

---

ANNALES  
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA  
LUBLIN — POLONIA

VOL. XXII

SECTIO J

2009

---

Wydział Pedagogiki i Psychologii UMCS  
Zakład Psychologii Społecznej

JOLANTA M. WOLIŃSKA

*Wybrane aspekty funkcjonowania pensjonariuszy Domu Pomocy  
Społecznej w wieku późnej dorosłości*

---

The chosen aspects of functionality of senior aged paying guests in the rest homes

WPROWADZENIE

Dane demograficzne podają, że jesteśmy społeczeństwem starzejącym się i prognozują, że w 2020 r. populacja seniorów w całej ludzkości ma liczyć 1 miliard, w Polsce – 20% (<http://www.nil.org.pl/xml/oil68/gazeta/numery/n2006/n200604/n20060423>). Potwierdzają to badania GUS, zgodnie z którymi po 2025 r. liczba ludzi starych będzie przewyższać liczbę ludzi młodych – do 18 roku życia (<http://punto.stat.gov.pl/nowości/29.12/persp.htm>).

Starzenie się to „naturalne, nieodwracalne nasilające się zmiany metabolizmu i właściwości fizyczno-chemicznych komórek prowadzące do upośledzenia samorealizacji i regeneracji organizmu oraz zmian morfologicznych i czynnościowych jego tkanek i narządów” (*Encyklopedia powszechna*, 1993, s. 808). Jest to proces bardzo skomplikowany, zróżnicowany i złożony (biologiczny, psychiczny, społeczno-kulturowy), toteż gerontologia zajmuje się zmianami indywidualnymi i międzyosobniczymi procesu starzenia się oraz szeroko pojmowanym przystosowaniem do tych zmian (Manstead, Hewstone 2000) oraz ich ekonomicznymi, społecznymi oraz demograficznymi skutkami (Wolińska, Sierota 2001).

Starość biologiczna to efekt starzenia się pomyślnego, zwyczajnego lub patologicznego: starzenie się pomyślne rozumiane jest jako „najbardziej optymalny z możliwych przebiegów starzenia, wolny od patologii, kształtowany pozytywnie przez uwarunkowania zewnętrzne, o minimalnych deficytach fizjologicz-

nych, psychologicznych i społecznych przypisywanych wiekowi chronologiczemu” (Bień 1997, s. 40–41). Starzenie się zwyczajne polega na widocznych i odczuwalnych stratach, a patologiczne przebiega z wyraźnym spadkiem funkcji narządów, nakładania się chorób i prowadzi do przedwczesnej śmierci (Bień 1997) – ten patologiczny rodzaj dominuje w naszych warunkach (Wiśniewska-Roszkowska 1995).

Mimo zwiększającego się zainteresowania gerontologią starość często kojarzona jest z niedołęstwem, chorobami, cierpieniem, ale też z mądrością, szacunkiem i doświadczeniem, zaś starzenie traktowane jest jako kolejna faza życia człowieka. Chociaż termin „starość” jest zasadniczo neutralny ewaluatywnie, to używa się go głównie do zachowań charakteryzujących się obniżeniem ogólnej sprawności (Reber, Reber 2000); zdarzają się jednak ujęcia określające to złożone zjawisko pozytywnie – jako „długotrwałe istnienie rzeczy czy ludzi, które dzięki temu wywołują podziw, budzą zainteresowanie i skłaniają do szacunku” (Pastuszka 1999, s. 30).

Wyróżnia się następujące stadia procesu starzenia się:

- okres przed wycofywaniem się z pracy (wiek 55–65 lat) charakteryzujący się obniżeniem funkcji oraz sprawności fizycznej i umysłowej;
- przejście na emeryturę (około 65 r.ż.) związane z wycofywaniem się z ról zawodowych i społecznych, a także ze zwiększeniem znaczenia więzi rodzinnych;
- wiek starczy (około 70 r.ż.) z zależnością, niewydolnością fizyczną i umysłową;
- późna starość (po 75 r.ż.), wiążąca się z załamywaniem funkcji biologicznych człowieka (Zych 1998).

