



Dominika Ochnik

Katedra Psychologii Górnośląskiej Wyższej Szkoły Handlowej
im. W. Korfantego w Katowicach
E-mail: dominika.ochnik@gwsh.pl

Renata Rosmus

Katedra Psychologii Górnośląskiej Wyższej Szkoły Handlowej
im. W. Korfantego w Katowicach
E-mail: renata_rossmus@wp.pl

Adam Pawlak

Katedra Psychologii Górnośląskiej Wyższej Szkoły Handlowej
im. W. Korfantego w Katowicach
E-mail: adam.pawlak@gwsh.pl

Wybrane czynniki dobrostanu
psychicznego kobiet po 50. roku życia
*/ Selected subjective well-being factors in women
after 50*

Abstract

In this article the well-being is a sum of partial subjective satisfactions: satisfaction with life, satisfaction with sexual life, and mental health. Social activity and physical activity are playing important role in well-being in elderly. The aim of this article is to understand how those spheres of human activity are shaping subjective well-being in women after 50 and to reveal the mediating role of self-esteem.

The study revealed self-esteem as an important predictor of well-being in elderly women, as well as a predictor of social activity. Those results are discussed in sociometric theory. The social activity is shaping the well-being through the self-esteem as a mediator. The physical activity is a direct predictor of social activity and mental health. The satisfaction with sexual life allows to predict the satisfaction with life, whereas mental health doesn't. This effect can be explain by relatively good mental health that becomes 'invisible good'.

Key words: well-being; social activity; physical activity; self-esteem; satisfaction with life; mental health; satisfaction with sexual life

1. WPROWADZENIE

Starzejące się społeczeństwo to światowe wyzwanie, pociągające za sobą zmiany na poziomie społecznym i psychologicznym [WHO 2002]. Poszukuje się rozwiązań pozwalających budować „szczęśliwe starzenie się” (*successful aging*), jednak część z tych rozwiązań nie uwzględnia różnic płciowych [Foster i Walker 2014: 1-8]. Światowa Organizacja Zdrowia promuje obecnie model „aktywnego starzenia się” (*active aging*), oznaczający proces optymalizacji możliwości w zakresie zdrowia, uczestnictwa i bezpieczeństwa, w celu poprawy jakości życia w procesie starzenia się, podkreślając znaczenie aktywności społecznej i fizycznej [WHO 2002]. Mimo procesu starzenia się całego społeczeństwa, przewiduje się, że kobiety nadal będą żyły dłużej od mężczyzn, choć różnica będzie się stopniowo zmniejszać [Wojnicka 2005]. Istnieją różnice w zakresie ról społecznych pełnionych przez kobiety i mężczyzn [Mandal 2004] oraz w funkcjonowaniu poznawczym, emocjonalnym i neuroanatomicznym w procesie starzenia się [Gur, Gur 2002: 197-210], jednakże nie są one stałe, a poziom ich skomplikowania oraz wzajemnych zależności utrudnia zrozumienia problematyki płci i starzenia się [Kryspen-Exner, Lamplmayr i Felnhofer 2010: 539-548].

Szczególnie istotna wydaje się zatem analiza czynników kształtujących dobrostan psychiczny wśród kobiet dojrzałych i starszych, aby zrozumieć relacje pomiędzy nimi, i dzięki temu budować proces aktywnego starzenia się z uwzględnieniem różnic rodzajowych.

2. CZYNNIKI KSZTAŁTUJĄCE DOBROSTAN PSYCHICZNY

Dobrostan psychiczny może być określany poprzez subiektywny dobrostan, w rozumieniu ogólnego zadowolenia z życia i doświadczania różnych stanów emocjonalnych [Czapiński 2009: 1-38]. Podstawą tego założenia jest mieszcząca się w nurcie psychologii pozytywnej - cebulowa teoria szczęścia [Czapiński 1992, 2001: 266-306]. Zakłada ona trójpoziomą strukturę dobrostanu psychicznego: poziom woli życia, poziom ogólnego dobrostanu subiektywnego oraz najpłytszy – poziom satysfakcji cząstkowych. Miarami subiektywnego dobrostanu w tym artykule są: satysfakcja z życia, zadowolenie z życia seksualnego oraz ocena zdrowia psychicznego.

Dla dobrostanu psychicznego w starszym wieku istotna jest aktywność społeczna i aktywność fizyczna [Cohen et al. 2006:726-734, Chao 2015: 1-8]. W niniejszej pracy szukano relacji aktywności społecznej i fizycznej w oddziaływaniu na dobrostan psychiczny oraz znaczenia ogólnej samooceny w tym procesie.

