

Rada Naukowa Uniwersytetu Opolskiego
ul. Katowicka 87A
45-060 Opole
za pośrednictwem:
Rady Doskonałości Naukowej
pl. Defilad 1
00-901 Warszawa
(Pałac Kultury i Nauki, p. XXIV, pok. 2401)

Katarzyna Skalacka
Instytut Psychologii
Uniwersytet Opolski
katarzyna.skalacka@uni.opole.pl

Wniosek

z dnia 01.12.2023r

o przeprowadzenie postępowania w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego
w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie psychologia¹

Określenie osiągnięcia naukowego będącego podstawą ubiegania się o nadanie stopnia
doktora habilitowanego: „Charakterystyka aktywności podejmowanych przez osoby
starsze i starzejące się wspierających ich wysokie poczucie jakości życia”

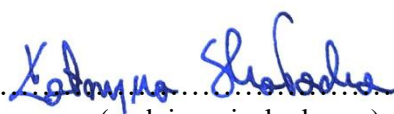
Wniosuję – na podstawie art. 221 ust. 10 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie
wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 zm.) – aby komisja habilitacyjna podejmowała
uchwałę w sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego w głosowaniu **jawnym***²

Zostałem poinformowany, że:

*Administratorem w odniesieniu do danych osobowych pozyskanych w ramach postępowania w
sprawie nadania stopnia doktora habilitowanego jest Przewodniczący Rady Doskonałości Naukowej
z siedzibą w Warszawie (pl. Defilad 1, XXIV piętro, 00-901 Warszawa).*

*Kontakt za pośrednictwem e-mail: kancelaria@rdn.gov.pl, tel. 22 656 60 98 lub w siedzibie organu.
Dane osobowe będą przetwarzane w oparciu o przesłankę wskazaną w art. 6 ust. 1 lit. c)
Rozporządzenia UE 2016/679 z dnia z dnia 27 kwietnia 2016 r. w związku z art. 220 - 221 oraz art.
232 – 240 ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, w celu
przeprowadzenie postępowania o nadanie stopnia doktora habilitowanego oraz realizacji praw i
obowiązków oraz środków odwoławczych przewidzianych w tym postępowaniu.*

*Szczegółowa informacja na temat przetwarzania danych osobowych w postępowaniu dostępna jest
na stronie www.rdn.gov.pl/klauzula-informacyjna-rodo.html*

.....

(podpis wnioskodawcy)

¹ Klasyfikacja dziedzin i dyscyplin wg. rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 20 września 2018 r. w sprawie dziedzin nauki i dyscyplin naukowych oraz dyscyplin w zakresie sztuki (Dz. U. z 2018 r. poz. 1818).

² * Niepotrzebne skreślić.

Załączniki:

1. Dane wnioskodawcy
2. Kopia dyplomu
3. Autoreferat
 - a. Zaświadczenia o odbyciu staży badawczych w innych jednostkach naukowych
 - b. Zaświadczenia współautorów publikacji o podziale prac badawczych
4. Wykaz osiągnięć
5. Publikacje wchodzące w skład osiągnięcia naukowego:
 - a. Monografia – **Skalacka K.** (2023). *Aktywne starzenie się jako wyznacznik poczucia jakości życia w późnej dorosłości*. Opole, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego. ISBN 978-83-8332-019-9
 - b. Artykuły:
 - **Skalacka, K.** i Derbis, R. (2015). Activities of the elderly and their satisfaction with life. *Polish Journal of Applied Psychology*, 13(3), 87–102. DOI: 10.1515/pjap-2015-0039
 - **Skalacka K.** (2018). Wpływ zaangażowania w opiekę nad wnukami na poziom poczucia jakości życia dziadków. *Czasopismo Psychologiczne*, 24(3), 617-626. DOI: 10.14691/CPJ.24.3.617
 - **Skalacka, K.** i Gerymski, R. (2019). Sexual activity and life satisfaction in older adults. *Psychogeriatrics*, 19(3), 195-201. DOI: 10.1111/psyg.12381
 - **Skalacka, K** i Błońska, K. (2022). Physical Leisure Activities and Life Satisfaction in Older Adults. *Activities, Adaptation & Aging*, 47(3), 379-396. DOI: 10.1080/01924788.2022.2148416
 - **Skalacka, K.**, i Pajestka, G. (2021). Digital or In-Person: The Relationship Between Mode of Interpersonal Communication During the COVID-19 Pandemic and Mental Health in Older Adults From 27 Countries. *Journal of Family Nursing*, 27(4) 275–284. DOI: 10.1177/10748407211031980
 - **Skalacka, K.**, i Pajestka, G. (w druku). COVID-19 and older workers' mental health: data from 27 countries. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*.

Autoreferat

- 1. Imię i nazwisko:** Katarzyna Skalacka
- 2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe lub artystyczne – z podaniem podmiotu nadającego stopień, roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej.**

2011 Doktor nauk humanistycznych w zakresie psychologii, Instytut Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Tytuł rozprawy doktorskiej: *Poziom wykonania zadań poznawczych w wybranych stanach afektywnych*. Promotor, dr hab. Romualda Derbisa, prof. AJD. Recenzenci: prof. dr hab. Władysław Jacek Paluchowski i prof. dr hab. Helena Sęk. Praca obroniona z wyróżnieniem

2005r. Tytuł zawodowy magistra psychologii (z wyróżnieniem), Instytut Psychologii Uniwersytetu Opolskiego.

- 3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych lub artystycznych.**

2012 – do dziś praca na stanowisku adiunkta w Instytucie Psychologii UO

2005 – 2012 praca na stanowisku asystenta w Instytucie Psychologii UO

- 4. Omówienie osiągnięć, o których mowa w art. 219 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478 z późn. zm.).**

Za swoje osiągnięcie naukowe mające znaczny wkład w rozwój dyscypliny uważam dokonaną przeze mnie *charakterystykę aktywności podejmowanych przez osoby starsze i starzejące się wspierających ich wysokie poczucie jakości życia*. Na osiągnięcie to składają się:

- Monografia „*Aktywne starzenie się jako wyznacznik poczucia jakości życia w późnej dorosłości*”, która stanowi zwieńczenie moich kilkuletnich dociekań nad czynnikami kształtującymi wysoką jakość życia osób starszych oraz

- Cykl artykułów dotyczących różnych aktywności podejmowanych przez osoby starsze i starzejące się (takie jak aktywność fizyczna, utrzymywanie relacji z bliskimi, aktywność seksualna, opieka nad wnukami czy aktywność zawodowa) oraz ich związku z szeroko rozumianym dobrostanem psychicznym.