#### WYBRANE TEORIE ROZWOJU OSOBOWOŚCI W OKRESIE PÓŹNEJ DOROSŁOŚCI

Zgodnie z teorią wycofywania się (niezaangażowania) E. Cumminga i W. Henry’ego (1961) z wiekiem człowiek mniej angażuje się w interakcje, słabną więzi uczuciowe i obniża się stopień normatywności oraz konformizmu światopoglądowego (za: Techniczek 1968). Wycofywanie się, uznane za naturalne, jest przez starzejącą się jednostkę akceptowane i daje dobre samopoczucie. Gdy jest przedwczesne (choroba, wczesna emerytura) – sprzyja problemom adaptacyjnym (np. brak koncepcji dalszego życia) (Birch, Malim 1998), które pogłębiają się przy społecznej izolacji i ograniczeniu kontaktów społecznych seniora. Mogą też spowodować skoncentrowanie się na sobie i obojętnienie na sprawy życiowe (Zych 1998).

W teorii aktywności S. Cavana (1949) proces starzenia się to zjawisko społeczne łączące zmiany w obrębie ról społecznych jednostki z jej koncepcją sa-

mego siebie (za: Zych 1998), bazującą na pełnionych rolach, własnym statusie, interakcjach społecznych i obserwacji otoczenia (Kofta, Doliński 2000). Teoria proponuje więc możliwie największą, adekwatną do możliwości, aktywność do najpóźniejszych lat, realizowaną zastępczymi (wobec pracy zawodowej) formami pozwalającymi kontrolować „ja”.

G. L. Maddox (1968) (za: Sękowski 1991) w ocenie tych przeciwstawnych teorii zaznacza, że niektóre starsze osoby czerpią satysfakcję życiową z aktywności, a inne z jej ograniczania, co potwierdza H. Thomae (1969, za: Sękowski 1991) dzięki zauważonej u seniorów umiejętności powrotu do aktywności po przejściowym wycofaniu się.

Utrzymanie swojego miejsca w społeczeństwie i ujawnienie postaw i zachowań, wcześniej bardziej kontrolowanych (Wiśniewska-Roszkowska 1986), zakłada teoria „znikającego punktu” (Staręga-Piasek 1988). Zakłócenie równowagi między aktywnością a biernością seniorów, towarzyszące tendencji do utrzymania dotychczasowego obrazu siebie w określonym społecznie kontekście, nasila uruchamianie mechanizmów obronnych, zachowań zastępczych (świadomych lub nie) i pogoń za znikającymi zdolnościami (Cesa-Bianicki 1988). Są to reakcje na społeczne odrzucenie starszego człowieka i utratę jego poczucia kontroli nad własnym życiem.

B. L. Neugarten, R. Havighurst i S. S. Tobin w teorii stresu starości (1968) zakładają stresogenne działania krytycznych zdarzeń w życiu seniora, pozbawiające go nabytych cech, upraszczające osobowość i wymuszające rekapitulację cyklu rozwojowego. Najistotniejsze stają się wówczas czynności ważne w okresie dzieciństwa, czyli: dobrostan fizjologiczny i psychologiczny (poczucie bezpieczeństwa) oraz potrzeba ogólnej stymulacji, zwiększające tendencje zależnościowe (za: Harwas-Napierała, Trempała 2001).

Poziomy sprawności i kompetencji osiągnane przez jednostkę w rozwoju – „wspinanie się na wiele schodów” różnych aktywności – są najwyższe w okresie starości, toteż teoria „wysokich schodów” zakłada, że psychospołeczne zmiany w wieku podeszłym są najbardziej widoczne w obrębie najsilniej zaznaczonych w ontogenezie aspektów. Proponowane są więc trzy modele:

1. Gdy starszy człowiek osiąga wysoką pozycję w jednej sferze życia, przejście na emeryturę skutkuje gwałtownym załamaniem i pogłębieniem trudności procesu starzenia się.

2. Jeśli jednostka na tym etapie życia prezentuje różne poziomy w rozmaitych jego aspektach, to ich zanik stopniowo ogranicza kolejne obszary aktywności.

3. Przy bardzo niskich poziomach aktywności starszej osoby następuje minimalizacja różnic w realizowaniu lub nie określonych ról (Staręga-Piasek 1988).

W teorii „cieni” każdy człowiek ma pewną rezerwę wartości, postaw i zachowań („cieni”), uruchamianych w momencie straty, których liczba nieodwracalnie

obniża się z wiekiem, minimalizując zdolności przystosowawcze starzejących się osób. Deficyty, niedobory wartości i motywów do zaspokajania potrzeb generują odrzucenie, izolację społeczną bądź rezygnację. Uruchamiane są też mechanizmy obronne, spostrzegane jako zachowania patologiczne albo specyficzne dla seniorów (Starega-Piasek 1988).