Badania wskazują na związek satysfakcji z życia z wiekiem w trendzie o kształcie litery U, który jest najniższy pomiędzy 30-40 r.ż., a następnie wzrasta [Frey i Stutzer 2002; Easterline 2006: 463-482, Blanchflower i Oswald 2008: 1733-1749]. Zatem wyższy poziom satysfakcji z życia osiągnany jest w wieku starszym. Jednak niemieckie badania ukazują inną relację wieku i satysfakcji z życia. Poczucie satysfakcji z życia pozostaje relatywnie stałe w cyklu życia, a wyraźny spadek widoczny jest w grupie najstarszych osób powyżej 85 r.ż. [Gwozd i Sousa-Poza 2010: 325-

339]. Okazuje się, że poczucie satysfakcji z życia w kształcenie litery U występuje jedynie w anglojęzycznych, bogatych krajach [Deaton, 2007]. Należy też zwrócić uwagę, że zdrowe i pełne sukcesu starzenie się ma swoje granice i niezależnie od trendu U spada po 85. r.ż. [Baltes i Smith, 2003: 123-153].

Natomiast w Polsce wiek koreluje z poczuciem satysfakcji z życia negatywnie. Im jednostka jest starsza, tym bardziej zmniejsza się jej poziom zadowolenia [Czapiński 2009: 1-38]. Czynnikiem, które podwyższają satysfakcję z życia wśród osób starszych, są: posiadanie partnera życiowego, zamożność i wykształcenie. Płeć nie różnicuje poziomu satysfakcji z życia wśród Polek i Polaków [Czapiński 2009: 1-38]. Polskie kobiety powyżej 50 r.ż. są średnio i wysoce szczęśliwe [Jachimowicz i Kostka 2009: 27-32].

W wieku starszym role zawodowe i rodzicielskie zazwyczaj zostały już wypełnione, czego konsekwencją jest zwiększona ilość wolnego czasu oraz zmniejszona liczba interakcji społecznych. Uważa się zatem, że zwiększanie aktywności społecznej osób starszych prowadzi do poprawy zdrowia zarówno fizycznego, jak i mentalnego. Niemniej jednak analiza aktualnych badań wskazuje, że ta zależność nie jest jednoznaczna i bezpośrednia [Herzog, Ofstedal i Wheeler 2002: 593-609]. Badania przeprowadzone wśród 300 osób powyżej 65 r.ż. na przestrzeni roku, wykazały zmiany w jakości życia osób uczestniczących w zwiększonej aktywności społecznej (członkowie chóru) w perspektywie czasowej oraz w porównaniu z grupą kontrolną [Cohen et al. 2006:726-734]. Interesujące wydaje się jednak, że mimo tak pozytywnego wpływu aktywności społecznej, po upływie roku nie zanotowano istotnej różnicy w poziomie depresji pomiędzy grupą aktywną społeczną a grupą kontrolną. Może to wskazywać na niejednoznaczny wpływ aktywności społecznej na subiektywne zaburzenia afektywne.

Aktywność społeczna ma także znaczenie dla satysfakcji z życia. Badania przeprowadzone przez Katarzynę Popiołek i Agatę Chudzicką-Czupałą [2010: 362-374] wskazują, że osoby w wieku 60-80 lat stosują pozytywną reinterpretację, pozwalającą na optymistyczną percepcję swojej sytuacji, jeśli są bardziej aktywne społecznie. Istnieją także związki satysfakcji z życia seksualnego z satysfakcją z życia wśród starszych kobiet [Ochnik, Rosmus i Pawlak 2013: 282]

Istotne są także związki zdrowia psychicznego i satysfakcji z życia. Obiektywnie mierzone zdrowie nie wpływa istotnie na satysfakcję z życia, natomiast umiarkowany efekt na satysfakcję z życia można zauważyć w subiektywnej percepcji własnego zdrowia [Berg et al. 2006: 257-264, Borg, Hallberg i Blomquist 2006: 607-618].

Zaburzenia zdrowia psychicznego dotyczą 12-50% osób po 65. r.ż. Do najczęstszych należą: depresja, zaburzenia świadomości, otępienia i psychozy [Bilikiewicz 2009]. Z badań prowadzony w ramach programu SHARE, wynika, że Polacy po 50 r.ż. mają wyższy negatywny wskaźnik subiektywnego zdrowia psychicznego w porównaniu do innych krajów europejskich, objawiającego się stanami depresyjnymi, negatywnymi stanami emocjonalnymi, poczuciem smutku i utraty przyjemności.

Ponadto kobiety są bardziej narażone na zaburzenia afektywne w porównaniu do mężczyzn w tej samej grupie wiekowej.