- | | |
|--|--|
| 1. Skafacka, K. i Derbis, R. (2015). Activities of the elderly and their satisfaction with life. <i>Polish Journal of Applied Psychology</i> , 13(3), 87–102. DOI: 10.1515/pjap-2015-0039
<i>Mój wkład w publikację: konceptualizacja, zgromadzenie danych, postawienie hipotez, analiza statystyczna, interpretacja wyników, przygotowanie tekstu.</i> | MNiSW 2023: 20pkt |
| 2. Skafacka K. (2018). Wpływ zaangażowania w opiekę nad wnukami na poziom poczucia jakości życia dziadków. <i>Czasopismo Psychologiczne</i> , 24(3), 617-626. DOI: 10.14691/CPPJ.24.3.617 | MNiSW 2018: 11 pkt, lista B |
| 3. Skafacka, K. i Gerymski, R. (2019). Sexual activity and life satisfaction in older adults. <i>Psychogeriatrics</i> , 19(3), 195-201. DOI: 10.1111/psyg.12381
<i>Mój wkład w publikację: konceptualizacja, zgromadzenie danych, postawienie hipotez, interpretacja wyników, przygotowanie tekstu.</i> | IF 2022: 2.0; MNiSW: 40pkt
IF 5-letni: 1.9 |
| 4. Skafacka, K i Błońska, K. (2023). Physical Leisure Activities and Life Satisfaction in Older Adults. <i>Activities, Adaptation & Aging</i> , 47(3), 379-396. DOI: 10.1080/01924788.2022.2148416
<i>Mój wkład w publikację: konceptualizacja, zgromadzenie danych, postawienie hipotez, analiza statystyczna, interpretacja wyników, przygotowanie tekstu.</i> | IF 2022: 2.8; MNiSW: 20pkt
IF 5-letni: 2.1 |
| 5. Skafacka, K., i Pajestka, G. (2021). Digital or In-Person: The Relationship Between Mode of Interpersonal Communication During the COVID-19 Pandemic and Mental Health in Older Adults From 27 Countries. <i>Journal of Family Nursing</i> , 27(4) 275–284. DOI: 10.1177/10748407211031980
<i>Mój wkład w publikację: konceptualizacja, postawienie hipotez, interpretacja wyników, przygotowanie tekstu.</i> | IF 2022: 3.1; MNiSW: 140pkt
IF 5-letni: 3.4 |
| 6. Skafacka, K., i Pajestka, G. (w druku). COVID-19 and older workers' mental health: data from 27 countries. <i>Archives of Psychiatry and Psychotherapy</i> .
<i>Mój wkład w publikację: konceptualizacja, postawienie hipotez, interpretacja wyników, przygotowanie tekstu.</i> | IF: 0.6; MNiSW: 140pkt |
| sumaryczny IF: Suma pkt: | |
| 8.5 371 | |

Zagadnienia związane ze starzeniem się człowieka, a w szczególności różnice związane z realizacją założeń pomyślnego starzenia się przez jednostki w wieku zaawansowanej dorosłości stały się przedmiotem moich zainteresowań po obronie pracy doktorskiej. Zaczęłam wtedy współpracę z lokalnymi klubami seniora oraz Domami Dziennego Pobytu dla osób starszych. Tam miałam okazję obserwować i rozmawiać z osobami starszymi, które przy podejmowaniu różnych aktywności kierowały się bardzo indywidualnymi kryteriami oceny swoich możliwości i potrzeb. Te doświadczenia przekładałam na projekty badawcze

mające na celu analizę aktywności przyczyniających się do odczuwania wysokiej jakości swojego życia przez osoby starsze. W wyniku realizacji tych projektów powstało sześć, istotnych w mojej ocenie, tekstów oraz monografia naukowa.

OPIS MONOGRAFII

Największy z zrealizowanych przeze mnie projektów dotyczy oceny związku między podejmowanymi równolegle aktywnościami przez osoby starsze a ich oceną poczucia jakości życia. Jego efektem jest przedstawiona do oceny monografia. Zgodnie z moją wiedzą jest to pierwsza w kraju próba przedstawienia wzorców aktywności sprzyjających poczuciu jakości życia i aktywnemu starzeniu się, uwzględniająca równocześnie komponenty afektywne i poznawcze (poczucie szczęścia i satysfakcja z życia). Niewątpliwym atutem pracy jest również przedstawienie różnic w związkach między aktywnościami podejmowanymi równolegle a poczuciem jakości życia osób starszych w kontekście międzynarodowym (starsi mieszkańcy Polski vs. starsi mieszkańcy pozostałych krajów europejskich). Natomiast oryginalnym osiągnięciem zasługującym na wyróżnienie jest wyodrębnienie czterech wzorców starzenia się (opartych o podejmowane równolegle aktywności) o różnej wartości adaptacyjnej mierzonej poczuciem jakości życia.

