, choć wartości odchylenia standardowych dla całej grupy są zróżnicowane – najbardziej w przypadku samoakceptacji

Tab. 2a. Statystyki opisowe w badanej grupie ($N_{og}=56$; dyspersja teoretyczna: 5 – 25 pkt)

Obszar	Xmin	Xmax	M	% Xmax	SD	Sk	Ku
FS 1. funkcjonowanie społeczne	11	25	22,67	90,7	3,20	-1,82	3,21
FE 2. funkcjonowanie emocjonalne	6	25	22,24	89,0	3,67	-2,32	7,36
FP 3. funkcjonowanie poznawcze	5	25	22,10	88,4	4,15	-2,10	5,28
FF 4. funkcjonowanie fizyczne	5	25	22,29	89,2	4,28	-2,28	5,88
RO 5. poczucie rozwoju osobistego	5	25	21,96	87,8	4,38	-2,13	4,87
SA 6. samoakceptacja	5	25	21,61	86,4	4,78	-1,97	4,34
SPog ogólny wskaźnik samopoczucia	13,5	25	22,14	88,6	3,29	0,85	0,63

Uwaga: w kolejnych tabelach posługuję się symbolami z tej tabeli. **Źródło:** badania własne w roku 2013

Tab. 2b. Poziomy ogólny wskaźnik samopoczucia (rozkład ocen) w grupie kobiet i mężczyzn ($n_{og}=56$)

Przedziały w pkt	N		%		Razem	
	K	M	K	M	N	%
25 - 21	34	8	79,1	61,5	42	75,0
20 - 16	7	1	16,3	7,7	8	14,3
15 - 11	2	3	4,7	23,1	5	8,9
10 - 06	-	-	-	-	-	-
05 - 01	-	1	-	7,7	1	1,8
Razem	43	13	100,0	100,0	56	100,0

Źródło: badania własne w roku 2013.

(SD=4,78), a najmniej funkcjonowania społecznego (SD=3,20).

Wykonana analiza (wg metody k-średnich na przypadkach, wyniki standaryzowane „z”, N=56) pozwoliła na wyodrębnienie czterech podgrup znacznie różniących się poziomem i profilem badanych wymiarów. Grupy te liczyły odpowiednio 36, 14, 5 i 1 osobę, a różnice między wszystkimi badanymi sześcioma wymiarami między skupieniami były statystycznie istotne ($p < 0,001$).

Analiza pokazała, że sześć osób uzyskało wyniki na poziomie istotnie niższym niż pozostałe (rozpiętość na poszczególnych skalach od 5 do 20 pkt, wartości średnie 14 - 15 pkt na 25 pkt możliwych). Wśród nich cztery osoby to mężczyźni (na badanych 13), cztery osoby mają wykształcenie średnie (jest to 20% wszystkich osób o tym poziomie wykształcenia), trzy uczęszczały do tego samego DDPS (o kodzie 3, najliczniej reprezentowanego w badaniu – 24 osoby). Jedna osoba - o wszystkich wynikach na poziomie skrajnie niskim (5 pkt na 25 pkt, możliwych do uzyskania, na skalach FP, FF, RO i SA, 6 pkt

na skali FE i 11 pkt na skali FS; wynik ogólny $SP_{og} = 6,2$ pkt) - to mężczyzna w wieku 79 lat, z wyższym wykształceniem, także z DDPS o kodzie 3.

Można było więc wstępnie postawić hipotezę o istnieniu trzech czynników ryzyka: płeć męska (wśród sześciu osób o niskich i bardzo niskich wynikach cztery to mężczyźni), wykształcenie na poziomie wyższym niż podstawowe i zawodowe oraz sposób organizacji zajęć bądź oferta typów zajęć DDPS (trzy osoby na sześć chodziły do tego samego DDPS; pozostałe trzy uczęszczały do dwóch innych DDPS).

W efekcie podjęto decyzję o wykluczeniu z dalszych analiz jednej osoby, która uzyskała wyniki skrajnie niskie w stosunku do wszystkich pozostałych osób. Zatem dalsze analizy prowadzono na grupie liczącej 55 osób.

Związki między wymiarami samopoczucia

Aby ocenić siłę i kierunek powiązań między badanymi sześcioma wymiarami samopoczucia

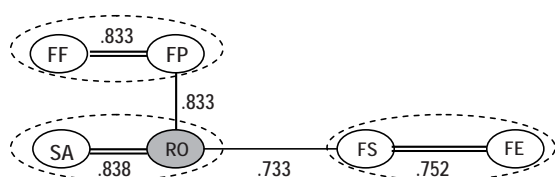
Tab. 3. Wartości współczynników korelacji (r-Pearsona) w badanej grupie ($N_{og} = 55$; $p < 0,01$)