Liczne badania wskazują, że to zjawisko można traktować jako efekt międzykulturowy [Finlay-Jones i Burvill 1977: 457-489, Cox et al. 1987, D'arcy 1982: 316-324, Siciliani et al. 1985: 821-826]. Okazuje się jednak, że ten efekt zanika, kiedy kontrolowane są zmienne społeczno-demograficzne [Finlay-Jones 1986: 304-313, Jenkins 1985: 1-53, O'Brien 1985: 16-18]. Z badań wynika, że kobiety częściej niż mężczyźni odczuwają depresję w zakresie czynności i wydarzeń związanych z dziećmi i prowadzeniem domu, a zatem ich ze stereotypową kobiecą rolą społeczną, która staje się zbyt dużym obciążeniem emocjonalnym. Biorąc pod uwagę inne sfery aktywności, kobiety nie są bardziej narażone na stany depresyjne niż mężczyźni [Nazroo, Edwards i Brown 1998: 312-330].

Aktywność fizyczna jest uznawana za kluczową dla dobrostanu psychicznego starszych osób. Wieloletnie badania w tym zakresie, stanowiące odpowiedź na zmiany demograficzne, doprowadziły do stworzenia koncepcji „aktywnego starzenia się”, znajdującego swoje odzwierciedlenie w polityce społecznej i programach prewencyjnych [Foster i Walker 2014, 83-90]. Regularna aktywność fizyczna wśród dorosłych jest związana z obniżeniem ryzyka wystąpienia objawów depresji oraz stanów lękowych, choć nie wiąże się istotnie z występowaniem zaburzeń psychotycznych i nadużywania substancji [Goodwin 2003: 698-703]. Z longitudinalnych badań nad starzeniem się wynika, że osoby ($N = 6780$) bardziej aktywne fizycznie mają m. in. lepszą subiektywną ocenę zdrowia, doświadczają więcej wsparcia społecznego od niespokrewnionych osób i mają większe poczucie kontroli nad swoim zdrowiem [Wolinsky, Stump i Clark 1995: 451-462]. Badanie przeprowadzone wśród osób powyżej 65.r.z., ukazuje spadek symptomów depresji po roku ćwiczeń, zarówno w grupie interwencyjnej, która aktywnie ćwiczyła, jak i grupie kontrolnej, wskazując jednak na istotne różnice na korzyść mężczyzn i osób po 75 r.z. w grupie aktywnej fizycznie [Sjösten, Vahlberg i Kivelä 2008: 504-510]. Analiza wyników 461 publikacji ukazujących związku aktywności fizycznej i objawów depresji, jakości życia i samooceny, potwierdzają pozytywny wpływ ćwiczeń fizycznych [Park, Han i Kang 2014:219-226].

Interesująca wydaje się być także relacja pomiędzy aktywnością społeczną i fizyczną oraz ich wpływ na zdrowie psychiczne. Shiau-Fang Chao [2014] w oparciu o badania z udziałem 2660 osób starszych na przestrzeni 12 lat, dowodzi, że połączenie aktywności społecznej, fizycznej i intelektualnej, oddziałuje znaczenie silniej niż poszczególne aktywności osobno. Zwraca także uwagę, że wzmocniona aktywność społeczna, może zredukować negatywny wpływ zredukowanej aktywności fizycznej na symptomy depresji. Należałoby zatem wyjaśniać wpływ aktywności fizycznej i społecznej na zdrowie psychiczne poprzez ich wzajemne relacje.

Rola aktywności społecznej oraz poczucia wspólnoty społecznej jest kluczowa dla zredukowania zaburzeń afektywnych, takich jak depresja oraz jednocześnie pełni rolę pośredniczącą pomiędzy aktywnością fizyczną a redukcją nasilenia sympto-

mów depresji [Chao 2015: 1-8]. Oznacza to, że aktywność fizyczna oddziałuje na zdrowie psychiczne poprzez aktywność społeczną.

Zrozumienie relacji pomiędzy zdrowiem a subiektywnym dobrostanem psychicznym oraz ich predyktorami, stanowi wyzwanie dla badaczy o dużym znaczeniu społecznym [Smith 2001: 461-477].

3. PROBLEM BADAWCZY

Celem badania jest odkrycie relacji pomiędzy predyktorami dobrostanu psychicznego wśród kobiet po 50 r. ż. Dobrostan psychiczny, zgodnie z teorią cebulową szczęścia [Czapiński 1992, 2001: 266-306, 2004], rozumiany jest jako sumą częściowych satysfakcji i subiektywnej oceny satysfakcji z życia, zadowolenia z życia seksualnego i zdrowia psychicznego. Wybrane predyktory kształtujące dobrostan psychiczny, to: aktywność fizyczna, aktywność społeczna i ogólna samoocena.