Ze względu na postępujące starzenie się społeczeństwa problem badawczy monografii wskazanej jako osiągnięcie naukowe odpowiada na zapotrzebowanie społeczne na wiedzę dotyczącą maksymalizowania możliwości wykorzystania zasobów psychicznych osób starszych do polepszenia ich funkcjonowania, a przede wszystkim do uczynienia okresu starości satysfakcjonującym etapem życia. Prezentowana monografia opiera się na trzech założeniach: po pierwsze, starzenie się nie oznacza zmniejszenia możliwości jednostki, ale jedynie ich zmianę (np. Baltes i Baltes, 1990; Braun-Gałkowska, 2006). Po drugie, osoby starsze dzielą swój czas pomiędzy zaangażowanie w aktywności o różnym charakterze i wymaganiach (wynikających z pełnionych ról społecznych), co powoduje, że jednostki angażujące się w różnorodne aktywności, mają wyższe poczucie jakości życia niż osoby w podeszłym wieku podejmujące mniej zróżnicowane aktywności (np. Fernández-Ballesteros, 2008; Kielar-Turska, 2019; Lee i in., 2018; Lubben i Gironde, 2003; Rowe i Kahn, 1997; WHO, 2002, 2015). Po trzecie, niektóre aktywności podejmowane przez osoby starsze są negatywnie połączone ze wskaźnikami funkcjonowania fizycznego i psychicznego (np. Hansen i Slagsvold, 2015; Hayslip Jr i in., 1998; Ng i Feldman, 2013). Założenia te stanowiły podstawę postawionego w monografii problemu badawczego dotyczącego relacji podejmowanych równolegle aktywności z poczuciem jakości życia osób starszych oraz

czynników modyfikujących tą relację. Poniżej przedstawię krótko mój wkład do rozwoju wiedzy na temat aktywnego starzenia się oraz jego związków z poczuciem jakości życia osób w zaawansowanej dorosłości.

A. Część teoretyczna książki

W części teoretycznej zaprezentowałam szeroki zakres zagadnień dotyczących starości i starzenia się.

W **rozdziale pierwszym** opisuję szeroko, równocześnie systematyzując różne ujęcia definicyjne starości (jak starość normalna, pomyślna i pozytywna), zestawiając je z danymi demograficznymi oraz przedstawiam znaczenie aktywności w okresie starzenia się dla adaptacji do postępującego z wiekiem pogorszenia funkcjonowania jednostek.

W **rozdziale drugim** zaprezentowałam szczegółowo koncepcję aktywnego starzenia się, ujmując ją z perspektywy historycznej, społecznej i instytucjonalnej ale przede wszystkim psychologicznej. Pokazuję tu wyraźnie, że aktywne starzenie się nie może być zredukowane do potrzeby „zdrowego starzenia się”, ponieważ koncepcja ta uwzględnia także aktywności osób starszych przynoszące korzyści zarówno jednostce, jak i społeczeństwu. Podkreślam tu, że zgodnie z dotychczasowymi ujęciami (Bass i Caro, 1993; Fernández-Ballesteros, 2008; Foster i Walker, 2015; Walker, 2002) wszystkie podejmowane przez osoby starsze aktywności, które podnoszą satysfakcję z życia jednostki, rodziny, lokalnej społeczności czy całej populacji, są częścią aktywnego starzenia się. Dane zaprezentowane w tym rozdziale pozwalają mi przyjąć założenie, że podejmowanie aktywności w wieku podeszłym jest formą adaptacji do procesu starzenia się organizmu. Wartością twórczą tego rozdziału jest pokazanie, że nie można wszystkich aktywności podejmowanych przez osoby starsze traktować jako przyczyniających się w ten sam sposób do aktywnego starzenia się, przekładającego się na wysoką ocenę jakości swojego życia. Wyniki różnych badań sugerują, że dla niektórych osób starszych sam fakt dysponowania wolnym czasem, niewypełnionym obowiązkami czy działalnością na rzecz innych, jest wartością samą w sobie (np. Mullee i in., 2008; Róžański, 2016). W **rozdziale trzecim** przedstawiam koncepcje jakości życia osób starszych. Zgodnie z Dienerem i jego współpracownikami (1985) subiektywny dobrostan można podzielić na trzy relatywnie niezależne składniki: afekt pozytywny, afekt negatywny oraz satysfakcję z życia. Afekt pozytywny to uczucia przyjemności i szczęścia w życiu, podczas gdy afekt negatywny odnosi się do nieprzyjemnych emocji. Natomiast satysfakcja z życia to ogólna ocena jakości życia na podstawie określonych kryteriów. Ponieważ te czynniki są względnie niezależne od siebie, a badania nad osobami starszymi wykazują, że

każdy z nich ma różne związki z funkcjonowaniem i aktywnością osób starszych, w monografii uwzględniłam pomiar każdego z tych wskaźników osobno. Dodatkowym uzasadnieniem uwzględnienia różnych wskaźników poczucia jakości życia osób starszych są wyniki wcześniejszych badań pokazujące złożoną naturę tego konstruktu (np. Huxhold i in., 2014) oraz postulaty badaczy dotyczące konieczności bardziej kompleksowego ujmowania poczucia jakości życia (Diener i Biswas-Diener, 2002; Jebb i in., 2020; Lucas i in., 1996). Takie ujęcie związków aktywności z poczuciem jakości życia osób starszych stanowi nowość w polskiej literaturze. W rozdziale tym przedstawiam również *modele jakości życia osób starszych oparte na aktywności*. Zaprezentowałam tu przegląd różnych modeli (m.in. teorię aktywności (Havighurst, 1981; B. L. Neugarten i in., 1996), teorię kontynuacji (Atchley, 1985, 1989, 1999), model selektywnej optymalizacji z kompensacją (Baltes i Carstensen, 2003; Baltes, 1997; Freund i Baltes, 2000), oraz teorię społeczno-emocjonalnej selektywności (Carstensen, 1992, 1995, 2021) by wykazać złożoność relacji między poziomem uczestnictwa w różnych aktywnościach a poczuciem jakości życia starzejących się jednostek. W przeglądzie tym pokazuję nieścisłości związane z różnym rozumieniem aktywnego starzenia się. Wskazuję tu również na znamienność różnych obszarów podejmowanych aktywności, ale także na możliwości dopasowywania / dobierania ich przez starzejące się jednostki. Podkreślam także znaczenie czynników związanych ze zdrowiem i możliwością zaspokajania potrzeb. Takie systematyczne przedstawienie wielu różnych perspektyw w podejściu do traktowania aktywności jako wyznacznika jakości życia osób starszych jest atutem przedstawionej pracy.