R. Schulz, J. Heckhausen i J. Locher (1991) w teorii potencjału władzy (kontroli pierwotnej i wtórnej) akcentują, że świadomość wyboru i poczucie osobistej kontroli to najważniejsze determinanty dobrostanu osób starzejących się. Pogodzenie się większości ludzi z ograniczeniami związanymi z procesem starzenia się przejawia się przejściem od strategii sprawowania bezpośredniej (pierwotnej) kontroli nad otoczeniem do strategii przystosowania poznawczego (kontroli wtórnej) – skupieniu głównie na przeszłości, bilansie życiowym, na którym zaczyna wówczas bazować obraz własnego „ja” (za: Manstead, Hewstone 2000).

Trudności w sprostaniu wymogom współczesnej rzeczywistości wywołują poczucie nierozwiązalności sytuacji, w której osoba w późnym wieku dojrzałym się znalazła. Wywołuje to liczne lęki i frustracje związane z utratą: zdrowia, atrakcyjności i kondycji fizycznej, bliskich osób, statusu społecznego i ekonomicznego, poczucia prestiżu i przydatności oraz zbliżającą się perspektywą śmierci (Harwas-Napierała, Trempała 2001).

Adaptacja do starości to aktywny, celowy proces przystosowania siebie do doraźnych sytuacji zewnętrznych oraz tychże sytuacji do własnych możliwości i zmian. Wskazuje na nią doświadczenie maksimum satysfakcji przy minimalnych kosztach psychicznych (Freud 1984). Adaptacja to forma akceptacji rytuału kulturowego, spełnienie oczekiwań – pogodzenie się z nieuchronnością starości (Klonowicz 1973) i z losem (Starega-Piasek 1988).

Człowiek o zintegrowanej osobowości akceptuje swój wiek, przyzwyczajają się do myśli o odejściu jak po dobrze wypełnionej misji. Rozpacz, wzmożoną obawę przed śmiercią ujawniają ci, którzy nie potrafią zaakceptować swojego życia i nie mogą go zmienić. Są to głównie osoby z poczuciem winy, poczuciem żalu czy pozbawionym zaangażowania i pasji stylem życia (Harwas-Napierała, Trempała 2001).

Podstawę przystosowania seniorów stanowi doświadczenie wykorzystane jako:

- 1) selektywna sprawność funkcji psychicznych (najwolniej ulegającymi obniżeniu);
- 2) stopniowe podejmowanie działań kompensacyjnych;
- 3) utrzymanie optymizmu, niezależnie od kosztów towarzyszących procesowi starzenia się (Harwas-Napierała, Trempała 2001).

W procesie starzenia się ważne jest przeżywanie konfliktu między przeszłymi, jeszcze pamiętanymi możliwościami, a nowym poziomem równowagi psy-

chofizycznej, do której mniej lub bardziej świadomie dążą ludzie w późnym wieku dojrzałym (Klonowicz 1973). Stopniowe osłabianie dynamiki życiowej jest kompensowane umiejętnością syntezy i refleksji (bilans życiowy), skupianiem się na przeszłości, nie na przyszłości, czyli odwoływaniem się do mądrości życiowej – źródła siły *ego* (Worach-Kordas 1983). Psychospołeczne zmiany seniorów, ich bogate doświadczenia i mądrość życiowa paradoksalnie nie ułatwiają im adaptacji (Zych 1998).

#### METODA

Dom Pomocy Społecznej (DPS) to placówka dla osób starych i przewlekle somatycznie chorych zapewniająca swoim pensjonariuszom całodobową opiekę, zaspokajająca też niezbędne potrzeby bytowe, opiekuńcze, zdrowotne i społeczne, w tym religijne, na poziomie obowiązującego standardu. DPS to dla mieszkańców substytut domu rodzinnego, więc panująca tam atmosfera powinna cechować się życzliwością, wyrozumiałością i zaufaniem.

