

STAROŚĆ

JAK JĄ WIDZI
PSYCHOLOGIA

SIŁA UMYSŁU
W STAROŚCI

Redakcja
Maria Kielar-Turska

Wydawnictwo Naukowe
Akademii Ignatianum w Krakowie

Kraków 2019

Paweł Brudek, Stanisława Steuden

Institut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Institute of Psychology, John Paul II Catholic University of Lublin

Grzegorz Ciuła

Wydział Teologiczny, Uniwersytet Śląski w Katowicach
Faculty of Theology, University of Silesia in Katowice

Tomasz Korulczyk

Institut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
Institute of Psychology, John Paul II Catholic University of Lublin
e-mail: brudekp@gmail.com

SUBIEKTYWNA OCENA
STANU ZDROWIA A WYMIARY
PSYCHOSPOŁECZNEGO
FUNKCJONOWANIA OSÓB
W OKRESIE WCZESNEJ I PÓŻNEJ
DOROSŁOŚCI. PERSPEKTYWA
TEORII GEROTRASCENDENCJI
LARSA TORNSTAMA

SUBJECTIVE HEALTH ASSESSMENT
AND THE DIMENSIONS OF
PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING IN
EARLY AND LATE ADULTHOOD. THE
PERSPECTIVE OF LARS TORNHAM'S
GEROTRASCENDENCE THEORY

Abstract

A subjective assessment of health is considered to be one of the key factors that determine one's sense of meaning in life, wisdom and social support, both in the early and late adulthood. At the same time, scientists emphasize that age is a variable that moderates the influence of health assessment on selected subjective variables. Thus, the main objective of the research in question was to check whether and to what extent a subjective assessment of health condition affects the personal profile of meaning, wisdom and social support of people in the early and late adulthood. In order to fulfil that objective, a research was carried out in which 562 people took part (286 women and 276 men). Some of them were in the period of early adulthood (20–40 years old) and others were in their late adulthood (60–75 years old). In the research project three psychological methods were used: (1) the Questionnaire of the *Personal Meaning Profile* (PMP); (2) *Three-dimensional Wisdom Scale* (3D-WS), (3) *Berlin Social Support Scales* (BSSS). The analyses that were carried out revealed a series of important relations. A subjective assessment of health significantly influences only the sense of meaning of life and wisdom, and such influence is only noticeable in the group of the elder respondents.

Keywords: gerotranscendence, health assessment, sense of meaning, wisdom, social support

Słowa kluczowe: gerotranscendencja, ocena stanu zdrowia, poczucie sensu, mądrość, wsparcie społeczne

TEORETYCZNE PODSTAWY BADAŃ

Jednym z czynników, który posiada kluczowe znaczenie dla jakości życia jednostki w różnych obszarach jej funkcjonowania – osobowościowym, społecznym, duchowym – jest stan zdrowia, czy ściślej subiektywna jego ocena (*health assessment*) (Paniagua, Yamada 2013; Friedman, Kern 2014; Cierpiałkowska, Sęk 2016a; 2016b/). Podejmując zagadnienie stanu zdrowia i jego uwarunkowań w perspektywie rozwojowej, należy podkreślić, że „(...) w okresie dorosłości zachodzą wspólne, nieuniknione zmiany fizyczne, zwykle określane mianem starzenia się” (Bee 2004: 403). W opinii Stanisławy Steuden (2012: 32) proces fizjologicznego starzenia się nierozzerwalnie „(...) łączy się z obniżeniem

sprawności w zakresie różnych funkcji i narządów”, co z kolei pociąga za sobą szereg zmian w zakresie poznawczego funkcjonowania jednostki (por. Kielar-Turska 2007; Byczewska, Kielar-Turska 2011; Kielar-Turska, Świątek 2011; Schaie, Willis 2011; Straś-Romanowska 2011; Steuden 2016). W rezultacie wraz ze starzeniem się organizmu obserwujemy stopniową utratę zdrowia. Zadaniem Helen Bee (2004: 402) obecny w literaturze psychologicznej podział okresu dorosłości na trzy etapy (wczesna, średnia, późna dorosłość) odzwierciedla między innymi fakt, iż „(...) maksimum możliwości fizycznego i poznawczego funkcjonowania, obserwowane od dwudziestego roku życia, zaczyna wyraźnie, w sposób dający się zauważyć, opadać w wieku czterdziestu lub pięćdziesięciu lat. Prowadzi to nie tylko do zwiększenia zachorowalności i niepełności, ale również do wzrostu świadomości postępującej utraty zdolności fizycznych w wieku czterdziestu lat”.

W odniesieniu do powyższego można przyjąć, że z momentem wejścia w okres wczesnej dorosłości (*early adulthood*) ciało człowieka, pod względem witalności, reprezentuje najwyższą formę. Oznacza to, że organizm młodego dorosłego „(...) jest silniejszy, szybszy, elastyczniejszy, ma większe możliwości regeneracyjne oraz adaptacyjne, a ponadto jest efektywny immunologicznie, przede wszystkim wobec chorób przewlekłych” (Ziółkowska 2005: 437). Jednak wraz z upływem lat – w okresie późnej dorosłości (*late adulthood*) – kondycja zdrowotna jednostki ulega wyraźnemu pogorszeniu. Warto zauważyć, że „(...) początek procesu starzenia się ma miejsce dość wcześnie – dochodzi do zaburzeń, które zewnętrznie są mało zauważalne. Zmiany cieleśne, a także obniżenie sprawności organizmu uwydatnia się na przełomie piątej i szóstej dekady życia. (...) u wielu osób obok zmian związanych ze starzeniem się występują zmiany związane z różnymi chorobami somatycznymi. W efekcie ich wzajemnego nakładania się starzenie się przyjmuje charakter patologiczny, a jego tempo może być szybsze” (Steuden 2012: 35; por. Schluter i in. 2016; White i in. 2016). Badacze podkreślają, że zmiany w obszarze zdrowia ujawniające się wraz z wiekiem oraz sposób ich oceny wyraźnie oddziałują na psychospołeczne funkcjonowanie jednostki (Idler, Yael 1997; Baltes, Mayer 2001; Arthur i in. 2002; Lazarus, Lazarus 2006; Schaie, Willis 2011; White i in. 2016; Brudek i in. 2017).

W prezentowanym projekcie badawczym podstawą do wyłonienia zmiennych podmiotowych, mogących się w sposób istotny wiązać z oceną

zdrowia zarówno w okresie wczesnej (od 20 do 40 lat), jak i późnej (od 60 do 75 lat) dorosłości, stała się jedna z teorii pozytywnego starzenia się – teoria gerotranscendencji (*gerotranscendence theory*), autorstwa Larsa Tornstama (1989, 2005, 2011). Gerotranscendencja to – zdaniem Tornstama (2005: 60) – proces rozwojowy polegający na „(...) zmianie meta-perspektywy, spostrzegania materialnego i racjonalnego na postrzeganie bardziej kosmiczne i transcendentne, skutkujące zazwyczaj zwiększeniem satysfakcji z życia”. W ramach tego procesu osoba doświadcza szeregu zmian w obszarze psychospołecznego funkcjonowania, a zmiany te uwiadaczają się na trzech poziomach: kosmicznym (*cosmic dimension*), osobowościowym (*Self*) oraz społecznym (*social and personal relationships*). Ich przejawem jest redefinicja własnego *Ja*, posiadanych relacji z innymi oraz podstawowych egzystencjalnych problemów (Tornstam 2011; por. Braam i in. 2006; Steuden 2011; Brudek 2016, 2017; Brudek i in. 2017). Odwołując się do głównych założeń przywołanej teorii oraz doniesień z literatury dotyczącej rozwoju człowieka w biegu życia, wśród czynników podmiotowych, mogących się istotnie wiązać z oceną zdrowia dokonywaną przez osoby w okresie wczesnej i późnej dorosłości, wyróżniono: poczucie sensu życia (poziom kosmiczny), mądrość (poziom osobowościowy) i wsparcie społeczne (poziom relacyjny).