Badany obszar	FS	FE	FP	FF	RO	SA	SP_{og}
Funkcjonowanie społeczne	-	,75**	0,58**	0,57**	0,73**	0,61**	0,79**
Funkcjonowanie emocjonalne	0,75**	-	0,51**	0,47**	0,63**	0,61**	0,74**
Funkcjonowanie poznawcze	0,58**	0,51**	-	0,83**	0,83**	0,78**	0,89**
Funkcjonowanie fizyczne	0,57**	0,47**	0,83**	-	0,75**	0,75**	0,86**
Rozwój osobisty	0,73**	0,63**	0,83**	0,75**	-	0,83**	0,93**
Samoakceptacja	0,61**	0,61**	0,78**	0,75**	0,83**	-	0,90**
SP_{og}	0,79**	0,74**	0,89**	0,86**	0,93**	0,90**	-

Źródło: badania własne w roku 2013.

i wynikiem ogólnym (SP_{og}) w całej zbadanej grupie zastosowano analizę korelacji (współczynnik r-Pearsona; wyniki standaryzowane „z”; $p \leq 0,01$). Wyniki tej analizy prezentuje Tab.3.

W celu graficznego przedstawienia charakteru powiązań między badanymi wymiarami zastosowano metodę taksonomii wrocławskiej (za: Brzezińska, 1979) (por. Rys. 1.).



Rys. 1. Dendryt powiązań między badanymi wymiarami samopoczucia ($n_{og} = 55$)

Źródło: badania własne w roku 2013

Najsilniejsze powiązania dotyczą wymiaru „poczucie rozwoju osobistego” - dendrogram wskazuje na jego centralną rolę, a jednocześnie ma on największy udział w wyniku ogólnym ($r=0,93$). Silne wzajemne powiązania występują między funkcjonowaniem emocjonalnym i społecznym, fizycznym i poznawczym oraz samoakceptacją i poczuciem rozwoju osobistego.

Samopoczucie, wyrażone wskaźnikiem ogólnym, najsilniej skorelowane jest z samoakceptacją i poczuciem rozwoju osobistego, a najsłabiej z samopoczuciem w aspekcie funkcjonowania emocjonalnego.

Wiek i płeć jako czynniki różnicujące samopoczucie osób starszych

Wyniki pokazują, iż samopoczucie osób badanych pogarsza się wraz z wiekiem w aspekcie funkcjonowania poznawczego, fizycznego, poczucia rozwoju osobistego i samoakceptacji, choć korelacje między tymi wymiarami nie są silne. Nie zaobserwowano natomiast związków między wiekiem a samopoczuciem w aspekcie funkcjonowania społecznego i emocjonalnego (Tab. 4.).

Tab. 4. Wartości współczynników korelacji samopoczucia i wieku (wyniki standaryzowane „z”; $N=55$; $p=0,05$)

Wymiar	FS	FE	FP	FF	RO	SA	SP_{og}
r	-,22	-,23	-,32*	-,32*	-,32*	-,23*	-,32*
p	,10	,085	,017	,017	,015	,042	,016

Źródło: badania własne w roku 2013.

Mężczyźni oceniają swoje samopoczucie jako istotnie gorsze jedynie w dwóch wymiarach – funkcjonowania społecznego oraz emocjonalnego (Tab. 5.). W pozostałych czterech wymiarach mężczyźni oceniają swoje samopoczucie podobnie do kobiet; różnice nie są istotne statystycznie.

Tab. 5. Istotność różnic w zakresie samopoczucia ze względu na płeć (wyniki standaryzowane „z”; $n=55$)

Wymiar	M n=12	K n=43	t	p
FS	- 0,729	0,203	-3,071	,003
FE	- 0,486	0,136	-1,953	,056
FP	- 0,205	0,057	-,800	,427
FF	- 0,247	0,069	-,969	,337
RO	- 0,355	0,099	-,950	,355
SA	- 0,283	0,079	-1,109	,272
SP_{og}	- 0,414	0,116	-1,648	,105

Źródło: badania własne w roku 2013.