Najbardziej obszerny fragment teoretycznej części monografii (**rozdział czwarty**) poświęciłam przeglądowi dotychczasowych badań nad znaczeniem poszczególnych aktywności dla poczucia jakości życia osób starszych. Na podstawie danych empirycznych (przedstawionych we wcześniejszych rozdziałach monografii) przyjąłam, że aktywność stanowi nie tylko kluczowy czynnik adaptacji do procesu starzenia, ale również wpływa na zaspokojenie potrzeb biologicznych, społecznych i kulturalnych jednostki (patrz również Chudzicka-Czupała i Łyżnicka, 2015). Mimo że związek między podejmowanymi aktywnościami a poczuciem jakości życia może się różnić w zależności od kontekstu i specyfiki grup, które te aktywności podejmują, to przeważająca ilość dowodów empirycznych sugeruje istnienie silnej pozytywnej relacji między aktywnością a jakością życia osób starszych (patrz Nimrod i Rotem, 2012). Należy jednak pamiętać, że wraz z postępującym wiekiem zwiększa się ilość ograniczeń możliwości uczestnictwa w różnych aktywnościach. Wiąże się to m.in. z pogorszeniem stanu zdrowia czy utratą znaczących partnerów tych

aktywności (Jackson, 1993). W rezultacie osoby starsze mają tendencję do zmniejszania poziomu aktywności i uczestnictwa, szczególnie w aktywnościach wymagających fizycznie i realizowanych poza domem (Nimrod i Rotem, 2012). Wcześniejsze badania wykazały również, że inny rodzaj aktywności jest korzystny (w sensie deklarowanego poziomu jakości życia) dla starszych kobiet, a inny dla starszych mężczyzn (Agahi i Parker, 2008; Lennartsson i Silverstein, 2001). Ponadto, Agahi i Parker (2008) pokazali, że bycie aktywnym w podeszłym wieku związane jest z wyższą jakością życia, jednakże podejmowanie aktywności poza domem (tj. aktywności wykonywane na dworze, aktywności wymagające wyjścia z domu) wiąże się z wyższą satysfakcją z życia, ale już nie z poziomem szczęścia (Ramia i Voicu, 2020). Mając na uwadze mnogość czynników różnicujących związek podejmowanych aktywności z poczuciem jakości życia i ogólnym funkcjonowaniem starzejącej się jednostki, przedstawiłam w tym rozdziale różne klasyfikacje aktywności podejmowanych przez osoby starsze. Zgodnie z moją wiedzą, w polskiej literaturze psychologicznej nie pojawiło się do tej pory tak szerokie opracowanie tego zagadnienia. Badania przeprowadzone w ostatnich dekadach uwzględniały obszerną listę konkretnych aktywności, wykazując związki tych aktywności z różnymi aspektami poczucia jakości życia osób starszych oraz pokazując znaczenie i rolę aktywności osób starszych w różnych kontekstach teoretycznych. Twórczym wkładem tej części monografii jest pokazanie, jak wiele różnorodnych czynników przekłada się na wysokie zadowolenie z życia osób w podeszłym wieku, ale równocześnie, jak wiele różnorodnych czynników nakłada się na siebie, powodując trudne do przewidzenia konsekwencje dla oceny jakości życia osób starszych.

Systematyzacja dostępnych teorii oraz pogłębiona analiza dotychczasowych wyników badań nad związkami aktywności podejmowanych przez osoby starsze z ich poczuciem jakości życia pozwoliły mi na sformułowanie celów badań własnych.

B. Część empiryczna książki

Dane z różnych analiz międzynarodowych pokazują, że osoby starsze podejmują w głównej mierze bierne i niewymagające wysiłku fizycznego aktywności. Informacje te sugerują, że w codziennych praktykach osoby starsze w dużej części nie stosują się do zaleceń prozdrowotnych mających na celu nie tylko wydłużenie ich życia, ale również poprawienie jego jakości (WHO, 2015). Zasadne zatem było zbadanie przeze mnie, jakie aktywności podejmują osoby w wieku później dorosłości i które z nich przynoszą faktyczne korzyści dla poczucia jakości ich życia. Centralnym założeniem przyjętym przeze mnie w przedstawionym do oceny osiągnięciu jest to, że aktywne starzenie się ma charakter kumulacyjny, tzn. składa

się z kombinacji różnych powiązanych ze sobą aktywności podejmowanych równoległe przez osoby starsze. Z tego powodu oceniając związek aktywnego starzenia się z poczuciem jakości życia osób starszych, **uwzględniam całe zbiory różnorodnych aktywności, w które mogą angażować się osoby starsze, zamiast ograniczać się do związku pojedynczych aktywności z poczuciem jakości życia osób w zaawansowanej dorosłości.** Rozwiązanie takie jest nieczęsto spotykane w literaturze zarówno polskiej, jak i międzynarodowej. Pomiar aktywnego starzenia się jest najczęściej sprowadzony do analizy pojedynczych aktywności, a niektóre dotychczasowe badania weryfikujące związek między jakością życia a aktywnością w wieku podeszłym traktują poszczególne aktywności jako konkurujące ze sobą, a nie jako łączące się/kumulujące (N. G. Choi i in., 2007; Jang i in., 2009; Warr i in., 2004). Przyjmując takie rozwiązanie zwracam uwagę, że konsekwencją skupiania się na znaczeniu pojedynczych aktywności lub jedynie kilku wybranych jest pomijanie naturalnego kontekstu funkcjonowania osób starszych, które w swojej codzienności pełnią wiele ról społecznych i podejmują wiele wynikających z nich aktywności równocześnie. Przyjęta przeze mnie perspektywa (podejmowania wielu aktywności równoległych przez osoby starsze) implikuje wkład do istniejącej wiedzy na temat funkcjonowania osób w podeszłym wieku poprzez nową, bardziej precyzyjną definicję aktywnego starzenia się jako strategii łączenia różnych aktywności równoległych przez osoby starsze. Podejście przyjęte przeze mnie pozwala mi podjąć próbę uchwycenia szerszego kontekstu funkcjonowania osób w zaawansowanej dorosłości, co w mojej ocenie stanowi istotny wkład w rozumienie procesów powiązanych z aktywnym starzeniem się.