4. ZMIENNE I NARZĘDZIA BADAWCZE

1. ZABURZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Do pomiaru zdrowia psychicznego wykorzystano Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia Goldberga GHQ-28 [1972] w polskiej adaptacji [Makowska i Mercz 2001: 191-264]. GHQ jest miarą czystego stanu – w jakim stopniu respondent odczuwa różnicę pomiędzy stanem aktualnym, a tym, jaki jest on zazwyczaj [Goldberg i Williams 2001: 1-190]. Kwestionariusz składający się 28 pozycji na skali 4-stopniowej, pozwala osobie wypełniającej na subiektywną ocenę:

- symptomów somatycznych,
- niepokoju i bezsensowności,
- zaburzeń funkcjonowania i
- symptomów depresji.

Wraz ze wzrostem punktów w kwestionariuszu, wzrasta prawdopodobieństwo zostanie uznana za chorą na podstawie niezależnego wywiadu psychiatrycznego. Wynik punktów jest wstępną, pośrednią informacją o pozycji, jaką zajmuje na hipotetycznym wymiarze choroby. W badaniu brano pod uwagę wynik ogólny dla czterech podskal.

2. SATYSFAKCJA Z ŻYCIA

Do pomiaru satysfakcji z życia rozumianej jako wynik porównywania własnej sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami i kluczowy czynnik samopoczucia, wykorzystano Skalę Satysfakcji z Życia SWLS [Diener et al. 1985].

3. ZADOWOLENIE Z ŻYCIA SEKSUALNEGO

Subiektywna ogólna ocena życia seksualnego została zbadana pytaniem na skali 5-stopniowej. Wymiar ten nie jest związany z aktywnością seksualną per se, ale z poznawczo-emocjonalną uogólnioną oceną satysfakcji z życia seksualnego.

4. OGÓLNA SAMOOCENA

Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI [O'Brien i Epstein 1986] w polskiej adaptacji Diany Fecenec [2008]. Skala ogólnej samooceny jest odrębną skalą i składa się z 10 pytań, wobec których osoba badana ustosunkowuje się na skali 5-punktowej. Ogólna samoocena jest najbardziej podstawowym i ogólnym wskaźnikiem wartościujących odczuć człowieka wobec samego siebie – tworzących nadrzędny poziom opisu własnej osoby.

5. AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Aktywność fizyczna jest rozumiana jako samoocena częstotliwości podejmowanej aktywności fizycznej w okresie ostatniego tygodnia. Uczestniczki oceniały swoją aktywność fizyczną na skali 10-stopniowej. Jako przykłady aktywności fizycznej podano: bieganie, jazdę na nartach, pływanie, jazdę na rowerze, fitness, gimnastykę i nordic walking.

6. AKTYWNOŚĆ SPOŁECZNA

Przyjęto definicję aktywności społecznej ukierunkowanej na interakcje społeczne, a nie przynależność do sformalizowanych organizacji. Uczestniczki oceniały swoją aktywność społeczną na skali 10-stopniowej. Jako przykłady aktywności społecznej podano: spotkania z rodziną, spotkania z przyjaciółmi, wyjścia do kina i teatru, zwiedzanie muzeów i wystaw w towarzystwie, spacerzy z bliskimi osobami, zabawy taneczne i wyjazdy z najbliższymi.

5. CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY

W badaniu wzięły udział 143 kobiety powyżej 50. roku życia. Zastosowano dobór celowy, włączając do badania osoby aktywne społecznie będące członkiniami Klubu Seniora, aktywne fizycznie uczęszczające na zajęcia fitness. Dodatkowo zastosowano dobór metodą kuli śnieżnej, aby dotrzeć do bardziej zróżnicowanej grupy. Kluczowym kryterium doboru był wiek powyżej 50 r.ż.

Wiek uczestniczek badania mieści się w przedziale 51a 90 lat. W grupie kobiet dojrzałych (51-60 lat) znalazło się 36% uczestniczek ($N = 51$), starszych kobiet (61-70 lat) najlicniejsza grupa 52% uczestniczek ($N = 75$), a wśród grupy kobiet najstarszych (71-90) – 12% uczestniczek ($N = 17$). Średnia wieku to 62 lata. Ponad połowa uczestniczek to mężatki (55%, $N = 79$), co trzecia uczestniczka jest wdową (35%, $N = 50$), a najmniej liczne grupy to kobiety rozwiedzione (7%, $N = 10$) i panny (3%, $N = 4$).

Statystyki opisowe ukazują grupę badanych kobiet w zakresie zdrowia psychicznego jako osiągającą przeciętne wyniki. Najlicniejsza grupa (43%, $N = 61$) osiąga przeciętne nasilenie zaburzeń zdrowia psychicznego, co trzecia kobieta osiąga wynik niski oznaczający zdrowie psychiczne (35%, $N = 50$), a jedynie co piąta uczestniczka wynik wysoki (22%, $N = 32$) interpretowany jako zagrożenie wysokim nasileniem zaburzeń zdrowia psychicznego.