Wykształcenie jako czynnik różnicujący samopoczucie osób starszych

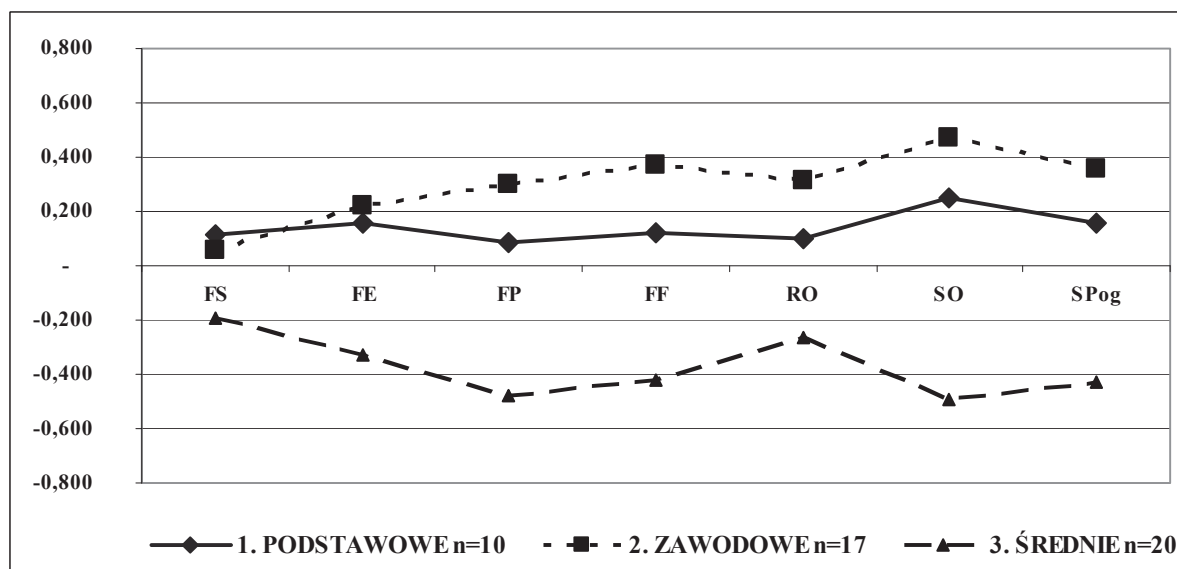
Analizie poddano jedynie wyniki 47 osób, z czego 10 - z wykształceniem podstawowym, 17 – zawodowym i 20 – średnim (Tab. 6.). Wyłączono z analizy trzy osoby z wykształceniem pomaaturalnym oraz pięć z wykształceniem wyższym .

Tab. 6. Istotność różnic w zakresie samopoczucia ze względu na wykształcenie (wyniki standaryzowane „z”; N_{og}=47)

Wymiar	wykszt. podstawowe N=10	wykszt. zawodowe N=17	wykształcenie średnie N=20	t wyk. zaw. > średnie	p
FS	0,114	0,057	- 0,191	0,678	0,503
FE	0,155	0,223	- 0,326	1,656	0,107
FP	0,083	0,303	- 0,481	2,312	0,027
FF	0,124	0,369	- 0,421	2,512	0,017
RO	0,102	0,318	- 0,261	1,801	0,081
SA	0,247	0,469	- 0,490	3,003	0,006
SP _{og}	0,160	0,354	- 0,430	2,350	0,025

Uwaga: w pozostałych grupach porównawczych była zbyt mała liczba osób

Źródło: badania własne w roku 2013.



Rys. 2. Poziom samopoczucia ze względu na wykształcenie

Źródło: badania własne w roku 2013

Różnice między osobami o wykształceniu podstawowym i zawodowym pod względem wszystkich wymiarów samopoczucia oraz wskaźnika ogólnego nie były statystycznie istotne ($p > 0,05$) (Rys. 2). Osoby z wykształceniem zawodowym (i także podstawowym) uzyskały istotnie wyższe wyniki od osób z wykształceniem średnim w przypadku samoakceptacji, funkcjonowania fizycznego i poznawczego oraz wskaźnika ogólnego.

Rodzaj oferty DDPS jako czynnik różnicujący samopoczucie

Wskaźniki samopoczucia osób z DDPS-3 okazały się istotnie wyższe (Tab. 7.) – poza samoakceptacją i poczuciem rozwoju osobistego - od wskaźników dla osób z DDPS-1. Porównań innych DDPS-ów nie dokonywano z uwagi na zbyt małą liczbę osób. Długość pobytu w DDPS nie okazała się czynnikiem istotnie różnicującym wyniki, ważniejsza była jakość oferty w zakresie zagospodarowania czasu w ciągu dnia.

Tab. 7. Istotność różnic w zakresie samopoczucia ze względu na ofertę DDPS (wyniki standaryzowane „z”; $N_{og} = 35$)

Wymiar	DDPS kod 1	DDPS kod 3	t	p
FS	0,502	- 0,146	2,200	,036
FE	0,440	- 0,124	1,905	,067
FP	0,558	0,145	2,241	,032
FF	0,475	0,091	1,936	,062
RO	0,439	- 0,013	1,796	,082
SA	0,335	0,168	,710	,484
SP _{og}	0,525	0,042	2,040	,049

Uwaga: w pozostałych grupach porównawczych była zbyt mała liczba osób

Źródło: badania własne w roku 2013

Dyskusja wyników i wnioski

Z badań wynika, że szczególnie zagrożeni niższym samopoczuciem, kształtującym się w efekcie uczęszczania na terapię zajęciową w DDPS, są mężczyźni. Związane jest to zapewne z tym, iż oferta zajęć (m.in. szydełkowanie, robienie biżuterii i innych ozdób) jest przygotowywana głównie pod kątem potrzeb i umiejętności kobiet, gdyż stanowią one zdecydowanie większą grupę podopiecznych DDPS-ów. Zajęcia te potencjalnie nie są więc atrakcyjne ani motywujące dla mężczyzn.