Analizując podejmowane aktywności i poczucie jakości życia osób starszych, należy pamiętać, jak istotnym czynnikiem w tym okresie życia jest stan ich zdrowia. Dlatego podejmując się analiz aktywnego starzenia się jako wyznacznika poczucia jakości życia osób starszych, przyjmuję nie tylko szeroką perspektywę uwzględniającą różnorodne aktywności podejmowane równoległe przez osoby w późnej dorosłości, ale też ujmuję je w kontekście stanu ich zdrowia. Choć relacja między aktywnością a jakością życia była badana przez wiele ostatnich lat (np. Fernández-Ballesteros, 2008; Havighurst, 1961; Lemon i in., 1972), to jednak połączenie tych dwóch aspektów z oceną stanu zdrowia osób starszych jest innowacyjne. Określenie, w jakich okolicznościach wykonywanie wielu równoczesnych aktywności przez osoby starsze jest związane z wyższym poziomem jakości ich życia, ma znaczenie nie tylko w teorii, ale także w praktyce. Dzięki takiemu podejściu możliwe będzie uzupełnienie istniejących modeli aktywnego starzenia się (próbę takiego uzupełnienia podejmuję w przedłożonej monografii) i zidentyfikowanie czynników warunkujących wysoką

jakość życia osób starzejących się w kontekście podejmowanych przez nie aktywności. Równocześnie możliwe będzie wyjaśnienie niespójnych danych empirycznych obejmujących relacje pomiędzy analizowanymi czynnikami. Od strony praktycznej, tak zaplanowane badania mogą zostać wykorzystane do kształtowania polityki aktywizacyjnej skierowanej do osób starszych, ponieważ umożliwiają uwzględnienie indywidualnego kontekstu zdrowotnego osób w zaawansowanej dorosłości, który jest jednym z czynników sprawiających, że grupa ta jest bardzo heterogeniczna.

B1. Cele badawcze.

Wychodząc z teorii aktywnego starzenia się, głównym celem prezentowanych badań była weryfikacja czynników potencjalnie warunkujących istnienie relacji pomiędzy aktywnościami podejmowanymi równoległe przez osoby starsze a ich poczuciem jakości życia. Cel ten obejmował cztery cele szczegółowe, które pozwalają precyzyjniej ustalić znaczenie podejmowanych aktywności dla kształtowania jakości życia osób w podeszłym wieku oraz określić relacje zachodzące między czynnikami socjodemograficznymi, jak również dotyczącymi oceny stanu zdrowia w tej relacji. Szczegółowymi celami badań były:

(1) *ustalenie czy aktywności równoległe podejmowane przez osoby starsze pozwolą na poklasyfikowanie ich w odmienne grupy o homogenicznych wzorcach zaangażowania w różne aktywności i weryfikację czy przypisanie osoby starszej do danej klasy aktywności równoległych wiązać się będzie z innym poziomem poczucia jej jakości życia;*

(2) *określenie czy podejmowanie konkretnych aktywności równoległych łączy się z innym poziomem poczucia jakości życia osób starszych;*

(3) *zbadanie czy czynniki socjodemograficzne, jak również dotyczące oceny stanu zdrowia modyfikują relację podejmowanych aktywności z poczuciem jakości życia oraz*

(4) *zweryfikowanie czy podejmowane aktywności równoległe będą pośredniczyć w relacji postępującego wieku z poczuciem jakości życia osób starszych przy kontroli oceny stanu zdrowia osób w zaawansowanej dorosłości.*

Aby zrealizować tak nakreślony projekt, zaplanowałam dwa badania.

Celem pierwszego badania była weryfikacja związku podejmowanych przez osoby starsze aktywności równoległych z ich poczuciem jakości życia, przy uwzględnieniu komponentów afektywnych i poznawczych (poczucie szczęścia i satysfakcja z życia). Do tej analizy uwzględniłam zarówno ilość jak i treść poszczególnych podejmowanych przez osoby badane aktywności. Podejście takie umożliwiło mi przyjęcie perspektywy ilościowej i jakościowej w ocenie związku aktywności podejmowanych równoległe przez osoby starsze z

ich poczuciem jakości życia, co jest niewątpliwym atutem przedstawionego projektu. Ponadto, biorąc pod uwagę fakt, że różne kraje stosują różne strategie wsparcia aktywności osób starszych oraz mają inną politykę senioralną (Trafiałek, 2016; Zych, 2019), postanowiłam dodatkowo zweryfikować, czy wzorce aktywności wyróżnione wśród starszych Polaków będą podobne do wzorców wyróżnionych wśród mieszkańców pozostałych krajów europejskich oraz czy w taki sam sposób będą się łączyć z poczuciem jakości ich życia. Analizy pokazują, że starsi Polacy i Polki, pod kątem zdrowia psychicznego i fizycznego oraz oceny jakości swojego życia, prezentuje się negatywnie na tle mieszkańców innych krajów europejskich (GUS, 2021). Zestawienie obok siebie danych dotyczących starszych mieszkańców Polski i ich europejskich rówieśników umożliwiło mi głębszy wgląd w przyczyny występujących rozbieżności i wskazanie wniosków pomocnych przy planowaniu bardziej precyzyjnych działań interwencyjnych nakierowanych na podniesienie poziomu aktywności wśród osób starszych. Takie podejście do analizowanego problemu stanowi niewątpliwie zaletę przeprowadzonych badań, ale również przedstawia nowy punkt widzenia analizowanych relacji, co jest elementem innowacyjnym przedstawionego projektu.

Celem drugiego badania była częściowa replikacja wyników uzyskanych w badaniu pierwszym, przeprowadzona zgodnie ze strategią SMAR (Wojciszke, 2004), ze szczególnym uwzględnieniem wykazania powtarzalności podstawowego efektu, maksymalizacji trafności wewnętrznej, zewnętrznej i teoretycznej oraz potwierdzeniem moderatorów i mediatorów otrzymanych efektów. W związku z replikacyjnym charakterem badania drugiego wszystkie analizy zostały wykonane podobnie jak przy weryfikacji danych z badania pierwszego i weryfikowały te same pytania i hipotezy badawcze.