Poziom satysfakcji z życia badanej grupy można określić jako przeciętny. Wysoką satysfakcję z życia deklaruje 34% badanych ($N = 49$), przeciętną 31% ($N = 44$), a niską 35% ($N = 50$).

Średnia aktywność społeczna w grupie kobiet, na skali 10-punktowej, wynosi 5,19. Ponad połowa badanych kobiet deklaruje aktywność społeczną o przeciętnej częstotliwości (66%, $N = 94$), o wysokiej 18% ($N = 26$), a niskiej 16% ($N = 23$). Rozkład aktywności fizycznej jest zbliżony. Największa grupa kobiet deklaruje przeciętny poziom aktywności fizycznej (73%, $N = 104$), a zdecydowanie mniejsza grupa poziom wysoki (13%, $N = 19$), i niski (14%, $N = 20$).

6. WYNIKI

Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu SPSS 21. Dokonano analizy rozkładów zmiennych oraz korelacji, na podstawie których przeprowadzono szereg analiz regresji liniowej metodą krokową poszczególnych zmiennych, które zaprezentowano poniżej.

1. ZABURZENIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Analiza regresji liniowej wyłoniła istotny model predykcji zaburzeń zdrowia w dwóch krokach ($F_{2,140} = 8,79$; $p < 0,001$). Predyktory wyjaśniają łącznie 10% ($R^2=0,10$) zmiennej zależnej. Istotny wpływ mają predyktory:

- Ogólna samoocena ($\beta = -0,24$; $t = -3,02$; $p = 0,003$),
- Aktywność fizyczna w ostatnim tygodniu ($\beta = -0,21$; $t = -2,67$; $p = 0,009$).

2. SATYSFAKCJA Z ŻYCIA

Analiza regresji liniowej wyłoniła istotny model predykcji satysfakcji z życia w dwóch krokach ($F_{2,140} = 25,25$; $p < 0,001$). Predyktory wyjaśniają łącznie 25% ($R^2 = 0,25$) zmiennej zależnej. Istotny wpływ mają predyktory:

- Zadowolenie z życia seksualnego ($\beta = 0,35$; $t = 4,78$; $p < 0,001$),
- Ogólna samoocena ($\beta = 0,33$; $t = 4,53$; $p < 0,001$).

3. ZADOWOLENIE Z ŻYCIA SEKSUALNEGO

Analiza regresji liniowej wyłoniła istotny model predykcji zadowolenia z życia seksualnego ($F_{2,140} = 26,35$; $p < 0,001$). Predyktory wyjaśniają łącznie 15% ($R^2=0,15$) zmiennej zależnej. Istotny wpływ ma predyktor:

- Satysfakcja z życia ($\beta = 0,40$; $t = 5,13$; $p < 0,001$).

4. OGÓLNA SAMOOCENA

Analiza regresji liniowej wyłoniła istotny model predykcji ogólnej samooceny w trzech krokach ($F_{3,139} = 20,36$; $p < 0,001$). Predyktory wyjaśniają łącznie 21% ($R^2 = 0,21$) zmiennej zależnej. Istotny wpływ mają predyktory:

- Satisfakcja z życia ($\beta = 0,30$; $t = 3,90$; $p < 0,001$),
- Aktywność społeczna ($\beta = 0,24$; $t = 3,18$; $p = 0,002$),
- Zaburzenia zdrowia ($\beta = -0,18$; $t = -2,45$; $p = 0,016$).

5. AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA W OSTATNIM TYGODNIU

Analiza regresji liniowej wyłoniła istotny model predykcji aktywności fizycznej w ostatnim tygodniu w dwóch krokach ($F_{2,140} = 17,15$; $p < 0,001$). Predyktory wyjaśniają łącznie 23% ($R^2=0,23$) zmiennej zależnej. Istotny wpływ mają predyktory:

- Aktywność społeczna ($\beta = 0,38$; $t = 4,99$; $p < 0,001$),
- Zaburzenia zdrowia psychicznego ($\beta = -0,24$; $t = -3,13$; $p = 0,002$).