W przewodniku metodycznym z 1999 roku, dotyczącym stosowania terapii zajęciowej w Domach Pomocy Społecznej Lucyna Kozaczuk jako podstawowe jej metody wymienia właśnie: zajęcia plastyczne, choreoterapię, muzykoterapię, dramaterapię, terapię opartą na słowie, ergoterapię (pracownia krawiecka, haft, szydełkowanie, wykonywanie kartek świątecznych, pisanek, zabawek) (Kozaczuk, 1999, s. 39-43). W ramach ergoterapii wymienia także: „wykonywanie czynności porządkowych (sprzątanie pokoju, ścielenie łóżek, praca w kuchni, ogrodzie)” (*op. cit.*, s. 42). Większość tych zajęć jest słabo związana z codzienną aktywnością. Kozaczuk pisze także, że w zależności od stanu zdrowia za każdym razem uczestnik TZ może być aktywnym uczestnikiem lub biernym obserwatorem. Taka forma aktywizacji wydaje się niedostateczna i niedopasowana do potrzeb dzisiejszych seniorów, poza tym jest też wykluczająca.

Badania wykazują także, że czynnikiem ryzyka jest wykształcenie – samopoczucie osób z wykształceniem średnim (a można sądzić, że z wyższym też) jest w kilku wymiarach istotnie niższe niż osób z wykształceniem zawodowym i podstawowym. Może to sugerować, iż oferta zajęć prowadzonych w ramach terapii zajęciowej jest niedostosowana do aspiracji, potrzeb i możliwości osób lepiej wykształconych. Proponowane zajęcia są zbyt monotonne i nie wymagają większego wysiłku intelektualnego. Owocuje

to zarówno obniżeniem samopoczucia w trakcie uczestnictwa w zajęciach, jak i powodować może skutki długofalowe – poczucie frustracji, zniechęcenia do podejmowania aktywności w ogóle, apatię. Choć w Polsce pojawiają się już sugestie dotyczące konieczności wzbogacania terapii zajęciowej o zajęcia codzienne, reedukację codziennych umiejętności oraz zapobieganie wykluczeniu społecznemu (np. Tobis, Kropińska, Cyłkowska-Nowak, 2011), w praktyce w Domach Pomocy Społecznej takie działania prowadzone są w bardzo ograniczonym zakresie.

Zgodnie z teorią aktywności (*activity theory of aging*) szczególnie istotne dla dobrego funkcjonowania w starszym wieku jest podejmowanie różnorodnej aktywności i funkcjonowanie w wielu rolach społecznych (Lemon, Bengtson, Peterson, 1972). Niedopasowanie oferty terapii zajęciowej do potrzeb jej uczestników, do ich codziennych zajęć i słabe jej zróżnicowanie sprawia, że podejmowana przez nich aktywność ulega ograniczeniu pod względem form, staje się monotonna. Wiązać się to może ze spadkiem zaangażowania i motywacji do uczestnictwa w zajęciach, szczególnie po dłuższym czasie. Nieuwzględnianie codziennych aktywności oraz środowiska życia osoby starszej może z kolei owocować postępującym wypadaniem z ról społecznych i brakiem okazji do podejmowania nowych.

Osoba starsza, która zakończyła aktywność zawodową, traci wiele okazji do nawiązywania kontaktów społecznych i podejmowania aktywności. Zajęcia w ramach terapii zajęciowej prowadzone w dziennym domu pomocy społecznej, polegające na robieniu dekoracji czy malowaniu – po pierwsze – w niewielkim stopniu zwiększają ilość okazji do nawiązywania relacji czy podejmowania aktywności w środowisku życia, np. miejscu zamieszkania. Po drugie – formy włączania w życie najbliższego otoczenia proponowane w powyższych placówkach wydają się infantyilizujące i nie odpowiadające wszystkim uczestnikom terapii zajęciowej, jak choćby od-

wiedziny w przedszkolach z okazji dnia dziecka. Nieco lepiej dostosowaną formą aktywizacji jest organizowanie przedstawień, koncertów czy festynów, na które zapraszane są też rodziny osób starszych, najbardziej zaś optymalną formą aktywizowania otoczenia społecznego osoby starszej wydaje się organizowanie wystaw prac plastycznych uczestników. Informacje o wystawach są zamieszczane na stronie internetowej, a także nierzadko w prasie, na wernisaże zapraszane są rodziny i znajomi autorów prac. Aktywizuje to otoczenie, jak również umożliwia uczestnikom funkcjonowanie w innych niż dotychczas rolach społecznych. Funkcji tej nie spełniają organizowane od czasu do czasu wycieczki do kina czy teatru, jakkolwiek bowiem są sposobem włączania w życie społeczne, nie aktywizują jednak najbliższego otoczenia osoby starszej.