B2. Metodologia badań

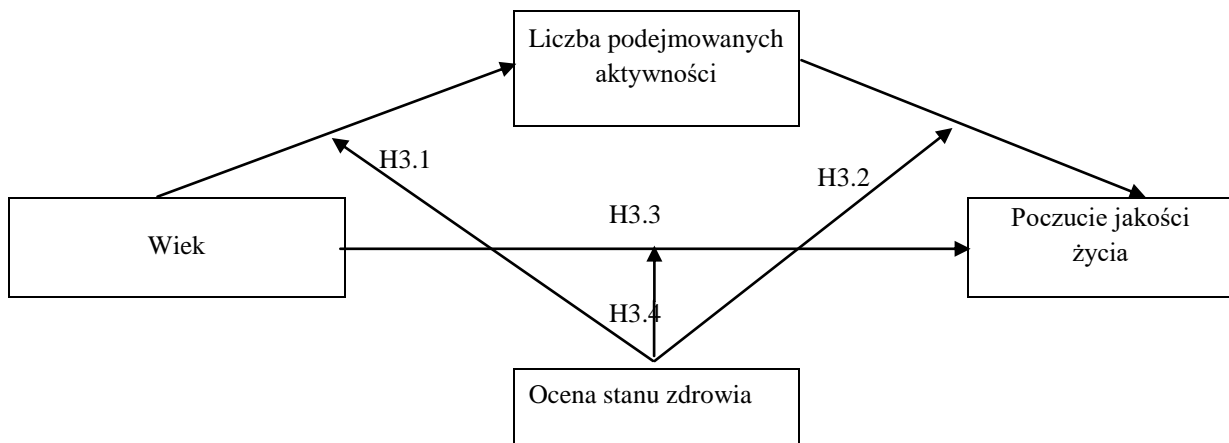
Aby zweryfikować pierwszy i drugi szczegółowy cel badawczy i wynikające z nich hipotezy wykorzystałam w badaniu **Analizę Klas Ukrytych** (ang. Latent Class Analysis, LCA) (Hagenaars i McCutcheon, 2002), dzięki której możliwa była identyfikacja zbiorów osób starszych o homogenicznych wzorcach zaangażowania w różne aktywności, bez konieczności narzucania wcześniejszej klasyfikacji (jak się dzieje np. w analizie skupień metodą k-średnich) (Arpino i Bordone, 2018; Hagenaars i McCutcheon, 2002) oraz przy jak najmniejszej utracie informacji o badanym zjawisku. Analiza LCA umożliwia nie tylko wyłonienie spójnych zbiorów zmiennych, ale również włączenie kowariantów do analizowanych modeli w celu doprecyzowania przynależności jednostek do poszczególnych zbiorów. Modele klas ukrytych nie są również tak wrażliwe na naruszenie założeń co do

rozkładu zmiennych, ich homogeniczności czy związku liniowego, które często występują w zbiorach danych. Zgodnie z założeniami LCA klasy/zbiory wykluczają się wzajemnie, co powoduje, że każdy przypadek (każda osoba badana) zostaje przyporządkowany do jednej i tylko jednej grupy, z określonym prawdopodobieństwem warunkowym (Hagenaars i McCutcheon, 2002). W odróżnieniu od podejścia klasycznego, gdzie różne aktywności miałyby takie same wagi dla każdego badanego, LCA przydziela różne wartości prawdopodobieństwa każdej aktywności podejmowanej przez osoby starsze, dostarczając dzięki temu bardziej dokładnego obrazu aktywności wieku podeszłego. Analizy tego typu są bardzo rzadko wykorzystywane w psychologii, co podnosi wartość uzyskanych za ich pomocą wniosków. Biorąc jednak pod uwagę, że Analiza Klas Ukrytych, mimo wielu korzyści, może prowadzić do pewnego stopnia redukcji wariancji analizowanych zmiennych, przeprowadziłam również inne analizy, wykorzystując różne metody jednoczesnego uwzględniania wielu zmiennych związanych z aktywnościami osób starszych. Moim zdaniem, taki wszechstronny i różnorodny sposób analizy tych samych danych przyczynia się do zwiększenia precyzji wyciąganych wniosków, co podnosi wartość otrzymanych rezultatów.

W celu weryfikacji drugiego i trzeciego szczegółowego celu badawczego i wynikających z nich hipotezy wykonałam **serię wielowymiarowych hierarchicznych analiz regresji**, dla każdego komponentu poczucia jakości życia osobno (dla satysfakcji z życia i poczucia szczęścia) oraz dla ogólnego wskaźnika poczucia jakości życia. Uwzględniłam tu w analizach modele obejmujące podejmowane aktywności (w formie ilościowej i pogrupowanej), by zweryfikować, w jakim stopniu odpowiadają one za zmiany w poziomach wskaźników poczucia jakości życia osób starszych, przy kontroli parametrów związanych ze zdrowiem i czynników demograficznych. Tak szerokie ujęcie analizowanych parametrów stanowi niewątpliwą zaletę zaprojektowanych badań.

Aby zweryfikować ostatni cel badawczy i wynikające z niego hipotezy, wychodząc od modelu jakości życia w wieku podeszłym zaproponowanego przez Fernández-Ballesteros (2011) oraz na podstawie wcześniejszych badań sugeruję, że postępujący wiek (wskaźnik obiektywny) będzie łączył się z niższym poczuciem jakości życia osób starszych (wskaźnik subiektywny), ale tylko w sytuacji niższej oceny swojego stanu zdrowia (wskaźnik subiektywny) i przy podejmowaniu zbyt dużej ilości aktywności równoległych (wskaźnik obiektywny). Sugerowany model zależności wraz z hipotezami weryfikującymi go przedstawia rysunek 1.

W celu empirycznego zweryfikowania zasugerowanego modelu wykonałam najpierw **analizę równań strukturalnych (SEM)**, gdzie zmiennymi latentnymi były popaczkowane aktywności podejmowane równolegle, poczucie jakości życia oraz ocena stanu zdrowia, a składały się na nie zmienne obserwowane odnoszące się do wszystkich uwzględnionych w badaniu zmiennych. Następnie przeprowadziłam **serię dedykowanych moderowanych mediacji**, zgodnie z zaproponowanym modelem, dla każdego wskaźnika poczucia jakości życia osobno. We wszystkich analizach jako kowarianty zostały włączone płeć, stan cywilny i status zawodowy. Uwzględnienie tak wielu analiz statystycznych w celu weryfikacji postawionych hipotez należy do rzadkości w dotychczasowych badaniach związku aktywności i poczucia jakości życia osób starszych.