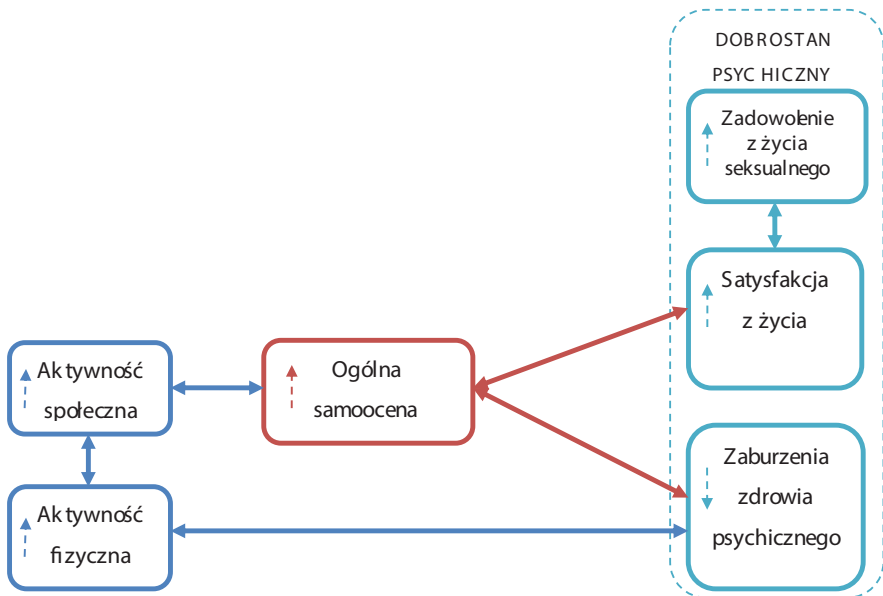
6. AKTYWNOŚĆ SPOŁECZNA

Analiza regresji liniowej wyłoniła istotny model predykcji aktywności społecznej w dwóch krokach ($F_{2,140} = 17,84$; $p < 0,001$). Predyktory wyjaśniają łącznie 19% ($R^2=0,19$) zmiennej zależnej. Istotny wpływ mają predyktory:

- Aktywność fizyczna w ostatnim tygodniu ($\beta = 0,35$; $t = 4,69$; $p < 0,001$),
- Ogólna samoocena ($\beta = 0,25$; $t = 3,31$; $p = 0,001$).

Przeprowadzone analizy regresji pozwoliły zbudować model pozwalający wstępnie wyjaśnić wzajemne relacje predyktorów w kształtowaniu się dobrostanu psychicznego wśród kobiet po 50 r.ż. [Rys.1.]

Rysunek 1. Model predykcji dobrostanu psychicznego w oparciu o cząstkowe analizy regresji



7. WNIOSKI

Analiza ustalonego modelu predykcji dobrostanu psychicznego kobiet po 50. roku życia, pozwala na postawienie wniosków.

1. Ogólna samoocena pełni rolę pośredniczącą pomiędzy aktywnością społeczną a satysfakcją z życia i zdrowiem psychicznym. Zgodnie z nurtem psychometrycznym [Baumeister i Tice, 1990], wysoka samoocena reguluje lęk przed społeczną alienacją i odrzuceniem, co wyjaśnia częstsze wchodzenie w interakcje społeczne osób z wyższą samooceną oraz podnoszenie samooceny wśród osób aktywnych społecznie. Jednocześnie samoocena może pełnić funkcję w rozwijaniu kontroli nad otoczeniem [Leary i Baumeister, 2000]. Zatem kobiety o większej aktywności społecznej, dzięki podwyższeniu poziomu samooceny, mogą rozwijać swoje poczucie kontroli, prowadzące do większej satysfakcji z życia.
2. Ogólna samoocena jest zmienną pośredniczącą pomiędzy satysfakcją z życia a zdrowiem psychicznym. Zatem niskie nasilenie zaburzeń zdrowia psychicznego pozwala przewidywać wysoką ogólną samoocenę, która z kolei pozwala wnioskować o wysokiej satysfakcji z życia.
3. Mimo istotnych związków zdrowia psychicznego i satysfakcji z życia [Ochnik, Rosmus i Pawlak 2012: 294-295], badania ukazały brak możliwości wzajemnych predykcji tych zmiennych. Jedynie 22% uczestniczek badania osiąga wyniki wysokie w zakresie zaburzeń zdrowia. Zatem relatywnie dobry stan zdrowia staje się „niewidocznym dobrem”, co może zmniejszać jego znaczenie dla satysfakcji z życia.
4. Zadowolenie z życia seksualnego jest istotną składową satysfakcji z życia wśród dojrzałych, starszych i najstarszych kobiet. Podkreśla to znaczenie akceptacji swojego życia seksualnego oraz wagę seksualności w wieku starszym kobiet.
5. Aktywność społeczna i fizyczna są istotnymi predyktorami zdrowia dobrostanu psychicznego kobiet po 50 r.ż., ale ich działanie jest odmienne.
 - Aktywność fizyczna pozwala bezpośrednio przewidywać poziom zdrowia psychicznego, i jest to wzajemna relacja, jednak na satysfakcję z życia oddziałuje poprzez pośrednictwo aktywności społecznej i ogólnej samooceny.
 - Wyższa aktywność społeczna pozwala przewidywać wyższą aktywność fizyczną, i jest to dwustronna relacja.
 - Aktywność społeczna nie jest bezpośrednim predyktorem dobrostanu psychicznego, ale oddziałuje poprzez ogólną samoocenę.
 - Aktywność fizyczna oddziałuje na satysfakcję z życia poprzez aktywność społeczną.