Możliwość jak najpełniejszej partycypacji w aktywnościach codziennego życia łączy się z kwestią panowania nad otoczeniem. Poczucie osoby starszej, że ma wpływ na otaczającą rzeczywistość i na to, co się z nią dzieje, jest jednym z kluczowych czynników dla jej dobrego samopoczucia (Brzezińska, Wilowska, 2010). Niewątpliwie możliwość podejmowania różnorodnej aktywności oraz jak największa samodzielność w podejmowaniu codziennych czynności, w tym czynności samoobsługowych, wywiera ogromny wpływ na poczucie panowania nad otoczeniem, a w efekcie dobre funkcjonowanie jednostki. Bycie zależnym od innych okazuje się jednym z czynników, których najbardziej obawiają się osoby starsze (Frazier, Hooker, Johnson, Kaus 2000). Z tego względu zwiększanie partycypacji w czynnościach dnia codziennego jest jednym z zadań terapii zajęciowej i metody jej prowadzenia powinny być na ten cel nastawione.

Terapia zajęciowa ma też ogromny potencjał prewencyjny, jest wręcz opłacalna ze względów ekonomicznych. Warunkiem jest jednak odpowiednie jej dopasowanie do potrzeb odbiorców, w tym do jak najpełniejszej partycypacji w codziennych aktywnościach. Badania dowodzą, że

uczestnictwo w programie terapii zajęciowej pozwala znacznie obniżyć koszty późniejszej opieki medycznej (Hay, La Bree, Luo, Clark i in., 2002). Zgodnie z analizą przeprowadzoną w ramach tych badań, w przypadku uczestników terapii zajęciowej wynosiły one 967\$, w grupie osób poddawanych aktywizacji społecznej 1726\$, a w grupie kontrolnej aż 3334\$. Różnice są więc znaczące. Jest to kolejny argument pokazujący, że inwestowanie w odpowiednio dopasowane programy prewencyjne jest korzystniejsze, niż likwidowanie problemów, które już się pojawiły.

Badania dowodzą (Karaś, Kłym, Ciecuch, 2013), iż subiektywny dobrostan powiązany jest z niektórymi wymiarami tożsamości zawodowej i edukacyjnej, m.in. z wysokim poziomem zaangażowania, wysokim poziomem głębokiego poszukiwania i niską rewizją zaangażowania². Szczególnie istotna okazała się tożsamość edukacyjna. Dotyczy to nie tylko osób w okresie dojrzewania, ale także w okresie dorosłości. Dlatego tak istotne jest, by zapewnić także osobom starszym możliwości dalszej edukacji i rozwoju. W przeprowadzonych przeze mnie badaniach także poczucie rozwoju osobistego było czynnikiem centralnym i najsilniej korelowało z ogólnym samopoczuciem.

Niewątpliwie istotnych informacji dostarczyłoby przeanalizowanie różnic w zakresie samopoczucia między grupą osób z wykształceniem wyższym, a grupami osób z niższym poziomem wykształcenia. W przeprowadzonym przeze mnie badaniu nie było to możliwe ze względu na zbyt małą liczbę osób z wyższym wykształceniem. Jest to związane prawdopodobnie z tym, iż wśród osób uczęszczających do Dziennych Domów Pomocy Społecznej w ogóle mało jest takich osób. Zapewne poszukują one innych

form wsparcia. Być może nie uczęszczają one na terapię zajęciową, ponieważ postrzegają zajęcia w ramach TZ jako nieatrakcyjne dla siebie.

Generalnie wraz z wiekiem samopoczucie osób starszych pogarsza się, a terapia zajęciowa proces ten modyfikuje w niewielkim stopniu. Jest to zapewne związane z rodzajem oferty, słabo dopasowanej do możliwości osób najstarszych. Być może też sposób jej dostosowywania jest dla nich frustrujący i nieadekwatny wobec postrzeganych własnych kompetencji (np. podczas tworzenia ikon osoby najmniej sprawne gruntują podkłady dla pozostałych uczestników czyli pełnią jedynie funkcje usługowe). Tymczasem szczególnie silnie podkreśla się konieczność dostosowywania oferty terapii zajęciowej do środowiska, w jakim funkcjonuje osoba jej poddawana. Teoretycy terapii zajęciowej stwierdzają, iż musi być ona oparta na dynamicznej relacji między osobą, środowiskiem i zajęciami. Efektem tej konkluzji jest oparty na podejściu skoncentrowanym na kliencie Model Osoba-Środowisko-Zajęcie (ang. *Person-Environment-Occupation Model*) (Law, Cooper, Strong, Stewart i in., 1996).