Na poziomie kosmicznym transformacje związane z procesem gerotranscendencji wyrażają się m.in. głębszym rozumieniem egzystencjalnych zagadnień dotyczących sensu życia (Tornstam 2005, 2011). Osoba, dokonując refleksji nad swym dotychczasowym życiem, poszukuje prawdziwych i trwałych źródeł jego sensu (Lazarus, Lazarus 2006; Oleś 2012; Steuden 2012). W obliczu obniżania się sprawności organizmu, niejednokrotnie dochodzi do redefinicji źródeł poczucia sensu życia. Subiektywna ocena stanu własnego zdrowia pozwala na przewartościowanie dotychczasowych egzystencjalnych priorytetów (zob. Lau i in. 1986; Kahn 1995; Wong 2000; Porter 2010). W rezultacie życie zaczyna być w coraz większym stopniu postrzegane jako dar (zob. Wong 1989, 1998, 2010, 2014; Oleś 2015) warty trudów i poświęceń (zob. Jacobsen 2007; Popielski 2008; Frankl 2009). Dodatkowo rozwijanie takiego nastawienia do życia okazuje się cennym sposobem przekraczania osobistych strat oraz ważnym predyktorem zdrowia i jakości życia (Wong 1989; Borg i in. 2006; Makai i in. 2014; Steptoe i in. 2015).

Zdaniem Tornstama (2005, 2011), zmiany wynikające z procesu gerotranscendencji obserwowane na poziomie *Self* odnajdują naturalne zwieńczenie w osiągnięciu przez osobę nowej jakości rozwojowej w postaci mądrości (por. Ardel 1997, 2000, 2004, 2005, 2011; Straś-Romanowska 2011; Zając-Lamparska 2011; Steuden 2014, 2016). Choć wśród badaczy istnieje zgoda, co do tego, że wiek nie jest wystarczającym czynnikiem ujawnienia się mądrości, to jednak zarówno w potocznych opiniach, jak i w świetle niektórych wyników badań ostatni etap życia człowieka słusznie kojarzony jest właśnie z mądrością (Clayton, Birren 1980; Sternberg 1986; Adams 1991; Baltes 1993; Ardel 1997; Florczyk i in. 2016; Steuden, Brudek, Florczyk 2016).

Biorąc pod uwagę historię badań nad mądrością (Kunzmann, Baltes 2005) i wiele propozycji jej ujęcia w koncepcyjne ramy (Birren, Svensson 2005; Osbeck, Robinson 2005; Brugman 2006; Staudinger 2008; Yang 2008; Meeks, Jeste 2009; Bangen i in. 2013), warto zwrócić uwagę na opracowania Moniki Ardel (1997, 2000, 2003, 2011). Mądrość jawi się tutaj jako konstrukt złożony, stanowiący kombinację trzech głównych wymiarów: poznawczego (*cognitive*), refleksyjnego (*reflective*) oraz afektywnego (*compassion*), przy czym ten ostatni wiąże się z dążeniem do wzmacniania dobrostanu oraz przekraczania tendencji egocentrycznych, a także związany jest z obecnością pozytywnych emocji oraz życzliwości względem innych osób (Ardel 2003: 278; por. Steuden, Brudek, Izdebski 2016; Brudek i in. 2017). Zrealizowane dotychczas projekty badawcze dotyczące mądrości przekonują, że mądrość wzrastająca wraz z wiekiem istotnie wiąże się z subiektywnym zadowoleniem z życia (*subjective well-being*) (Ardel 1997, 2003; Le, 2011; Etezadi, Pushkar 2013; Grossmann i in. 2013; Ardel, Jeste 2016). Umożliwia ona bowiem dokonanie realistycznej, całościowej i pogłębionej oceny własnej osoby i swego życia bez skupiania się na tym, co niedoskonałe czy bezpowrotnie utracone, a ze zwróceniem się ku temu, co jeszcze pozostało i co udało się w życiu osiągnąć (Steuden 2011; Brudek, Steuden 2016; Steuden, Brudek, Izdebski 2016). Owocuje to bardziej pozytywną oceną stanu swego zdrowia fizycznego i psychicznego (Ardel 1997, 2003, 2011, 2016; Brudek 2014), a ponadto tak rozumiana mądrość stanowi cenny zasób w radzeniu sobie ze stresem starości, którego głównym źródłem są wspomniane uwidaczniające i nasilające się wraz z wiekiem różnorodne straty (Baltes, Baltes 1990; Baltes 1993; Straś-Romanowska 2011; Brudek i in. 2017).

Z drugiej jednak strony owe ujawniające się z wiekiem straty, między innymi w obszarze zdrowia, mogą się przyczyniać do wzrostu mądrości (por. Ardel 2011; Ardel, Jeste 2016; Owens i in. 2016).

Na poziomie relacyjnym pozytywną rolę dla funkcjonowania seniorów w różnych obszarach życia, także w obszarze zdrowia fizycznego i psychicznego, ujawnia, co potwierdzają liczne badania, wsparcie społeczne (zob. Okabayashi i in. 2004; Chen i in. 2014; Gilles i in. 2015; Minagawa, Saito 2015; Bélanger i in. 2016). Poszukiwanie efektywnych źródeł wsparcia (Sęk, Cieślak 2012) okazuje się tym potrzebniejsze, że wraz z wiekiem nasila się liczba zdarzeń stresowych (zob. Brzezińska 2005; Lazarus, Lazarus 2006), związanych chociażby z negatywnym bilansem życia, doświadczeniem samotności czy kumulacją strat (Lang i in. 2002; Oleś 2012; Brudek, Steuden 2016; Brudek i in. 2017). W związku z tym, seniorzy dojrzewający ku gerotranscendencji dokonują redefinicji posiadanych więzi z innymi; w wyniku tego wśród osób starszych następuje wyraźny spadek zainteresowania powierzchownymi relacjami towarzyskimi na rzecz podtrzymywania tych więzi, które uznają za ważne dla siebie (Tornstam 2005, 2011). Te właśnie więzi stają się podstawą do uzyskania efektywnego wsparcia, a w rezultacie pozwalają na utrzymanie dobrego stanu zdrowia i jego pozytywną ocenę (Su, Ferraro 1997; Melchiorre i in. 2013; Steptoe i in. 2013; Fredriksen-Goldsen i in. 2014; Krause 2016). Jednocześnie pogarszająca się wraz ze wzrostem liczby lat kondycja zdrowotna jednostki skłania do poszukiwania efektywnych źródeł wsparcia (Steuden 2012, 2016).

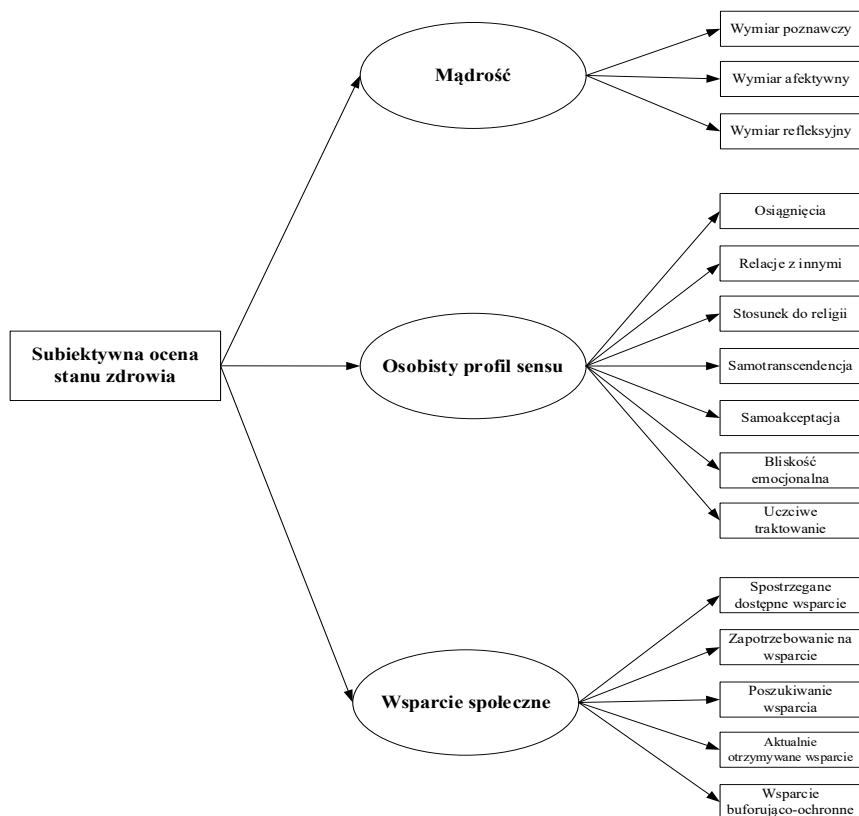
Z punktu widzenia prezentowanego projektu badawczego należy odnotować, że normatywne dojrzewanie ku gerotranscendencji rozpoczyna się po okresie wczesnej dorosłości i trwa do końca życia człowieka. Jednocześnie podkreśla się, że proces ten może zostać zahamowany lub przyspieszony. Tornstam (2005: 39–40) stwierdza wprost:

Proces zmierzający ku gerotranscendencji może być np. przyspieszony przez życiowy kryzys, po którym jednostka dokonuje całkowitej przebudowy swojego metaświata, zamiast rezygnować z poprzedniego. Ta przyspieszona restrukturyzacja metaświata została opisana w wielu przypadkach, gdy młodzi ludzie stają w obliczu śmierci w związku z chorobą śmiertelną. (...) Zakłada się, że proces zmierzający ku gerotranscendencji również może być utrudniony. Na przykład jest bardzo

prawdopodobne, że niektóre elementy naszej kultury hamują ten proces. (...) Jeśli jednak przyjmiemy założenie, że proces zmierzający ku gerotranscendencji może być zarówno utrudniony, jak i przyspieszony, znajdziemy w konsekwencji wiele różnych stopni gerotranscendencji.

Mając to na uwadze oraz uwzględniając zaprezentowany wyżej aktualny stan wiedzy z zakresu analizowanej problematyki, głównym celem niniejszego projektu uczyniono odpowiedź na następujące pytanie badawcze: W jakim stopniu subiektywna ocena stanu zdrowia oddziałuje na osobisty profil sensu, mądrość i wsparcie społeczne w okresie wczesnej i późnej dorosłości?

W celu zbadania związków zachodzących między oceną stanu zdrowia a wybranymi zmiennymi podmiotowymi (osobistym profilem sensu, mądrością, wsparciem społecznym) w okresie wczesnej i późnej dorosłości ustalono model badawczy, którego graficzną prezentację umieszczono na rysunku 1.



Rysunek 1. Przyjęty teoretyczny model zależności między subiektywną oceną stanu zdrowia a zmiennymi podmiotowymi w okresie wczesnej i późnej dorosłości.

METODA

Osoby badane

W przeprowadzonych badaniach wzięły udział 562 osoby (286 kobiet i 276 mężczyzn). W badanej próbie wyodrębniono dwie grupy wiekowe: wczesną ($n = 202$) i późną dorosłość ($n = 360$). W grupie osób w okresie wczesnej dorosłości średnia wieku uzyskała wartość $M = 34,29$ ($SD = 4,84$), z kolei w grupie osób w okresie późnej

dorosłości wyniosła ona $M = 65.66$ ($SD = 5.05$). Badania zrealizowano między innymi w takich miastach Polski, jak: Augustów, Gdańsk, Gliwice, Kraków, Lublin, Opole, Ostrołęka, Słupsk, Warszawa. Wśród osób we wczesnej dorosłości najliczniejszą grupę stanowili mieszkańcy wsi (33,2%) oraz dużych miast liczących ponad 100 tysięcy mieszkańców (31,2%). Natomiast spośród seniorów największa liczba badanych (nie wiele ponad 60%) zamieszkiwała duże (ponad 100 tys.) i średnie miasta (od 50 do 100 tys.). Badani różnili się między sobą także stopniem posiadanego wykształcenia. W obu analizowanych grupach wiekowych najliczniej reprezentowane były osoby ze średnim i wyższym wykształceniem (ponad 30%). Wszystkie badane osoby pozostawały w związku małżeńskim. Pod względem subiektywnej oceny stanu własnego zdrowia zarówno młodszy (61,4%), jak i starsi (52,5%) respondenci w zdecydowanej większości oceniali swój stan zdrowia jako dobry.

NARZĘDZIA BADAWCZE

Dla scharakteryzowania sensu życia badanych osób zastosowano *Kwestionariusz Osobistego Profilu Sensu (Personal Meaning Profile)* autorstwa Paula T.P. Wonga (1998) w polskim tłumaczeniu Dariusza Kroka (2009). Narzędzie to pozwala na określenie możliwych źródeł i przyczyn sensownego życia jednostki. Kwestionariusz zbudowany jest z 57 twierdzeń tworzących siedem głównych wymiarów: (1) Osiągnięcia (*Achievement*); (2) Relacje z innymi (*Relationship*); (3) Stosunek do religii (*Religion*); (4) Samotranscendencja (*Self-transcendence*); (5) Samoakceptacja (*Self-acceptance*); (6) Bliskość emocjonalna (*Intimacy*); (7) Uczciwe traktowanie (*Fairtreatment or perceived justice*). Uzyskane w poszczególnych podskalach wyniki mogą zostać zsumowane, co umożliwi oszacowanie wyniku ogólnego określającego globalne poczucie sensu życia. Skala odznacza się zadowalającymi wskaźnikami psychometrycznymi. Wskaźniki rzetelności α -Cronbacha dla poszczególnych podskal wersji polskiej przyjmują wartości mieszczące się w przedziale od $\alpha = 0,65$ do $\alpha = 0,91$.

W celu oszacowania poziomu i struktury mądrości badanych osób posłużono się *Trzywymiarową Skalą Mądrości (Three-Dimensional Wisdom Scale)* – 3D-WS, autorstwa Moniki Ardel (2003) w polskiej

adaptacji Stanisławy Steuden, Pawła Brudka i Pawła Izdebskiego (2016). Narzędzie to składa się z 39 pozycji tworzących trzy główne wymiary: (1) Poznawczy (*Cognition dimension*); (2) Refleksyjny (*Reflection dimension*) oraz (3) *Afektywny* (*Compassion dimension*). Sumując punkty za itemy należące do poszczególnych wymiarów, uzyskuje się wyniki surowe dla każdego z komponentów mądrości. Ogólny wynik uzyskuje się przez zliczenie średniej wszystkich trzech wymiarów mądrości. Oryginalna skala 3D-WS charakteryzuje się dobrymi wskaźnikami psychometrycznymi. Wskaźnik rzetelności α -Cronbacha dla poszczególnych wymiarów waha się w przedziale między $\alpha = 0,71$ a $\alpha = 0,85$. Ponadto narzędzie pozytywnie koreluje ze wskaźnikami dobrego przystosowania a negatywnie – nieadaptacji, co wskazuje na jego trafność (Ardelt 2003). Zgodność wewnątrzna (α -Cronbacha) dla całej polskiej wersji skali wynosi $\alpha = 0,84$, zaś dla poszczególnych wymiarów zawiera się w przedziale od $\alpha = 0,64$ do $\alpha = 0,77$ (Steuden, Brudek, Izdebski 2016).

Dla oszacowania specyfiki wsparcia społecznego badanych osób wykorzystano *Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego* (*Berlin Social Support Scales*) – BSSS, autorstwa Ute Schulz oraz Ralfa Schwarzera (2003). Jest to metoda służąca do pomiaru poznawczych i behawioralnych aspektów wsparcia społecznego. Narzędzie to zbudowane jest z 38 pozycji, które wchodzi w skład pięciu głównych skal pozwalających określić rodzaj i poziom wsparcia społecznego: (1) Postrzegane wsparcie (*Perceived social support*), (2) Otrzymywane wsparcie (*Received social support*), (3) Zapotrzebowanie na wsparcie (*Need for support*), (4) Poszukiwanie wsparcia (*Support seeking*), Wsparcie buforujące (*Protective buffering*). Suma punktów uzyskanych w ramach poszczególnych skal odzwierciedla poziom wyszczególnionych wyżej typów wsparcia. Narzędzie może być stosowane do badania zarówno osób chorych, jak i zdrowych. Metoda odznacza się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. Wskaźniki rzetelności oryginalnej (niemieckiej) wersji skali (α -Cronbacha) dla poszczególnych wymiarów można uznać za satysfakcjonujące – plasują się na poziomie od 0,63 do 0,85. W prezentowanym projekcie użyto *Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego* (BSSS) w polskim tłumaczeniu i adaptacji Aleksandry Łuszczynskiej, Moniki Kowalskiej, Magdy Mazurkiewicz oraz Ralfa Schwarzera (2006). Wartości współczynnika rzetelności (α -Cronbacha) polskiej wersji BSSS były satysfakcjonujące i wahały się w granicach od 0,74 do 0,90.