Proponowany model zwraca uwagę na wzajemne zależności predyktorów dobrostanu psychicznego oraz zwrotne działanie dobrostanu psychicznego na ogólną samoocenę. Przeprowadzona analiza podkreśla wzajemne oddziaływanie badanych czynników. Jednocześnie w przejrzysty sposób ukazuje mediacyjną rolę samooceny.

ny, która poprzez regulację lęku przed odrzuceniem społecznym oraz wzmacnianie poczucia kontroli, kształtuje dobrostan psychiczny kobiet po 50. roku życia.

LITERATURA

1. Baltes, M.M., Smith, J., New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young to the dilemma of the fourth age, „Gerontology” nr 49, 2003, s. 123-153.
2. Baumeister, R. F., Tice, D.M., Anxiety and social exclusion, „Journal of Social and Clinical Psychology” nr 9, 1990, s.165-195.
3. Berg, A.I., Hassing, L.B., McClearn, G.E. , Johansson, B., What matters for life satisfaction in the oldest? „ Aging & Mental Health” nr 10(3), 2006, s. 257-264.
4. Bilikiewicz, A., Psychiatria, Warszawa 2009.
5. Blanchflower, D.G., Oswald, A.J., Is well-being U-shaped over the life cycle? „Social Science & Medicine” nr 66, 2008, s.1733-1749.
6. Borg, C., Hallberg, I.R., Blomquist, K., Life satisfaction among older people [65+] with reduces self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects, „Journal of Clinical Nursing” nr 15, 2006, 607-618.
7. Chao, S.F., Changes in leisure activities and dimensions of depressive symptoms in later life: a 12-year follow-up, Gerontologist nr 1, 2014. PMID:24986219
8. Chao, S.F., Outdoor activities and depressive symptoms in displaced older adults following natural disaster: community cohesion as mediator and moderator, „Aging & Mental Health” nr 18, 2015, s. 1-8.
9. Cohen, G.D., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly, J., Firth, K.M., Simmens, S., The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults, „The Gerontologist” nr 46(6), 2006, s. 726-734.
10. Cox, B., Blaxter, M., Buckle, A., Fenner, N.P., Golding, J., Gore, M., Huppert, F., Nickson, J., Roth, M., Stark, J., Wadsworth, Wichelow, M., The health and life style survey, Cambridge 1987.
11. Czapiński, J., Dobrostan psychiczny i społeczny Polaków wieku 50 i więcej lat na tle wybranych społeczeństw europejskich, Centre for Economic Analysis Research Note, 2009, s. 1-38.
12. Czapiński, J., Osobowość szczęśliwego człowieka, w: red. J. Czapiński, Psychologia Pozytywna, Warszawa 2004.
13. Czapiński, J., Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej, Warszawa 1992.
14. Czapiński, J., Szczęście – złudzenie czy konieczność? Cebulowa teoria szczęścia w świetle nowych danych empirycznych, w: Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice z społecznej psychologii osobowości, red. M. Kofta, T. Szutrowa, Warszawa 2001.
15. D’arcy, C., Prevalence and correlates of nonpsychotic psychiatric symptoms in the general population, „Canadian Journal of Psychiatry” nr 27, 1982, s.316-324.
16. Deaton, A. Income, aging, health and well-being around the world: evidence from the Gallup World Poll, NBER Working paper 13317, 2007.
17. Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., Griffin, S., The Satisfaction With Life Scale, „Journal of Personality Assessment” nr 49, 1985, s.71-74.
18. Easterline, R., Life cycle happiness and its sources: intersections of psychology, economics, and demography, „Journal of Economic Psychology” nr 27, 2006, s. 463-482.
19. Fecenec, D., Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI. Polska adaptacja. Podręcznik, Warszawa 2008.
20. Finlay-Jones, R., Factors in the teaching environment associated with severe psychological distress among school teachers, „ Australian and New Zealand Journal of Psychiatry” nr 20, 1986, s. 304-313.
21. Finlay-Jones, RA., Burvill, P.W., The prevalence of minor psychiatric morbidity in the community, „Psychological Medicine” nr 7, 1977, s. 457-489.