Wiele współczesnych modeli zdrowia uwzględnia kontekst ekologiczny, a zatem takie czynniki jak oddziaływanie środowiska i otoczenia społecznego. Jest tak na przykład w: modelu socjoekologicznym (ang. *socioecological model*), holistycznym (ang. *holistic model*), mandali zdrowia (ang. *mandala of health*), czy – najpełniej – w modelu motyla (ang. *butterfly model of health*), uwzględniającym środowisko biofizyczne oraz socjoekonomiczne, w tym między innymi takie elementy jak: dom i rodzinę, sąsiadów i przyjaciół, miejsce pracy i współpracowników, instytucje wsparcia społecznego, opiekę zdrowotną oraz wodę, powietrze, klimat, rośliny

² Poziom zaangażowania związany jest z dokonaniem wyboru w sferze ważnej dla tożsamości osoby oraz stopniem, w jakim identyfikuje się ona z tym wyborem; poziom poszukiwania łączy się z aktywnym poszukiwaniem informacji na temat swoich wyborów; rewizja zaangażowania polega z kolei na poszukiwaniu informacji o innych możliwościach zaangażowania, gdy dotychczasowe okazują się niesatysfakcjonujące (Karaś, Kłym, Ciecuch, 2013, s. 89).

(Van Leeuwen, Waltner-Toews, Abernathy, Smit, 1999). Na zdrowie człowieka wpływa zatem bardzo zróżnicowany zespół czynników. Terapia zajęciowa, prowadzona przez należące do instytucji wsparcia społecznego dzienne domy pomocy społecznej, poszerzająca sieć wsparcia społecznej osoby starszej, umożliwiającą jej nawiązywanie kontaktów i angażującą w prowadzone zajęcia jej rodzinę pozostaje zatem w związku z wieloma czynnikami ważnymi dla zdrowia człowieka. Jeśli będzie prowadzona z uwzględnieniem całego wpływającego na zdrowie człowieka systemu, ma szansę wspierać je w szczególny sposób.

Wpływ, jaki wywiera na samopoczucie uczestników zajęć dostosowanie oferty do ich aspiracji, potrzeb i kompetencji, potwierdzają różnice zaobserwowane między wynikami uzyskanymi w poszczególnych DDPS-ach. Z badań wynika także, że ogólne samopoczucie związane z uczęszczaniem na terapię zajęciową najsilniej koreluje z samoakceptacją i poczuciem rozwoju osobistego. Dobre samopoczucie związane jest zatem w dużym stopniu z przekonaniem, iż jest się twórczym, nabywa nowe umiejętności, ale jednocześnie wykorzystuje już posiadane kompetencje, a także z poczuciem odnoszenia sukcesów i samoakceptacją.

Jak stwierdziłam wcześniej, terapia zajęciowa stosowana w usprawnianiu osób starszych w Polsce różni się od metod stosowanych za granicą. Mimo to jednak wyniki przeprowadzanych przeze mnie badań wykazują pewne zbieżności w ocenie jej oddziaływania. Badania dotyczące codziennego funkcjonowania i zapotrzebowania na terapię zajęciową chorych osób starszych sugerują, iż dla niektórych z nich wycofanie się z działalności i kontaktów społecznych owocuje poczuciem rezygnacji i przygnębienia. Inni jednak potrafią znaleźć satysfakcjonujące dla siebie alternatywy. Uczestnicy badań stwierdzali także, że aktywność i kontakty społeczne, mimo iż podtrzymywane w inny sposób niż we wcześniejszych okresach życia, pozwalają im osiągać

poczucie przyjemności i przynależności (por. Tollén, Frederiksson, Kamwendo, 2008). Według nich terapia zajęciowa powinna być skoncentrowana właśnie na zwiększaniu liczby i różnorodności kontaktów społecznych, umożliwianiu angażowania się w konstruktywne działania oraz zwiększaniu autonomii osobistej. W przeprowadzonych przeze mnie badaniach właśnie samopoczucie w aspekcie funkcjonowania społecznego było najwyższej oceniane i najmniej zróżnicowane między poszczególnymi osobami.

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż mimo tego, że terapia zajęciowa nie jest prowadzona w optymalny sposób, wywiera pozytywny wpływ na samopoczucie osób starszych w wielu aspektach. Kluczowe znaczenie ma tu zapewne fakt podejmowania systematycznej, różnorodnej aktywności w grupie. Terapia zajęciowa jest więc formą rehabilitacji, która najpełniej może wpływać na funkcjonowanie osoby starszej (Jackson, Carlson, Mandel, Zemke i in., 1998). Jedna zmiana pociąga za sobą zmiany w innych sferach – poprawa sprawności manualnej umożliwia uczenie się i wykonywanie nowych rzeczy, co wpływa na poczucie osobistego rozwoju i samoakceptację oraz znajduje odzwierciedlenie w kontaktach społecznych i poprawie nastroju (ten ciąg następstw obrazuje uzyskany w tych badaniach dendryt – Rys. 1). Z drugiej strony, możliwość nawiązywania satysfakcjonujących relacji społecznych zwiększa motywację do rehabilitacji i aktywnego samodzielnego poszukiwania i podejmowania różnorodnych działań.