W celu uzyskania charakterystyk demograficznych oraz subiektywnej oceny zdrowia badanych osób zastosowano opracowany specjalnie na użytek prezentowanych badań *Arkusz Osobowy*. Arkusz zawierał 9 pytań. Wśród nich znajdowały się pytania o takie zmienne demograficzne, jak wiek, płeć, staż małżeński, miejsce zamieszkania, posiadane wykształcenie, ilość posiadanych dzieci oraz subiektywną ocenę stanu zdrowia. Przy pytaniu o subiektywną ocenę stanu zdrowia badani proszeni byli o wskazanie jednej z pięciu odpowiedzi: bardzo zły, zły, trudno powiedzieć, dobry, bardzo dobry.

WYNIKI BADAŃ

Zebraany materiał empiryczny został poddany analizie statystycznej, w wyniku której uzyskano zaprezentowane poniżej rezultaty. W celu zbadania „wpływu” subiektywnej oceny stanu zdrowia na osobisty profil sensu, mądrość i wsparcie społeczne osób w okresie wczesnej i późnej dorosłości zdecydowano się na zastosowanie techniki modelowania równań strukturalnych SEM (*Structural Equation Modeling*) przy użyciu pakietu statystycznego AMOS 22.0.

W pierwszej kolejności dokonano oszacowania modelu teoretycznego oddziaływania oceny stanu zdrowia na wyodrębnione zmienne podmiotowe w dwóch podgrupach wyróżnionych ze względu na wiek. Modelowanie w podgrupach daje możliwość uzyskania informacji, jak dobrze postulowany model teoretyczny jest powielany w każdej z analizowanych grup, oraz oszacowania parametrów dla każdej grupy oddzielenie (Bedyńska, Książek 2012). Dzięki temu można porównać rolę poszczególnych parametrów w próbie osób w okresie wczesnej oraz późnej dorosłości.

Aby zweryfikować trafność postulowanego teoretycznego modelu wpływu oceny stanu zdrowia na wybrane zmienne podmiotowe, przeprowadzono analizy confirmacyjne dla trzech modeli. Pierwszy model (rys. 1) odzwierciedla postulowaną sieć oddziaływania oceny stanu zdrowia na poczucie sensu, mądrość i wsparcie społeczne osób w okresie wczesnej i późnej dorosłości. Wskaźniki dopasowania tego modelu osiągnęły wartości wskazujące na mierne dopasowanie do danych (por. Sagan 2003; Januszewski 2011; Bedyńska, Książek 2012), co pozwala przypuszczać, że nie oddaje on w adekwatny sposób zakładanych zależności (tab. 1).

Podjmując próbę poprawy parametrów dopasowania modelu, zdecydowano się na sposób postępowania statystycznego, uwzględniający korelacje między błędami pomiaru (por. Łąguna i in. 2007; Pleśniak 2009). Dokonano zatem dwóch modyfikacji modelu na podstawie indeksów modyfikacji (*modification indices*), których wygenerowanie umożliwia program statystyczny AMOS¹. Jak ilustruje tabela 1, dopasowanie modelu poprawia się po uwzględnieniu kolejnych korelacji błędów.

Tabela 1. Podsumowania dla trzech modeli

Modele	χ^2	df	p	CMIN/df	RMSEA	PCLOSE	GFI	CFI	TLI
Model 1	1018,85	198	0,001	5,15	0,086	0,001	0,80	0,83	0,80
Model 2	910,22	196	0,001	4,64	0,081	0,001	0,83	0,85	0,82
Model 3	863,74	194	0,001	4,45	0,079	0,001	0,84	0,86	0,83

W modelu 2 uwzględniono korelację błędów pomiaru dla *Postrzeżanego wsparcia* i *Aktualnie otrzymywanego wsparcia*. Uzasadnieniem dla wprowadzenia tej kowariancji do modelu może być fakt, że zarówno ocena dostępności pomocy ze strony innych osób, jak i spostrzegana pomoc udzielana przez innych odnosi się z reguły do tych samych źródeł wsparcia (zob. Schulz, Schwarzer 2003). W rezultacie dokonanej modyfikacji wskaźniki dopasowania nieco się poprawiły. Wciąż jednak nie można w sposób jednoznaczny uznać, że model jest dobrze dopasowany.

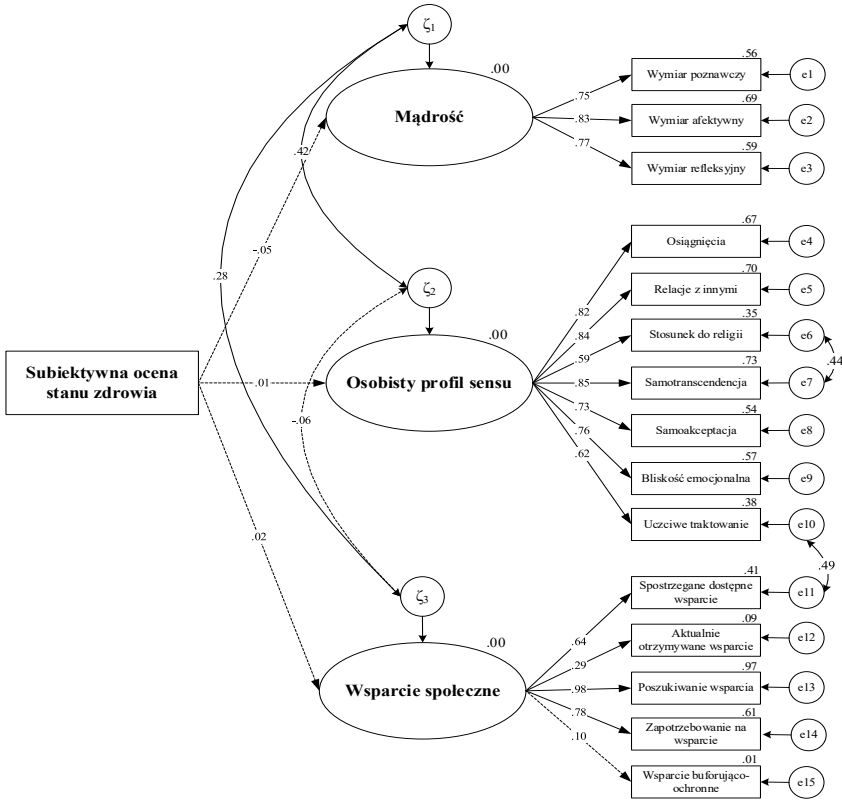
W następnym kroku (model 3) wzięto pod uwagę kolejną korelację błędów, tym razem pochodzących z pomiaru wymiarów poczucia sensu życia, takich jak *Stosunek do religii* oraz *Samotranscendencja*. Analiza treściowa itemów wchodzących w skład tych wymiarów, jak również doniesienia z badań dotyczących religijności i sensu życia (Emmons 2005; Krok 2009, 2015; Galek i in. 2015) sugerują, że religijność, czy szerszej wymiar duchowy, stanowi czynnik motywujący do podejmowania aktywności ukierunkowanej na tworzenie lepszej rzeczywistości, poszukiwanie i pielęgnowanie wartości oraz odkrywanie poczucia koherencji

¹ Zgodnie z sugestią Bedyńskiej i Książek (2012: 192) parametry wprowadzono po jednym na raz, zaczynając od tych z najwyższymi wartościami indeksów modyfikacji.

i spójności w życiu (por. Kozielecki 1991, 1998; Tornstam 2005, 2011; Szewczyk 2014). Tak zmodyfikowany model ujawnia dostateczne dopasowanie z punktu widzenia ogólnych miar dopasowania (por. Bedyńska, Książek 2012).

Parametry dopasowania modelu osiągnęły akceptowalną dobroć dopasowania (tabela 1). Oznacza to, że zarówno w próbie młodszych, jak i starszych respondentów struktura zależności między zmiennymi (postać modelu) była podobna, jednak wartości poszczególnych parametrów w analizowanych próbach mogą się od siebie różnić, podobnie jak współczynniki korelacji wielokrotnej zmiennych endogenicznych (zależnych) (por. Kwiatkowska i in. 2014).