Celem naszych badań był opis specyfiki procesu starzenia się, a szczególnie funkcjonowania pensjonariuszy DPS w wieku późnej dorosłości w zakresie: zaspokajania potrzeb bezpieczeństwa, kontaktów społecznych, reagowania na sytuacje trudne (lęki, niepokoje, konflikty, agresja), adaptacji do swojej sytuacji życiowej: zdrowotnej, psychologicznej czy społecznej, np. wykorzystanie kontroli wtórnej.

Spośród 101 pensjonariuszy DPS indywidualnym badaniom (obserwacyjnym: ankieta, wywiad, analiza dokumentów) poddano 75 osób (37 M; 38 K), kwestionariuszem *Nastroje i Humory* A. H. Bussa i A. Durkee, w adaptacji K. Choynowskiego (1972) (Drwal 1987) – 47. Charakteryzując grupę badaną (N = 75), warto zwrócić uwagę na poprzednie miejsce zamieszkania osób starszych, którym była głównie wieś (75 %, miasto – 25%), przeważnie odległe od DPS strony (87%). Respondenci w wieku 60–89 lat w więcej niż połowie przypadków (55%) mają rodziny, z którymi większość utrzymuje kontakty. Ważne z punktu widzenia naszych rozważań jest określenie sytuacji zdrowotnej – chorób pensjonariuszy, wśród których przeważają: miażdżyca (40%), zespoły psychosomatyczne (13%), demencja starcza (8%), nadciśnienie tętnicze (5%), choroba Alzheimera (4%), choroba alkoholowa (4%), niedowłady kończyn (4%) oraz cukrzyca, schizofrenia, SM, padaczka, udar mózgu itd.

#### WYNIKI I WNIOSKI

Analiza danych ankietowych pozwala stwierdzić, że DPS daje wszystkim badanym poczucie bezpieczeństwa, a niemal połowie (48%) pobyt w placówce się

podoba; odmienną opinię formułowało 8% respondentów, zaś pozostali (44%) nie mieli zdania (głównie z powodu zbyt krótkiego pobytu). Większość mieszkańców DPS lubi swoje towarzystwo (88%), kontaktują się głównie z osobą z sali, oddziału, pracownikami, ale raczej nie określają ich jako przyjaciół (63% ocenia, że ich nie ma).

Mimo zapewnień o poczuciu bezpieczeństwa co piąty mieszkaniec odczuwa niepokój związany z: wyjściem na ulicę, nową sytuacją, nietrzeźwością innych mieszkańców, nerwicą czy stresem. Ponadto ankietowani potwierdzają istnienie konfliktów w DPS i wymieniają ich główne powody, to znaczy: spór o rzeczy osobiste (52%), zmianę kanałów telewizyjnych (24%), miejsce na świetlicy (19%) czy własny pokój (5%). Zróżnicowane są także reakcje pensjonariuszy na stres: od bierności czy zachowań wycofujących (nic nie robią, zamykają się w sobie, milczą, idą spać, płaczą, chorują) do aktywnych (krzyczą, trzęsą się z nerwów, próbują się uspokoić i nie denerwować, rozmawiają, przeklinają, są źli i używają przemocy). Różne są deklarowane zachowania seniorów w sytuacji zdenerwowania, spośród których najczęstsze (23%) są sugestie, żeby inni nie krzyczeli, gdyż respondenci *nie lubią, jak podnosi się na nich głos*, 19% przypomina wtedy o swojej chorobie, stwierdzają też: *pensjonariusze są niesympatyczni* (12%), *wszyscy mnie denerwują* (12%), *proszą, by inni się uspokoiłi* (11%), *zostawili w spokoju* (9%), *czy go nie obrażali* (5%), stwierdzają także, że *nie wszystko w DPS jest w porządku* itd.

Ankietowani mają także wiele powodów do zdenerwowania, wynikających z: niemocy (24%), choroby (15%), ich wieku (15%) – ponad połowa seniorów martwi się swoim wiekiem i jego skutkami zdrowotnymi. Frustrujące są też: kłótnie (12%), pobyt w DPS (9%), panująca znieczulica (7%), nienawiść (5%), brak rodziny (3%), pijący (3%) i inne.