Dalszych badań wymagać będzie określenie, na ile wpływ terapii zajęciowej na samopoczucie osób starszych uczęszczających na tego typu zajęcia do Dziennych Domów Pomocy Społecznej w Polsce związany jest rzeczywiście z bezpośrednim jej działaniem (wpływ specyficzny), a na ile kluczowe znaczenie ma tu podjęcie jakiegokolwiek aktywności i możliwość przebywania wśród ludzi (wpływ niespecyficzny). Wreszcie, na ile jest to wpływ względnie trwały.

Literatura

- Bach, D., Bach, M., Böhmer, F., Frühwald, T. i in. (1995). Reactivating occupational therapy: a method to improve cognitive performance in geriatric patients. *Age and Ageing*, 24, 222-226.
- Baltes, P. B., Baltes, M. M. (1993). Psychological perspectives of successful aging: the model of selective optimization with compensation. W: P. B. Baltes, M. M. Baltes (red.), *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences* (s. 1-35). The European Science Foundation.
- Baltes, M. M., Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: the impact of resources. *Psychology and Aging*, 12 (3), 433-443.
- Bee, H., Boyd, D. (2008). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka (przełład: Aleksander Wojciechowski).
- Błaszak, M., Brzezińska, A. I., Przybylski, Ł. (2010). Strategie podwyższania jakości życia osób niepełnosprawnych: perspektywa neurokognitywistyki rozwojowej. *Nauka*, 1, 115-138.
- Brzezińska A. (1979). O zastosowaniu taksonomii wrocławskiej w badaniach pedagogicznych. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 2, 79-91.
- Brzezińska, A. I., Hejmanowski, S. (2013). Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać? W: A. I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 623-664). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Brzezińska, A. I., Rosiński, D., Rycielska, L. (2010). Aktywizacja lokalnych społeczności: miejsce dla osób z ograniczeniami sprawności. *Polityka Społeczna* - numer monograficzny pt.: *Diagnoza potrzeb i podstawy interwencji społecznych na rzecz osób z ograniczeniami sprawności*, 55-58.
- Brzezińska, A. I., Wilowska, J. A. (2010). Starość w kontekście psychologii pozytywnej. W: K. Wierciorowska-Tobis, D. Talarcka (red.), *Pozytywna starość* (s. 45-55). Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.
- Charles, S. T., Carstensen, L. L. (2009). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383-409.
- Clark, F., Azen, S. P., Carlson, M., Mandel, D. i in. (2001). Embedding health-promoting changes into the daily lives of independent-living older adults: long-term follow-up of occupational therapy intervention. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56B (1), 60-63.
- Cumming, R. G., Thomas, M., Szonyi, G., Salkeld, G. i in. (1999). Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: a randomized trial of falls prevention. *American Geriatrics Society*, 47 (12), 1397-1402.
- Engel, R. W., Sędek, G., von Hecker, U., McIntosh, D. N. (red.). (2006). *Ograniczenia poznawcze. Starzenie się i psychopatologia*. Warszawa: ACADEMICA Wydawnictwo SWPS i Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Díez-Nicolás, J., López-Bravo, M. D. i in. (2011). Productivity in old age. *Research on Aging*, 33 (2), 205-226.
- Frazier, L. D., Hooker, K., Johnson, P. M., Kaus, C. R. (2000). Continuity and change in possible selves in later life: a 5-year longitudinal study. *Basic and Applied Social Psychology*, 22 (3), 237-243.
- Freund, A. M., Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 4, 531-543.
- Freund, A. M., Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (4), 642-662.
- Hay, J., LaBree, L., Luo, R., Clark, F. i in. (2002). Cost-Effectiveness of Preventive Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(8), 1381-1388.
- Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R. i in. (1998). Occupation in lifestyle redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Program. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52 (5), 326-337.
- Jang, Y., Mortimer, J. A., Haley, W. E., Borenstein Graves, A. R. (2004). The role of social engagement in life satisfaction: its significance among older individuals with disease and disability. *Journal of Applied Gerontology*, 23, 266-278.