Rysunek 1. Teoretyczny model zależności między podejmowanymi aktywnościami a poczuciem jakości życia osób starszych wraz z hipotezami weryfikującymi go

Ponieważ zaplanowałam porównania wyników dotyczących jakości życia wśród starszych Polek i Polaków z wynikami uzyskanymi przez mieszkańców innych krajów europejskich (ale bez podziału na poszczególne kraje), przeprowadziłam na początku **analizę równoważności pomiarowej**. Ta analiza miała na celu sprawdzenie, czy osoby z różnych subpopulacji rozumieją badany konstrukt w taki sam sposób i przypisują taką samą wagę zadawanym w badaniu pytaniom, co umożliwia dokonywanie porównań danych uzyskanych w analizowanych subpopulacjach (Lubiewska i Głogowska, 2018).

B3. Narzędzia i osoby badane.

Przeprowadzone przeze mnie badania miały charakter kwestionariuszowy. W celu pokazania ogólnych prawidłowości (wzorców aktywności osób starszych i ich relacji z poczuciem jakości życia) w badaniu pierwszym zdecydowałam się na wykorzystanie danych

pochodzących z europejskiego Badania Zdrowia, Starzenia się Populacji i Procesów Emerytalnych „SHARE: 50+ w Europie” (ang. *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*, SHARE). Do analiz wykorzystałam dane pochodzące z 6 fali projektu SHARE. W badaniu pierwszym uwzględniłam 13 aktywności¹, z których każda była analizowana osobno ze względu na jej podejmowanie (0 = nie podejmuje; 1 = podejmuje; $\alpha_{PL} = 0,70$; $\alpha_{EU} = 0,78$) oraz ze względu na częstotliwość jej podejmowania ($\alpha_{PL} = 0,74$; $\alpha_{EU} = 0,76$). Uwzględniłam tu również oba komponenty poczucia jakości życia: satysfakcję z życia i poczucie szczęścia jako zmienne zależne (uzyskane na podstawie pojedynczych pytań w projekcie SHARE) oraz odpowiedzi ze skali CASP-12 do pomiaru jakości życia ludzi w podeszłym wieku (Hyde i in., 2003). Wykorzystanie tych różnych wskaźników poczucia jakości życia osób starszych pozwoliło mi uchwycić zarówno globalne i uogólnione oceny (pytania o zadowolenie z życia i poczucie szczęścia), jak i bardziej normatywne miary jakości życia (pochodzące z CASP-12). Dzięki temu ocena poczucia jakości życia osób w zaawansowanej dorosłości była bardziej kompleksowa i wieloaspektowa. Takie podejście do analizy danych wpisuje się również w najnowsze badania pokazujące, że różne wskaźniki poczucia jakości życia osób starszych (jak satysfakcja z życia czy poczucie szczęścia) są w różnym stopniu wrażliwe na sytuacje życiowe i warunki środowiskowe osób w zaawansowanej dorosłości (Prati, 2022; Ramia i Voicu, 2020). Podnosi to w mojej ocenie wartość otrzymanych wyników. Ze względu na to, że wybór aktywności podejmowanej przez osoby starsze jest zależny od wielu czynników, w przeprowadzonych analizach uwzględniłam kowarianty takie jak: wiek, płeć, stan cywilny, aktualny status zawodowy, poziom edukacji oraz subiektywną ocenę stanu zdrowia i ocenę trudności doświadczanych przy wykonywaniu codziennych czynności (mierzonych za pomocą Indeksu Codziennych Aktywności Fizycznych, Indeksu Codziennych Aktywności Higienicznych oraz Indeksu Codziennych Aktywności Instrumentalnych; Katz i in., 1963, 1970; Lawton i Brody, 1969).

W badaniu drugim, aby zgodnie z procedurą SMAR (Wojciszke, 2004) zmaksymalizować trafność wewnętrzną, zewnętrzną i teoretyczną, postanowiłam wyeliminować elementy uwzględnione w projekcie SHARE, które mogły wpływać na mniejszą siłę zależności między badanymi zmiennymi oraz zmienić sposób operacjonalizacji zmiennych zależnych. Z tego względu w badaniu drugim postanowiłam rozszerzyć listę

¹ Analizowanymi aktywnościami były: wolontariat, kursy edukacyjne / szkolenia, uczęszczanie do klubu sportowego, zaangażowanie w organizacji politycznej, czytanie książek/czasopism, granie w gry słowne/liczbowe, granie w karty/szachy, korzystanie z komputera/Internetu, opieka nad wnukami, intensywne aktywności fizyczne (np. praca fizyczna), umiarkowane aktywności fizyczne (np. prace w ogrodzie), modlitwa, pomoc udzielana rodzinie lub obcym.

aktywności² podejmowanych równolegle przez osoby starsze, by zweryfikować, czy bardziej szczegółowe i zróżnicowane ujęcie aktywności podejmowanych przez osoby w zaawansowanej dorosłości przełoży się na wyróżnienie innych zbiorów aktywności niż tych wyróżnionych na podstawie danych z projektu SHARE. Aby wykazać uniwersalność otrzymanych rezultatów, postanowiłam także zmienić sposób operacjonalizacji zmiennych dotyczących poczucia jakości życia. Wykorzystałam tu skalę satysfakcji z życia SWLS (Diener i in., 1985) oraz pojedyncze pytania o poczucie radości i ocenę uogólnionej jakości życia. Wprowadzone przeze mnie modyfikacje pozwoliły na podwójną weryfikację postawionych hipotez badawczych, co umożliwiło wyciąganie wniosków i dokonywanie uogólnień z przeprowadzonych badań z większą pewnością, zwiększając tym samym ich trafność i aplikowalność. Jest to zaleta zrealizowanego przeze mnie projektu badawczego zasługująca w mojej ocenie na podkreślenie.

W badaniu pierwszym uwzględniłam odpowiedzi pochodzące od 55813 osób, w tym 1352 z Polski. Średnia wieku uwzględnionych ostatecznie w badaniu osób wyniosła 68 lat (SD = 9,66). Większość z nich to kobiety (55,7%). Natomiast w badaniu drugim wzięło udział 377 osób w wieku od 50 do 90 lat ($M_{\text{wieku}} = 65,93$; $SD_{\text{wieku}} = 9,41$), z czego 66,6% stanowiły kobiety.