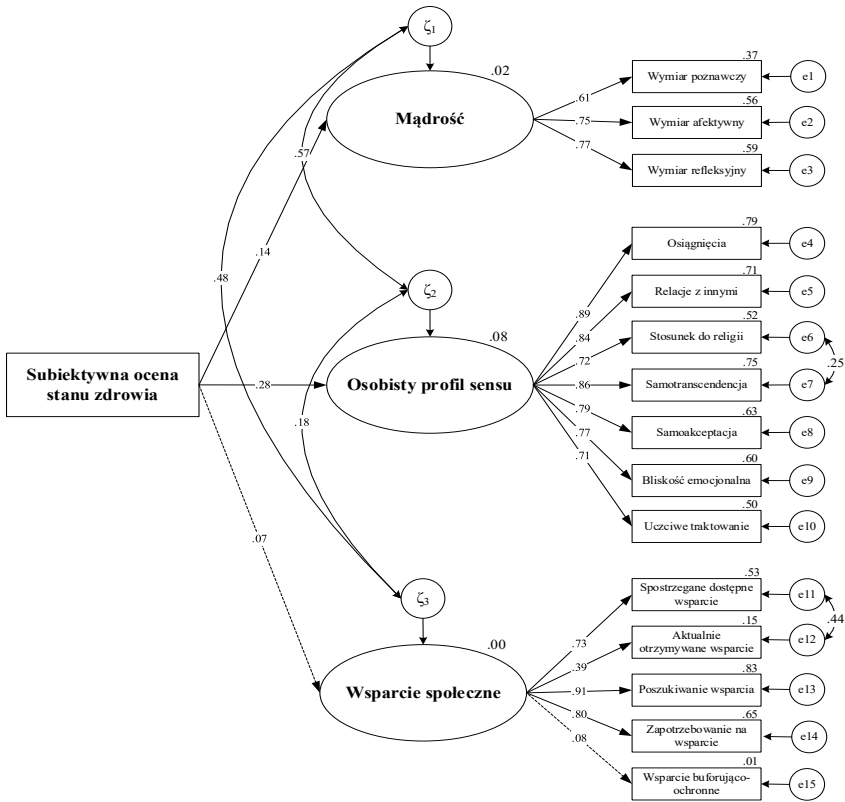
W przypadku młodszych dorosłych subiektywna ocena zdrowia stanowi czynnik niemający wpływu na zmienność wyników w obszarze poczucia sensu, mądrości i wsparcia społecznego. W testowanym modelu ocena zdrowia nie wpływa w sposób istotny na żadną z analizowanych zmiennych endogenicznych. Oznacza to, że ewaluacja własnego stanu zdrowia nie przekłada się na wzrost lub spadek poczucia sensu życia, mądrości czy wsparcia społecznego. Testowany model prezentuje rysunek 2.



Rysunek 2. Model ścieżkowy (przyczynowy) badania wpływu subiektywnej oceny stanu zdrowia na poczucie sensu życia, mądrość i wsparcie społeczne osób w okresie wczesnej dorosłości ($n = 202$; współczynniki standaryzowane)².

W odniesieniu do grupy seniorów testowany model wyjaśnia 2% zmienności w obszarze osobistego profilu sensu oraz 8% w zakresie mądrości. Subiektywna ocena stanu zdrowia nie przyczynia się natomiast do wyjaśnienia zmienności wyników w przypadku wsparcia społecznego (0%). Efekty bezpośrednie wpływu oceny zdrowia na poczucie sensu i mądrość można prognozować następująco: silniejsze oddziaływanie sposobu ewaluacji własnego zdrowia odnotowujemy w obszarze mądrości ($\lambda = 0,28$; $p \leq 0,001$) natomiast o połowę słabsze w zakresie osobistego profilu sensu ($\lambda = 0,14$; $p \leq 0,05$). Testowany model zaprezentowano na rysunku 3.

² Linia przerywaną zaznaczono ścieżki wpływu, które okazały się statystycznie nieistotne ($p > 0,05$).



Rysunek 3. Model ścieżkowy (przyczynowy) badania wpływu subiektywnej oceny stanu zdrowia na poczucie sensu życia, mądrość i wsparcie społeczne osób w okresie późnej dorosłości (n = 360; współczynniki standaryzowane).

DYSKUSJA WYNIKÓW

Celem prezentowanych w niniejszym rozdziale badań była analiza wpływu subiektywnej oceny stanu zdrowia na osobisty profil sensu, mądrość oraz wsparcie społeczne w okresie wczesnej i późnej dorosłości. Główne pytanie badawcze dotyczyło tego, w jakim stopniu subiektywna ocena stanu zdrowia oddziałuje na osobisty profil sensu, mądrość i wsparcie społeczne młodych dorosłych i seniorów.

Wpływ subiektywnej oceny zdrowia na osobisty profil sensu okazał się statystycznie istotny jedynie w odniesieniu do osób w okresie późnej dorosłości. Uzyskany wzorec wyników w znacznym stopniu pozostaje zgodny

z oczekiwaniami. W literaturze psychologicznej podkreśla się bowiem, że okres późnej dorosłości przynosi ze sobą szereg dojmujących strat, także w obszarze zdrowia fizycznego i psychicznego (Baltes, Baltes 1990; Ryff 1995; Baltes, Mayer 2001; English, Carstensen 2015; Reed, Carstensen 2015; Kielar-Turska 2007). Straty te posiadają istotne znaczenie dla funkcjonowania seniorów (Lazarus, Lazarus 2006; Steuden 2012). Niejednokrotnie stawiają przed koniecznością przededefiniowania życiowych celów i zamierzeń. To, co dotychczas było ważne, w obliczu ujawniającej się słabości organizmu musi zostać niejako zepchnięte na drugi plan (Almeida i in. 2011; Steuden 2016). W rezultacie przeobrażeniom ulega osobisty profil sensu (Wong 1989, 2013; Reker, Woo 2011; McDonald i in. 2012). O ile bowiem w okresie wczesnej dorosłości źródłem sensownego życia jest zdobycie wykształcenia i zawodu, założenie rodziny, rozwijanie kariery zawodowej czy wychowywanie dzieci (Gurba 2011), o tyle na progu starości na znaczeniu zyskują bliskie więzi, zwrócenie się ku innym, chęć pozostawienia po sobie śladu w łańcuchu pokoleń czy wartości transcendentne (Tornstam 2005, 2011; por. Brudek, Ciuła 2013; Brudek 2016, 2017; Brudek, Steuden 2016; Brudek i in. 2017).

W nawiązaniu do mądrości należy stwierdzić, że – podobnie jak wyżej – subiektywna ocena stanu własnego zdrowia w sposób statystycznie istotny wpływa na rzeczoną zmienną jedynie w przypadku osób reprezentujących późną dorosłość. Oznacza to, że w grupie seniorów wzrostowi subiektywnej oceny zdrowia (o jedno odchylenie standardowe) towarzyszy wzrost (o 0,14 odchylenia standardowego) mądrości.

Uzyskany wzorec wyników pozostaje spójny z doniesieniami z literatury. Zdaniem Ardelta (1997, 2003), człowiek odznaczający się mądrością ma świadomość pozytywnych i negatywnych aspektów dotyczących jego osoby, naturalnych ograniczeń w zakresie nagromadzonej wiedzy, jak również nieprzewidywalności i niepewności ludzkiego życia. Dodatkowo cechuje go posiadanie jasnej wizji rzeczywistości, dystansu wobec samego siebie oraz umiejętność interpretowania wydarzeń z różnych perspektyw (por. Ardel 2011; Ardel, Edwards 2016; Ardel, Jeste 2016). Osoby starsze charakteryzujące się mądrością posiadają więc konkretne predyspozycje, które umożliwiają adekwatną ocenę własnego zdrowia, jak również podjęcie konkretnych działań służących jego pielęgnacji (Brudek 2014; Owens i in. 2016; Steuden, Brudek, Izdebski 2016). Nie należy jednak zapominać, że nasilający się wraz z wiekiem normatywny proces

utruty sił witalnych, będący źródłem licznych trudności, może się przyczyniać do wzrostu dojrzałości osobowościowej, której ukoronowaniem jest mądrość (Tornstam 2005, 2011; Ardelit 2011; Steuden 2011; Oleś 2012; Quinodoz 2014; Ardelit, Jeste 2016; Owens i in. 2016).

W odniesieniu do oddziaływania subiektywnej oceny stanu swego zdrowia na wsparcie społeczne zarówno w przypadku wczesnej, jak i późnej dorosłości nie odnotowano statystycznie istotnych zależności. Wynik ten sugeruje, że ocena stanu zdrowia młodych dorosłych i seniorów nie wpływa na rodzaj poszukiwanej pomocy.