Badani starsi ludzie sygnalizowali również własne lęki, dotyczące przede wszystkim: bolesnej śmierci (24%), niedołęstwa (23%), starości (17%) (które nie potrafią dokładnie zdefiniować) i utraty kontroli nad umysłem (13%) czy złodziejstwa (4%), ale także są stwierdzenia (15%), że *już niczego się nie boją, już nie muszą*. Jednocześnie badani chcieliby przestać się bać: niedołęstwa (35%), przykucia do łóżka (28%), złodziejstwa (8%), ale także tego, że po śmierci nie zabierze ich rodzina i *będą spoczywali daleko od domu* (9%). Niektórzy sugerują, że *nie ma zagrożenia, więc nie mają się czego obawiać* (9%). Przewidywane następstwa obaw pensjonariuszy DPS to wymieniane kolejno: zdenerwowanie (32%), refleksje nad własnym życiem (bilans życiowy) (31%), sprawdzanie, czy wszystko jest na miejscu (21%) i lęki (9%).

Wiek i sytuacja życiowa badanych osób nie niweluje ich oczekiwań, do których należą: pragnienie wyzdrowienia (27%), spokoju (24%), zgody (8%), powrotu do rodziny (8%), żeby było lepiej (8%), żeby nie było gorzej (6%), chcieli-



by lepszego jedzenia (5%), także atmosfery (4%), miłej rozmowy (4%) itd. Przedmiotem marzeń seniorów są: zdrowie (43%), szczęście (19%), tańsze leki (5%), ale występuje też brak odpowiedzi (20%) i stwierdzenie, że już nie mają oczekiwań (12%). Korespondują z tym podawane przez mieszkańców DPS recepty na szczęście, zapewniane przez: zdrowie (45%), zgodę (16%), obecność rodziny (12%), pobyt w domu (9%), powrót młodości (9%) czy też zrozumienie (8%).

Wszystkie osoby badane zaprezentowały swoje plany na przyszłość. Znamienne jest, że niemal czwarta część badanych (24%) stwierdziła ich brak na przyszłość bliższą i dalszą. Wśród pozostałych przeważały sprawy rodzinne (*zobaczyć ją* – 16%, *wrócić do domu* – 12% czy *ożenić się* – 3%) oraz formy relaksu (*urlop, odwiedziny u przyjaciół* – 17%), czy poprawy zdrowia (*wyjazd do sanatorium* – 8%, *dokończenie rehabilitacji* – 8%) itd.

W kolejnym etapie badano konflikty, lęki oraz przejawy i nasilenie agresywności w ocenie pracowników DPS – pedagogów, opiekunów, rehabilitanta i psychologa (N=9) (Pudlak 2006) oraz w percepcji 47 pensjonariuszy (19 M, 28 K) w badaniu Kwestionariuszem do Badania Agresywności A. H. Bussa i A. Durkee (Drwal 1987).

Badany personel psycho-pedagogiczno-opiekuńczy potwierdził występowanie lęków i konfliktów ich pensjonariuszy. Częstotliwość pojawiania się lęków oceniana jest głównie jako częsta (67%), raz w tygodniu (22%) i bardzo częsta (11%), a tkwią one (mimo zapewnień grupy seniorów, że się nie boją) w: lęku przed śmiercią, chorobą, utratą świadomości, przed wyjściem na zewnątrz, gdzie liczą się z możliwością zabłądzenia, ośmieszania ich niedołęstwa, nieporadności, ale też kradzieży czy zgubienia czegoś.

Wszyscy pracownicy DPS pomagają w łagodzeniu konfliktów pensjonariuszy, oceniając swoją interwencję jako dobrą lub średnią, a źródłem tych konfliktów są: specyfika charakterologiczna seniorów (porywczość, niecierpliwość, drobiazgowość, sztywność postaw, nietolerancja na zmiany, przewrażliwienie na punkcie swojej osoby), ich samopoczucie – choroby czy okresowo zły stan psychiczny. Obserwowana jest też obojętność na problemy innych (także zdrowotne), brak samokrytyki i łatwość krytykowania innych, co skutkuje agresją ujawnianą w gestach i werbalną oraz izolacją (w swoim pokoju) i szukaniem wsparcia społecznego (u innych mieszkańców DPS, personelu, głównie psychologa). Do sytuacji trudnych przyczyniać się mogą również trudności finansowe, alkohol, brak dbałości o higienę i porządek czy zagubione lub pozostawione przez mieszkańców DPS rzeczy osobiste, ale także pokusy żywieniowe, np. niezgodne z dietą.