22. Foster, L., Walker, A., Active and successful aging: A European policy perspective, „Gerontologist” nr 55(1), 2014, s. 83-90.
23. Frey, B.S., Stutzer, A., Happiness and economics, Princeton & Oxford 2002.
24. Goldberg, D.P., The detection of psychiatric illness by questionnaire: a technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness. Monograph No 12, London 1972.
25. Goldberg, D., Williams, P., Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28, Przeł. D. Merez, Łódź 2001.
26. Goodwin, R.D., Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States, „Preventive Medicine” nr 36, 2003, s. 698-703.
27. Gur, R.E., Gur, R.C., Gender differences in aging: cognition, emotions, and neuroimaging studies, „Dialogues Clinical Neuroscience” nr 4(2), 2002, s.197-210.
28. Gwozd, W., Sousa-Poza, A., Ageing, health and life satisfaction of the oldest old: An analysis for Germany, „Social Indicators Research” nr 97(3), 2010, s. 325-339.
29. Herzog, A.R., Ofstedal, M.B., Wheeler, L.M., Social engagement and its relationship to health, „Clinics in Geriatric Medicine” nr 18(3), 2002, s. 593-609.
30. Jachimowicz, V., Kostka, T., Satysfakcja z życia starszych kobiet, „Ginekologia Praktyczna” nr 3, 2009, s. 27-32.
31. Jenkins, R., Sex differences in minor psychiatric morbidity, „Psychological Medicine Monograph Supplement” nr 7, 1985, s. 1-53.
32. Kryspin-Exner, I., Lamplmayr, E., Felnhofer, A., Geropsychology: The gender gap in human aging - A mini-review, „Gerontology” nr 57, 2010, s. 539-548.
33. Leary, M.R., Baumeister, R.F., The nature and function of self-esteem: Sociometer theory, „Advances in Experimental Social Psychology” nr 32, 2000, s. 1-62.
34. Makowska, Z., Merez, D., Polska adaptacja kwestionariuszy Ogólnego Stanu Zdrowia Davida Goldberga: GHQ-12 i GHQ-28, w: D. Goldberg, P. Williams, Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28, Przeł. D. Merez, Łódź 2001.
35. Mandal, E., Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią, wyd. II, Katowice 2004.
36. Nazroo, Y.J., Edwards, A.C., Brown, G.W., Gender differences in the prevalence of depression: artefact, alternative disorders, biology , or roles? „Sociology of Health & Illness” nr 20(3), 1998, s. 312-330.
37. O'Brien, E. J., Epstein, S., The Multidimensional Self-Esteem Inventory [MSEI]: Professional manual, Odessa, FL 1988.
38. O'Brien, L.S., Psychiatric morbidity in a military general practice, „Journal of the Royal Army medical Corps” nr 131, 1985, s. 16-18.
39. Ochnik, D., Rosmus, R., Pawlak, A., The self-esteem, sexual life satisfaction and physic and social activity among elderly women, 27th Conference of the European Health Psychology Society, Bordeaux, France, Special Issue: Abstracts Supplement: Well-being, Quality of Life and Caregiving, „Psychology &Health” nr 28(S1), 2013, s. 282
40. Ochnik, D., Rosmus, R., Pawlak, A., The life quality determinants among elderly women. 26th Conference of the EHPS: Resilience and Health, The European Health Psychology Society (EHPS), „Psychology & Health” nr 27(S1), 2012, s. 294-295.
41. Park, S.H., Han, K.S., Kang, C.B., Effects of exercise programs on depressive symptoms, quality of life and self-esteem in older people: A systematic review of randomized controlled trials, „Applied Nursing Research” nr 27(5), 2014, s. 219-226.
42. Popiołek, K., Chudzicka – Czupała, A., Percepcja czasu a transgresja i aktywność ludzi starszych, w: red. K. Popiołek, A. Chudzicka – Czupała, Czas w życiu człowieka, Katowice 2010.

43. Siciliani, O., Bellantuono, C., Williams, P., Tansella, M., Self-reported use of psychotropic drugs and alcohol abuse in South Verona, „Psychological Medicine” nr 75, 1985, s. 821-826.
44. Smith, J., Well-being and health from age 70 to 100. Findings from the Berlin Aging Study, „European Review” nr 9, 4, 2001, s. 461-477.
45. Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., Jopp, D., Health and well-being in the young old and the oldest old, „Journal of Social Issues” nr 58, 4, 2002, s. 715-732.
46. Sjösten, N.M., Vahlberg, T., Kivelä, S.L., The effects of multifactorial fall prevention on depressive symptoms among the aged at increased risk of falling, „International Journal of Geriatric Psychiatry” nr 23(5), 2008, s. 504-510.
47. WHO, Active ageing: A policy framework, Geneva 2002.
48. Wolinsky, F.D., Stump, T.E., Clark, D.O., Antecedents and consequences of physical activity and exercise among older adults, „Gerontologist” nr 35, 1995, s. 451-462.