Dokonując interpretacji uzyskanych wyników w świetle literatury psychologicznej, wartościowe wydaje się odwołanie do wyników badań Tornstama (2005, 2011). Zdaniem tego badacza proces gerotranscendencji owocuje między innymi zwiększeniem świadomości własnego Ja, spadkiem egocentryzmu i otwarciem się na drugiego człowieka. Ponadto jednostka dojrzewająca ku gerotranscendencji zyskuje nowe umiejętności radzenia sobie ze stresem starości, których źródłem jest nie tyle to, co na zewnątrz, ale to co wewnątrz osoby – jej osobiste zasoby (por. Read in. 2014; Brudek 2016; Duan i in. 2016; Wong i in. 2016). Sytuacja pogarszającego się stanu zdrowia (i choroby) skłania zatem osoby w podeszłym wieku (u których uwidaczniają się gerotranscendentne transformacje) do szukania siły w sobie a nie w innych (Tornstam 2011; Weiss 2014; Chivukula i in. 2016). Fakt ten sugeruje nie tyle odcięcie się czy niedoceniecie przez seniorów proponowanych form wsparcia, ile pogłębiającą się wraz z wiekiem świadomość, że utrata siły witalnej stanowi integralny element życia (Tornstam 2005; Rajani 2015). W tym kontekście na znaczeniu zyskuje samodzielne (nie samotne!) uporanie się z dolegliwościami wieku i zmniejszenie do koniecznego minimum spektrum osób zaangażowanych w podtrzymywanie dobrego stanu zdrowia i radzenie sobie ze słabościami ciała i psychiki (Bee 2004; Tornstam 2011; Reed, Carstensen 2015). W przypadku młodych dorosłych brak istotności wpływu oceny stanu zdrowia na rodzaj zapotrzebowania na wsparcie można tłumaczyć tym, iż cieszą się oni z reguły bardzo dobrą kondycją zdrowotną (Ziółkowska 2005; Gurba 2011).

Zaprezentowany projekt badawczy, obok wartościowych poznawczo rezultatów, posiada także pewne ograniczenia. Po pierwsze, badania przeprowadzono w planie przekrojowym (*cross-sectional study*). Fakt ten uniemożliwia formułowanie wniosków wskazujących na przyczynowy

charakter zidentyfikowanych zależności. W przyszłości warto zatem rozważyć realizację dalszych prac badawczych dotyczących specyfiki oceny własnego zdrowia osób w okresie wczesnej i późnej dorosłości, opartych na badaniach podłużnych (*longitudinal study*).

Po drugie, badanej próby nie można uznać za reprezentatywną dla społeczeństwa polskiego. Chociaż na etapie przygotowywania projektu badawczego zadbano o zróżnicowanie respondentów w zakresie zmiennych socjodemograficznych, to jednak charakterystyka próby nie odzwierciedla pełnego rozkładu tych cech w polskiej populacji młodych dorosłych i osób starszych.

Po trzecie, analizy statystyczne oparte na technice modelowania równań strukturalnych (SEM), które wykorzystano w procesie opracowania danych, narzucają pewne ograniczenia co do wyciągania wniosków dotyczących ich rezultatów. Wprawdzie testowany w pracy model odznacza się satysfakcjonującymi wskaźnikami dopasowania, a kierunki ścieżek w nich zawartych są zgodne z pewną logiką oraz z założeniami teoretycznymi, jednak potwierdzają one jedynie istnienie pewnych związków, ale nie można z całą pewnością potwierdzić kierunku tych zależności (wpływu). Fakt ten jest niezwykle istotny przy interpretacji wyników badania. Implikuje on bowiem konieczność zachowania ostrożności w mówieniu o *wpływie* subiektywnej oceny stanu zdrowia na wyodrębnione zmienne podmiotowe (Kline 2015; por. Bedyńska, Książek 2012; Konarski 2014).

BIBLIOGRAFIA

- Adams C. (1991). Qualitative age differences in memory for text: a life-span developmental perspective. *Psychology and Aging*, 6(3), 323–336.
- Almeida D.M., Piazza J.R., Stawski R.S., Klein L.C. (2011). The speedometer of life: Stress, health and aging [w:] K.W. Schaie, S.L. Willis (red.), *The handbooks of aging consisting of three Vols. Handbook of the psychology of aging*, 191–206. San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Ardelt M. (1997). Wisdom and life satisfaction in old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 52(1), 15–27.
- Ardelt M. (2000). Intellectual versus wisdom-related knowledge: The case for a different kind of learning in the later years of life. *Educational Gerontology*, 26(8), 771–789.

- Ardelt M. (2003). Empirical Assessment of a Three Dimensional Wisdom Scale. *Research on Aging*, 25(3), 275–324.
- Ardelt M. (2004). Wisdom as expert knowledge system: A critical review of a contemporary operationalization of an ancient concept. *Human Development*, 47(5), 257–285.
- Ardelt M. (2005). How wise people cope with crises and obstacles in life. *ReVision: A Journal of Consciousness and Transformation*, 28(1), 7–19.
- Ardelt M. (2011). Wisdom, age, and well-being [w:] K.W. Schaie, S.L. Willis (red.), *Handbook of the Psychology of Aging*, 279–291. Amsterdam: Elsevier.
- Ardelt M. (2016). Disentangling the relations between wisdom and different types of well-being in old age: Findings from a short-term longitudinal study. *Journal of Happiness Studies*, 17(5), 1963–1984.
- Ardelt M., Edwards C.A. (2016). Wisdom at the end of life: An analysis of mediating and moderating relations between wisdom and subjective well-being. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(3), 502–513.
- Ardelt M., Jeste D.V. (2016). Wisdom and Hard Times: The Ameliorating Effect of Wisdom on the Negative Association Between Adverse Life Events and Well-Being. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 0(0), 1–10. doi:10.1093/geronb/gbw137.
- Arthur A.J., Jagger C., Lindesay J., Matthews R.J. (2002). Evaluating a mental health assessment for older people with depressive symptoms in general practice: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*, 52(476), 202–207.
- Baltes P.B. (1993). The aging mind: Potential and limits. *The Gerontologist*, 33(5), 580–594.
- Baltes P.B., Baltes M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*, 1, 1–34.
- Baltes P.B., Mayer K.U. (red.) (2001). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press.
- Bangen K.J., Meeks T.W., Jeste D.V. (2013). Defining and assessing wisdom: A review of the literature. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 21(12), 1254–1266.
- Bedyńska S., Książek M. (2012). *Statystyczny drogowskaz: praktyczny przewodnik wykorzystania modeli regresji oraz równań strukturalnych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Sedno.
- Bee H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Bélanger E., Ahmed T., Vafaei A., Curcio C.L., Phillips S.P., Zunzunegui M.V. (2016). Sources of social support associated with health and quality of life: across-sectional study among Canadian and Latin American older adults. *BMJ Open*, 6(6), 1–10.
- Birren J.E., Svensson C.M. (2005). Wisdom in history [w:] R.J. Sternberg, J. Jordan (red.), *A Handbook of Wisdom: Psychological Perspectives*, 3–31. Cambridge: Cambridge University Press.