Konflikty są także pochodną różnic środowiskowo-kulturowych seniorów, co utrudnia funkcjonowanie placówki. Ich nasilenie występuje okresowo, szczególnie przed świętami oraz jesienią i wiosną, co zbiega się z pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych DPS.

Pracownicy, mając świadomość różnorodności konfliktów i wielu – poważnych, ale też błahych ich przyczyn, starają się więc unikać sytuacji trudnych czy je łagodzić albo rozwiązywać. W tym celu kształtowane są u starszych ludzi prawidłowe nawyki, rozmowy, prowadzona jest praca indywidualna i grupowa, zajęcia świetlicowe, terapeutyczne (z wykorzystaniem muzyki, plastyki, pracy, zajęć kulturalno-rozrywkowych i oświatowych).

Oprócz wcześniej zaprezentowanych aspektów funkcjonowania pensjonariuszy DPS w późnym wieku dojrzałym analizie poddano również nasilenie agresywności u seniorów, rozumianej jako dyspozycja do agresji (Wolińska 2004) oraz jej przejawy. Tabela pokazuje stosunkowo niskie, zbliżone nasilenie agresywności kobiet ( $M=60,1$ ) i mężczyzn w podeszłym wieku ( $M=61,2$ ) oraz zróżnicowane jej przejawy.

Tabela 1. Wyniki badania kobiet i mężczyzn, mieszkańców DPS ( $N=47$ ), Kwestionariuszem do Badania Agresywności A. H. Bussa i A. Durkee  
Results of investigating women and men, means residents of old people's social aid home, by of Buss and Durkee's Questionnaire for Research into Aggressiveness

| Lp. | Przejawy, nasilenie agresywności i poczucie winy | M    | K    |
|-----|--|------|------|
| 1   | Npf – napastliwość fizyczna                      | 9,4  | 7,8  |
| 2   | Nps – napastliwość słowna                        | 14,0 | 9,4  |
| 3   | Npp – napastliwość pośrednia                     | 5,4  | 4,6  |
| 4   | Neg – negatywizm                                 | 9,0  | 11,5 |
| 5   | Pdj – podejrzliwość                              | 9,2  | 8,2  |
| 6   | Urz – uraza                                      | 6,0  | 8,8  |
| 7   | Drl – drażliwość                                 | 8,2  | 9,6  |
| 8   | WOA – wynik ogólny agresywności                  | 61,2 | 60,1 |
| 9   | PW – poczucie winy                               | 13,6 | 13,2 |

Agresja badanych starszych mężczyzn ujawnia się przede wszystkim słownie (wulgaryzmy, dokuczanie, obrażanie werbalne) oraz fizycznie (popychanie, obraźliwe gesty) i poprzez podejrzliwość; u kobiet w porównaniu z mężczyznami dominują przede wszystkim: negatywizm (częste negowanie zasad, zachowań itp.), uraza (zazdrość i nienawiść do otoczenia) czy drażliwość (możliwość wywołania agresji najmniejszym podrażnieniem).

Wyniki dotyczące nasilenia i form agresji i agresywności są specyficzne dla badanego okresu życia, bowiem mężczyźni nie są (jak w innych grupach wiekowych) najbardziej agresywni fizycznie, a słownie. Starsze kobiety najczęściej ujawniają negatywizm, a nie agresję pośrednią czy drażliwość charakterystyczną dla dziewcząt i kobiet (Wolińska 2004).

Pensjonariusze DPS w wieku późnej dorosłości, mimo deklarowanego zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa, odczuwają wiele lęków, obaw czy konflik-



tów wynikających z konsekwencji zdrowotnych i psychospołecznych związanych ze starością. Ich funkcjonowanie społeczne dotyczy przede wszystkim mieszkańców czy pracowników DPS, ale utrzymywane są też kontakty rodzinne. Seniorzy przeżywają różnorodne sytuacje trudne, na które reagują z pomocą swoich opiekunów. Niewątpliwie analizowany etap rozwojowy utrudnia adaptację pensjonariuszy do własnej sytuacji i życia w DPS. Wpływa na to wiele wspomnianych już czynników: od sytuacji zdrowotnej, poprzez cechy osobowości, do sytuacji środowiskowo-rodzinnej. Cenne jest w tym wypadku pogodzenie się z własnym losem i motywowanie się do możliwej jeszcze aktywności, a także wykorzystywanie bilansu życiowego – kontroli wtórnej dla zachowania poczucia kontroli nad własną osobą i rzeczywistością.