- Jopp, D., Smith, J. (2006). Resources and life-management strategies as determinants of successful aging: on the protective effect of selection, optimization, and compensation. *Psychology and Aging*, 21 (2), 253-265.
- Karaś, D., Kłym, M., Ciecuch, J. (2013). Eudajmonistyczny dobrostan psychiczny a kształtowanie poczucia tożsamości w sferze edukacyjnej i zawodowej. *Gerontologia Polska*, 18 (1), 87-101.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (6), 1007-1022.
- Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Kozaczuk, L. (1999). *Terapia zajęciowa w Domach Pomocy Społecznej. Przewodnik metodyczny*. Katowice: Biblioteka Pracownika Socjalnego.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D. i in. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23.
- Lemaire, P. (2011). Cognitive strategy variations during aging. *Current Directions in Psychological Science*, 1, 363-369.
- Lemon, B. W., Bengtson, V. L., Peterson, J. A. (1972). An exploration of the activity theory of aging: activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*, 27 (4), 511-523.
- Li, K. Z. H., Krample, R. Th., Bondar, A. (2006). Podejście ekologiczne do badań nad starzeniem się i wykonywaniem podwójnych zadań. W: R. W. Engel, G. Sędek, U. von Hecker, D. N. McIntosh, (red.), *Ograniczenia poznawcze. Starzenie się i psychopatologia* (s. 207-235). Warszawa: ACADEMICA Wydawnictwo SWPS i Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Marquez, D. X., Bustamante, E. E., Blissmer, B. J., Prohaska, T. R. (2009). Health promotion for successful aging. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 3 (1), 12-19.
- Milanowska, K. (1982). *Techniki pracy w terapii zajęciowej*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Monk, T. H., Pfoff, M. K., Zarotney, J. R. (2013). Depression in the spousally bereaved elderly: correlations with subjective sleep measures. *Depression Research and Treatment*, 2013, 1-4.
- Muszałik, M., Biercewicz, M. (2010). Problemy opiekuńcze u osób w starszym wieku. W: E. Skolmowska, M. Muszałik, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej* (s. 131-139). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Oberauer, K. (2006). Różnice w funkcjach poznawczych związane z wiekiem i cechami indywidualnymi. W: R. W. Engel, G. Sędek, U. von Hecker, D. N. McIntosh, (red.), *Ograniczenia poznawcze. Starzenie się i psychopatologia* (s. 59-89). Warszawa: ACADEMICA Wydawnictwo SWPS i Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ouwehand, C., de Ridder D. T. D., Bensing, J. M. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27 (8), 873-884.
- Ryff, C. D., Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.
- Ryff, C. D., Singer, B. (2004). Paradoks kondycji ludzkiej: dobrostan i zdrowie na drodze ku śmierci. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 147-162). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sęk, H., Brzezińska, A. I. (2010). Podstawy pomocy psychologicznej. W: J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia akademicka. Podręcznik* (tom 2, s. 735-784). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne (II wyd. popr.).
- Sřrensen, L. V., Axelsen, U., Avlund, K. (2002). Social participation and functional ability from age 75 to age 80. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9, 71-78.
- Tobis, S., Kropińska, S., Cylkowska-Nowak, M. (2011). Arteterapia jako forma terapii zajęciowej w aktywizacji osób starszych. *Geriatrics*, 5, 194-198.
- Tollén, A., Frederiksson, C., Kamwendo, K. (2008). Elderly persons with disabilities in Sweden: their experiences of everyday life. *Occupational Therapy International*, 15 (3), 133-149.
- Tomaszewski, K., Matusik, P., Chmielowska, K., Nowak, J., Parnicka, A., Dubiel, M., Gąsowski,

- J. (2010). Otepienie a sprawność fizyczna pacjentów w podeszłym wieku mieszkających w wybranych domach opieki. *Gerontologia Polska*, 18 (2), 71–75.
- Twardowska-Rajewska, J. (2006). Krótki program usprawniania seniorów w celu minimalizowania zaburzeń równowagi. Doniesienie wstępne. *Gerontologia Polska*, 14 (1), 41–45.
- Urry, H. L., Gross, J. J. (2011). Emotion regulation in older age. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 352-357.
- Van Leeuwen, J. A., Waltner-Toews, D., Abernathy, T., Smit, B. (1999). Evolving models of human health toward an ecosystem context. *Ecosystem Health*, 5 (3), 204-219.
- Wilkinson, P. (1999). Cognitive therapy with elderly people. *Age and Ageing*, 26, 53-58.

Julia Sienkiewicz Wilowska

Studia Doktoranckie przy Wydziale Wychowania
Fizycznego, Sportu i Rehabilitacji Akademii Wychowania
Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego w Poznaniu

WELL-BEING IN LATE ADULTHOOD AMONG PARTICIPANTS OF OCCUPATIONAL THERAPY IN ADULT DAY CARE CENTERS

ABSTRACT

The article presents the results of studies on well-being of people in late adulthood, formed under the influence of participation in occupational therapy in Adult Day Care Centers. 60 seniors from 6 different centers took part in the reported studies. The research was conducted with the use of the author's *Evaluation of Well-being Questionnaire*, which includes 6 scales that investigate functioning in the following spheres: social, emotional, cognitive, physical, sense of personal development, and self-acceptation. The results of the studies indicate that particularly liable to malaise are men. Also education turned out to be a risk factor – subjectively perceived comfort of individuals with secondary education was significantly lower in comparison with persons with vocational or elementary education. Generally, well-being of seniors decreases with age. The differences observed between results obtained in particular Adult Day Care Centers suggest that well-being of participants of occupational therapy is conditioned by the fact of adjusting an offer to their specific aspirations, needs and competences.

Key words: late adulthood, occupational therapy, well-being