- Borg C., Hallberg I.R., Blomqvist K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15(5), 607–618.
- Braam A.W., Bramsen I., van Tilburg T.G., van der Ploeg H.M., Deeg D.J. (2006). Cosmic Transcendence and Framework of Meaning in Life: Patterns Among Older Adults in the Netherlands. *Journal of Gerontology: Social Sciences B*, 61, 3, 121–128.
- Brudek P. (2014). *Mądrość życiowa a subiektywna ocena stanu własnego zdrowia osób starszych. Analiza badań własnych. Referat wygłoszony na „Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej Studentów i Doktorantów: Kierunki Przyrodnicze i Medyczne”*, Lublin.
- Brudek P. (2016). Larsa Tornstama teoria gerotranscendencji jako teoria pozytywnego starzenia się. *Psychologia Rozwojowa*, 4(21), 9–25.
- Brudek P. (2017). Protestantka Szwecja jako kolebka teorii gerotranscendencji Larsa Tornstama. Pochodzenie, ogólny zarys i krytyczna analiza koncepcji. *Studia Oecumenica*, 17, 419–438.
- Brudek P., Ciuła G. (2013). Hierarchia wartości a satysfakcja ze związku małżeńskiego u osób w okresie późnej dorosłości. *Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne*, 46(2), 368–382.
- Brudek P., Krok D., Telka E. (2017). The Health Assessment and the Dimensions of Positive Mental Functioning among Elderly People [w:] C. Carlson (red.), *Mental Health: Services, Assessment and Perspectives*, 25–48. New York: Nova Science Publishers.
- Brudek P., Steuden S. (2016). Stress Coping Styles, Self-Esteem and Hope for Success of People in Late Adulthood and of Different Specificity of Life Review. *Psychotherapy*, 1(176), 87–102
- Brugman G.M. (2006). *Wisdom and Aging*. Amsterdam: Elsevier.
- Brzezińska A. (red.). (2005). *Psychologiczne portrety człowieka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Byczewska K., Kielar-Turska M. (2011). Funkcje zarządzające u osób w wieku senioralnym o różnym poziomie potrzeb edukacyjnych. *Psychologia Rozwojowa*, 16(1), 85–99.
- Chen Y., Hicks A., White A.E. (2014). Loneliness and social support of older people in China: a systematic literature review. *Health social Care Community*, 22, 113–123.
- Chivukula U., Fernandes T., Agarwal A. (2016). Positive Psychology Interventions: Modifiers of Interpersonal Needs, Gerotranscendence, and Well-Being in Geriatrics. *Global Journal For Research Analysis*, 4(5), 419–422
- Cierpialkowska L., Sęk H. (2016a). Pojęcie normy, normalności i zdrowia [w:] L. Cierpialkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, 49–61. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cierpialkowska L., Sęk H. (2016b). Psychologia kliniczna i zdrowia a psychopatologia – wzajemne zależności. [w:] L. Cierpialkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, 63–80. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Clayton V.P., Birren J.E. (1980). The development of wisdom across the life-span: A reexamination of an ancient topic [w:] P.B. Baltes, O.G. Brim Jr (red.), *Life-span Development and Behavior*, 103–135. New York: Academic Press.
- Duan G.X., Wang K., Su Y.H., Tang S.Y., Jia H.L., Chen X.M., Xie H.H. (2016). Effects of Tai Chi on telomerase activity and gerotranscendence in middle aged and elderly adults in Chinese society. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(3), 235–241.
- Emmons R.A. (2005). Striving for the sacred: Personal goals, life meaning, and religion. *Journal of Social Issues*, 61(4), 731–745.
- English T., Carstensen L.L. (2015). Does positivity operate when the stakes are high? Health status and decision making among older adults. *Psychology and Aging*, 30(2), 348–355.
- Etezadi S., Pushkar D. (2013). Why are wise people happier? An explanatory model of wisdom and emotional well-being in older adults. *Journal of Happiness Studies*, 14, 929–950.
- Florczyk Ł., Brudek P., Steuden S. (2016). Mądrość jako przymiot starości. Perspektywa biblijna. *Forum Teologiczne*, 17, 55–71.
- Frankl V.E. (2009). *Człowiek w poszukiwaniu sensu*. Warszawa: Czarna Owca.
- Fredriksen-Goldsen K.I., Kim H.J., Shiu C., Goldsen J., Emler C.A. (2014). Successful aging among LGBT older adults: Physical and mental health-related quality of life by age group. *Gerontologist*, 55(1), 154–168.
- Friedman H.S., Kern M.L. (2014). Personality, well-being, and health. *Annual Review of Psychology*, 65(7), 19–42.
- Galek K., Flannelly K.J., Ellison C.G., Sifton N.R., Jankowski K.R. (2015). Religion, meaning and purpose, and mental health. *Psychology of Religion and Spirituality*, 7(1), 1–12.
- Gilles I., Clemence A., Courvoisier N., Sanchez S. (2015). Social Support, Social and Temporal Comparisons Protect Well-Being and Health between 45 and 70 Years Old in Four Urban Communities. *Journal of Aging Science*, 3(1), 1–9.
- Grossmann I., Na J., Varnum M.E., Kitayama S., Nisbett R.E. (2013). A route to well-being: Intelligence versus wise reasoning. *Journal of Experimental Psychology. General*, 142, 944–953.
- Gurba E. (2011). Wczesna dorosłość [w:] J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, 287–311. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hayward R.D., Krause N. (2013). Changes in church-based social support relationships during older adulthood. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(1), 85–96.
- Idler E.L., Yael B. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21–37.
- Jacobsen P.B. (2007). Screening for psychological distress in cancer patients: challenges and opportunities. *Journal of Clinical Oncology*, 25(29), 4526–4527.

- Januszewski A. (2011). Modele równań strukturalnych w metodologii badań psychologicznych. Problematyka przyczynowości w modelach strukturalnych i dopuszczalność modeli. *Studia z Psychologii w KUL*, 17, 213–245.
- Kahn R.L. (1995). *Successful Aging*. New York: Dell Publishing.
- Kielar-Turska M. (2007). Rozwój człowieka w pełnym cyklu życia [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. Podstawy psychologii*, 285–332. Gdańsk: GWP.
- Kielar-Turska M., Świątek A. (2011). Specyfika komunikowania się w wieku senioralnym [w:] A. Fabiś, M. Muszyński (red), *Spoleczne wymiary starzenia się*, 139–146. Bielsko-Biała: Stowarzyszenie Gerontologów Społecznych i Wyższa Szkoła Administracji.
- Klaassen D.W., McDonald M.J. (2002). Quest and identity development: Re-examining pathways for existential search. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 12(3), 189–200.
- Kline R.B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Konarski R. (2014). *Modele równań strukturalnych: teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kozielecki J. (1991). *Z Bogiem albo bez Boga*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kozielecki J. (1998). *Człowiek wielowymiarowy*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- Krause N. (2016). Assessing Age Differences in the Relationship Between Emotional Support and Health Among Older Mexican Americans. *Journal of Religion and Health*, 55(1), 325–340.
- Krok D. (2015). The role of meaning in life within the relations of religious coping and psychological well-being. *Journal of Religion and Health*, 54(6), 2292–2308.
- Krok D. (2016). Social support as a mediator of the relationship between the religious meaning system and psychological well-being in older adults [w:] C. Castillo (red.), *Social support: Gender differences, psychological importance and impacts on well-being*, 121–141. New York: NOVA Publications.
- Kunzmann U., Baltes P.B. (2005). The psychology of wisdom: Theoretical and empirical challenges [w:] R.J. Sternberg, J. Jordan (red.), *Handbook of Wisdom: Psychological Perspectives*, 110–135. New York: Cambridge University Press.
- Kwiatkowska A., Roszak J., Sikora R., Kuo B.C., Karpinskij K., Gushchina T., Gober G. (2014). Kultura a strategie radzenia sobie ze stresem. Badania międzykulturowe. *Psychologia Społeczna*, 1, 68–91.
- Lang F.R., Rieckmann N., Baltes M.M. (2002). Adapting to Aging Losses Do Resources Facilitate Strategies of Selection, Compensation, and Optimization in Everyday Functioning? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(6), 501–509.
- Lau R.R., Hartman K.A., Ware J.E. (1986). Health as a value: Methodological and theoretical considerations. *Health Psychology*, 5(1), 25–43.
- Lazarus R.S., Lazarus B.N. (2006). *Coping with Aging*. Oxford: University Press.