#### BIBLIOGRAFIA

- Bień W. (1997). *Starzenie pomyślne versus zwyczajne*. „Gerontologia Polska”, t. 5, 4.
- Birch A., Malim T. (1998). *Psychologia rozwojowa w zarysie – od niemowlęctwa do dorosłości*. Warszawa: PWN.
- Cesa-Bianicki M. (1988). *Biologiczne i społeczne aspekty niedostosowania w wieku podeszłym*. „Przegląd Psychologiczny”, 3: 717–727.
- Choynowski M. (1972). *Skrócony podręcznik do testu „Nastroje i Humory” A. H. Bussa i A. Durkee*. Warszawa: MOiW.
- Drwal R. L. (1987). *Trafność zbieżna i różnicowa czterech inwentarzy agresji*. W: R. L. Drwal (red.). *Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej* (s. 211–237). UMCS: Lublin.
- Freud Z. (1984). *Wstęp do psychoanalizy*. Warszawa: PWN.
- Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.) (2001). *Psychologia rozwoju człowieka*. Warszawa: PWN.
- Klonowicz S. (1973). *Zdolność do pracy a wiek człowieka*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Kofta M., Doliński D. (2000). *Poznawcze podejście do osobowości*. W: J. Strelau (red.). *Psychologia – podręcznik akademicki* (s. 561–600). T. II. Gdańsk: GWP.
- Mansted A. S. R., Hewstone M. (2000). *Encyklopedia „Blackwella”. Psychologia społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Jacek Santorski & CO.
- Pastuszka J. (1999). *Starość człowieka. Rozważania psychologiczne*. „Ethos”, 47: 29–55.
- Pecyna M. B. (1990). *Psychoprofilaktyka procesów starzenia się*. „Zdrowie Psychiczne”, 1–4: 59–66.
- Pudlak A. (2006). *Nasilenie i rodzaje zachowań agresywnych pensjonariuszy Domu Pomocy Społecznej w Kocku*. Niepublikowana praca magisterska. Lublin.
- Reber A. S., Reber E. S. (2000). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar.
- Sękowski T. (1991). *Pomoc psychologiczna*. Lublin: Fundacja Gniazda Rodzinnego.
- Staręga-Piasek J. (1988). *Psychospołeczne mechanizmy starzenia się*. W: B. Synak, T. Wróblewski (red.). *Postępy gerontologii* (s. 40–52). Warszawa: PZWL.
- Susułowska M. (1986). *Psychologiczne problemy człowieka starego*. W: *Encyklopedia seniora* (s. 70–80). Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Techniczek D. (1968). *O kierunkach badań w dziedzinie socjologii i psychologii społecznej wieku starszego*. „Studia Socjologiczne”, 2: 73–92.
- Wiśniewska-Roszkowska K. (1986). *Nowe życie po sześćdziesiątce*. Warszawa: IWZZ.
- Wolińska J. M. (2004). *Agresywność młodzieży. Problem indywidualny i społeczny*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Wolińska J. M., Sierota A. (2001). *Percepcja własnej sytuacji psychologiczno-społecznej przez ludzi starszych mieszkających na wsi i w mieście*. W: I. D. Karwat, L. Jabłoński (red.). *Problemy zdro-*

*wotne i społeczne osób starszych i niepełnosprawnych na wsi* (s. 153–159). Lublin: Fundacja Fuga Mundi „Norbertinum”.

Worach-Kordas H. (1983). *Wiek a pełnienie ról społecznych*. Warszawa–Łódź: PWN.

Zaborowski Z. (1989). *Psychospołeczne problemy samoświadomości*. Warszawa: PWN.

Zych A. A. (1998). *Człowiek wobec starości – szkice z gerontologii społecznej*. Katowice: Wydawnictwo Śląsk.

#### SUMMARY

Including the fact that our society is mostly senior, the gerontologic psychology is becoming more and more important. In this psychology I'm interested in process of getting old, especially the functionality of guests in old people's homes, at the senior age, dealing with the need of safety, social contacts, the ways of reaction for difficult situations, and adaptation of old people to new conditions in health, psychological and social aspects.

It seems that for the seniors the method for a “good aging” is to deal with their own fate, to base on their own wisdom and to motivate themselves to viable activity against everyday difficulties.