- Le T.N. (2011). Life satisfaction, openness value, self-transcendence, and wisdom. *Journal of Happiness Studies*, 12, 171–182.
- Łaguna M., Lachowicz-Tabaczek K., Dzwonkowska I. (2007). Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna*, 2(02), 164–176.
- Łuszczynska A., Kowalska M., Mazurkiewicz M., Schwarzer R. (2006). Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS): Wyniki wstępnych badań nad adaptacją skal i ich własnościami psychometrycznymi [The Berlin Social Support Scales (BSSS): Results of a preliminary study of scale adaptation and psychometric properties]. *Studia Psychologiczne*, 44(3), 17–27.
- Makai P., Brouwer W.B., Koopmanschap M.A., Stolk E.A., Nieboer A.P. (2014). Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: a systematic review. *Social Science & Medicine*, 102, 83–93.
- Mascaro N., Rosen D.H., Morey L.C. (2004). The development, construct validity, and clinical utility of the spiritual meaning scale. *Personality and Individual Differences*, 37(4), 845–860.
- McDonald M.J., Wong P.T., Gingras D.T. (2012). Meaning-in-life measures and development of a brief version of the Personal Meaning Profile [w:] P.T.P. Wong (red.), *The human quest for meaning: Theories, research, and applications*, 357–382. New York, NY: Routledge.
- Meeks T.W., Jeste D.V. (2009). Neurobiology of wisdom: A literature overview. *Archives of General Psychology*, 66(4), 355–365.
- Melchiorre M.G., Chiatti C., Lamura G., Torres-Gonzales F., Stankunas M., Lindert J., ... Soares J.F. (2013). Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PloSone*, 8(1), e54856.
- Minagawa Y., Saito Y. (2015). Active social participation and mortality risk among older people in Japan: results from a nationally representative sample. *Research on Aging*, 37(5), 481–499.
- Okabayashi H., Liang J., Krause N., Akiyama H., Sugisawa H. (2004). Mental health among older adults in Japan: do sources of social support and negative interaction make a difference? *Social Science and Medicine*, 59(11), 2259–2270.
- Oleś M. (2015). Święty Jan Paweł II – czyli o wartościach, słowach i świadectwie [w:] P. Oleś, M. Ledzińska (red.), *Był z nami. Psychologowie Janowi Pawłowi II*, 143–149. Warszawa: Difin.
- Oleś P. (2012). *Psychologia człowieka dorosłego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Orwoll L., Perlmutter M. (1990). The study of wise persons: Integrating a personality perspective [w:] R.J. Sternberg (red.), *Wisdom: Its nature, origins, and development*, 160–177. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Osbeck L.M., Robinson D.N. (2005). Philosophical theories of wisdom [w:] R.J. Sternberg, J. Jordan (red.), *A Handbook of Wisdom: Psychological Perspectives*, 61–83. Cambridge: Cambridge University Press.

- Owens J.E., Menard M., Plews-Ogan M., Calhoun L.G., Ardel M. (2016). Stories of growth and wisdom: A mixed-methods study of people living well with pain. *Global Advances in Health and Medicine*, 5(1), 16–28.
- Paniagua F.A., Yamada A.M. (red.) (2013). *Handbook of multicultural mental health: Assessment and treatment of diverse populations*. Academic Press.
- Pleśniak A. (2009). Wybór metody estymacji w budowie skali czynnikowej. *Wiadomości Statystyczne*, 11, 1–17.
- Popielski K. (2008). *Psychologia egzystencji. Wartości w życiu*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Porter M.E. (2010). What is value in health care?. *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481.
- Quinodoz D. (2014). *Starzenie się – przygoda życia, która trwa*. Warszawa: Oficyna Ingenium.
- Rajani F. (2015). Theory of Gerotranscendence: an Analysis. *European Psychiatry*, 30, 1467.
- Read S., Braam A.W., Lyra T.M., Deeg D.J. (2014). Do negative life events promote gerotranscendence in the second half of life? *Aging & Mental Health*, 18(1), 117–124.
- Reed A.E., Carstensen L.L. (2015). Age-Related Positivity Effect and Its Implications for Social and Health Gerontology. *Encyclopedia of Geropsychology*, 1–9.
- Reker G.T., Woo L.C. (2011). Personal meaning orientations and psychosocial adaptation in older adults. *SAGE Open*, 1(1), 2158244011405217.
- Rycroft-Malone J., Burton C.R., Williams L., Edwards S., Fisher D., Hall B., ... Williams R. (2016). Improving skills and care standards in the support workforce for older people: a realist synthesis of workforce development interventions. *Health Services and Delivery Research*, 4, 12.
- Ryff C.D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99–104.
- Sagan A. (2003). Model pomiarowy satysfakcji i lojalności. *StatSoft Polska*, 75–85.
- Schaie K.W., Willis S.L. (red.) (2011). *Handbook of the Psychology of Aging*. San Diego, CA: Academic Press.
- Schluter P.J., Ward C., Arnold E.P., Scrase R., Jamieson H.A. (2016). Urinary incontinence, but not fecal incontinence, is a risk factor for admission to aged residential care of older persons in New Zealand. *Neurourology & Urodynamics*. doi:10.1002/nau.23160.
- Schulz U., Schwarzer R. (2003). Social support in coping with illness: the Berlin Social Support Scales (BSSS). *Diagnostica*, 49(2), 73–82.
- Sęk H., Cieślak R. (red.) (2012). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Staudinger U.M. (2008). A psychology of wisdom: History and recent developments. *Research in Human Development*, 5, 107–120.
- Stephoe A., Deaton A., Stone A.A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640–648.

- Stephoe A., Shankar A., Demakakos P., Wardle J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797–5801.
- Sternberg R.J. (1986). Intelligence, wisdom, and creativity: Three is better than one. *Educational Psychologist*, 21(3), 175–190.
- Steuden S. (2011). Mądrość jako pozytywny aspekt starzenia się [w:] S. Steuden, M. Stanowska, K. Janowski (red.), *Starzenie się z godnością*, 71–82. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Steuden S. (2012). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Steuden S. (2014). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Steuden S. (2016). Psychologia kliniczna seniorów [w:] L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*, 555–573. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Steuden S., Brudek P., Florczyk Ł. (2016). Mądrość jako efekt pozytywnego starzenia się. Perspektywa psychologiczna. *Forum Teologiczne*, 17, 73–87.
- Steuden S., Brudek P., Izdebski P. (2016). Polish Adaptation of Monika Ardel't's Three-Dimensional Wisdom Scale (3D-WS). *Annals of Psychology*, 4(19), 767–789.
- Straś-Romanowska M. (2011). Późna dorosłość [w:] J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, 326–350. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Su Y.P., Ferraro K.F. (1997). Social relations and health assessments among older people: Do the effects of integration and social contributions vary cross-culturally? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(1), 27–36.
- Szewczyk W. (2014). Transgresja – czy człowiek potrafi siebie przekraczać? *Teologia i Moralność*, 9(16), 155–165.
- Tornstam L. (1989). Gerotranscendence: a metatheoretical reformulation of the disengagement theory. *Aging: Clinical and Experimental Research*, 1(1), 55–63.
- Tornstam L. (2005). *Gerotranscendence: A Developmental Theory of Positive Aging*. New York: Springer Publishing Company.
- Tornstam L. (2011). Maturing into Gerotranscendence. *The Journal of Trans Personal Psychology*, 43(2), 166–180.
- Weiss T. (2014). Personal transformation: Posttraumatic growth and gerotranscendence. *Journal of Humanistic Psychology*, 54(2), 203–226.
- White J., Kivimäki M., Jokela M., David Batty G. (2016). Association of Inflammation with Specific Symptoms of Depression in a General Population of Older People: The English Longitudinal Study of Ageing. *Brain, Behavior, and Immunity*, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2016.08.012>
- Wong G.H., Low J.A.Y., Yap P.L. (2016). Active Ageing to Gerotranscendence. *Annals Academy of Medicine*, 45(2), 41–43.
- Wong P.T. (red.) (2013). *The Human Quest for Meaning: Theories, Research, and Applications*. New York, London: Routledge.

- Wong P.T.P. (1989). Personal meaning and successful aging. *Canadian Psychology*, 30(3), 516–525.
- Wong P.T.P. (1998). Implicit theories of meaningful life and the development of the Personal Meaning Profile (PMP) [w:] P.T.P. Wong, P. Fry (red.), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*, 111–140. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Associates.
- Wong P.T.P. (2000). Meaning of life and meaning of death in successful aging [w] A. Tomer (red.), *Death attitudes and the older adult*, s. 23–35. New York, NY: Brunner/Mazel Publishers.
- Wong P.T.P. (2010). Spirituality and aging [w:] *Handbook on Aging*, 1–52. Canada: Canadian Academy of Senior Advisors (CASA).
- Wong P.T.P. (2014). Viktor Frankl's meaning seeking model and positive psychology [w:] A. Batthyany, P. Russo-Netzer (red.), *Meaning in existential and positive psychology*, 149–184. New York, NY: Springer.
- Yang S.Y. (2008). A process view of wisdom. *Journal of Adult Development*, 15(2), 62–75.
- Zajac-Lamparska L. (2011). Wspomaganie funkcjonowania ludzi starzejących się [w:] J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, 419–431. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ziółkowska B. (2005). Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał młodych dorosłych [w:] A. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*, 423–468. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.