B4. Otrzymane wyniki – klasy aktywności osób starszych.

Przeprowadzona przeze mnie weryfikacja danych, w oparciu o Analizę Klas Ukrytych, pozwoliła mi na wyróżnienie cztery grupy aktywności wśród osób starszych. Były to: *osoby wszechstronnie aktywne* (o wysokim prawdopodobieństwie podejmowania wielu różnych aktywności), *osoby aktywne głównie fizycznie* (podejmujące przede wszystkim intensywne, jak również umiarkowane wymagające aktywności fizyczne), *osoby aktywne głównie poznawczo* (skupiające się na czytaniu, krzyżówkach, opiece nad wnukami czy modlitwie)

² Dokładna lista aktywności zawierała następujące pozycje: Pomaganie członkom rodziny w ich działalności zarobkowej; Opieka nad wnukami/prawnukami; Pomaganie dzieciom/rodzinie w prowadzeniu domu; Opieka nad chorymi, niepełnosprawnymi członkami rodziny; Praca jako wolontariusz; Odwiedzanie krewnych poza miejscem zamieszkania; Spotykanie się ze znajomymi, przyjaciółmi w domu; Spędzanie czasu ze znajomymi, przyjaciółmi poza domem; Chodzenie do kościoła, uczestniczenie w mszach, nabożeństwach; Uczestniczenie w działalności grupy/wspólnoty religijnej; Poświęcanie się swojemu hobby, rozwijanie swoich zainteresowań; Zajmowanie się robotkami ręcznymi / majsterkowaniem; Oglądanie telewizji (programy publicystyczne, wiadomości); Oglądanie telewizji (seriale, filmy); Słuchanie radia/muzyki; Czytanie książek, czasopism publicystycznych; Czytanie książek, czasopism rozrywkowych; Chodzenie do kina; Chodzenie do teatru, opery, na koncerty; Chodzenie do muzeów, galerii, na wystawy; Chodzenie na spacer, piesze wycieczki; Uprawianie działki, ogrodu; Uprawianie gimnastyki; Chodzenie na basen; Chodzenie na taniec; Jazda na rowerze; Podróżowanie po Europie i/lub po świecie; Korzystanie z komputera/Internetu; Doksztalcanie się / uzupełnianie wiedzy, kwalifikacji; Uczestniczenie w zajęciach, kursach (np. warsztaty z informatyki/fotografii); Uczestniczenie w zajęciach w ramach uniwersytetu III wieku; Poświęcanie czasu na naukę języków obcych. Lista wyróżnionych aktywności ma zadowalające parametry rzetelności ($\alpha = 0,915$ dla całej skali; $\alpha = 0,913$ w grupie emerytów i $\alpha = 0,917$ w grupie osób pracujących).

oraz *osoby nieaktywne* (osoby o bardzo małej ilości i różnorodności podejmowanych aktywności – skupiające się głównie na modlitwie, oglądaniu telewizji i spacerach). Badania replikacyjne potwierdziły tę klasyfikację, ale ze względu na włączenie w nią znacznie większego zakresu podejmowanych aktywności klasyfikacja uzyskana w badaniach z próby SHARE została uszczegółowiona na: grupę starszych *osób nieaktywnych* (rzadko podejmujących nawet bierne aktywności), *osoby aktywne samotniczo* (podejmujące aktywności związane w niewielkim stopniu z wchodzeniem w interakcje z innymi ludźmi), *osoby aktywne opiekuńczo* (podejmujące opiekę nad wnukami czy niepełnosprawnymi członkami rodziny, ale również majsterkowanie czy uprawianie ogrodu, w domyśle wykonywane na rzecz rodziny) oraz *osoby bardzo aktywne* (podejmujące różnorodne aktywności z dużą częstotliwością). Wyróżnione przeze mnie grupy/klassy aktywności osób starszych nie są od siebie całkowicie niezależne, ale też nie pokrywają się. Pokazuje to, jak bardzo zróżnicowane są aktywności podejmowane równoległe przez osoby starsze i jak bogate w aktywności potrafi być życie osób w podeszłym wieku. Otrzymana przeze mnie klasyfikacja aktywności równoległych jest podobna do otrzymywanych w innych badaniach uwzględniających podobne próby osób starszych (Arpino i Bordone, 2018; Y.-C. Chen i in., 2019; Morrow-Howell i in., 2014; Ramia i Voicu, 2020). Wyniki moich badań oraz wcześniejszych analiz sugerują, że klasyfikacje aktywności osób starszych są względnie podobne do siebie (różnią się głównie kategoriami opisowymi nadawanymi przez badaczy). Występowanie tych niewielkich różnic podkreśla wrażliwość wykonywanych analiz na czynniki metodologiczne dotyczące uwzględnionych w badaniach zmiennych towarzyszących, charakterystykę zgromadzonej próby oraz zmiany w zaangażowaniu w różne aktywności pojawiające się z wiekiem (Y.-C. Chen i in., 2019). Zarówno w moich badaniach, jak i w badaniach przeprowadzonych wcześniej, osoby starsze należące do grupy nieaktywnych / mało aktywnych ludzi są najbardziej narażone na negatywne konsekwencje i najmniejsze korzyści z podejmowanych przez siebie aktywności. Członkowie tej grupy częściej byli starsi, mniej wykształceni, niepracujący (na emeryturze), mieszkali samotnie oraz byli mężczyznami. Wśród badanych starszych Polek i Polaków stanowią oni jedną z najliczniejszych grup. Dodatkowo najczęściej charakteryzowali się oni niższą oceną własnego stanu zdrowia niż osoby należące do grupy bardzo aktywnych osób starszych. Dane te są zgodne z wynikami sugerującymi, że jakiegokolwiek aktywności podejmowane przez osoby należące do tej grupy są regulowane głównie przez ich stan zdrowia. Można zatem powiedzieć, że taki profil aktywności (starszych osób nieaktywnych) utrudnia realizację „pomyślnego” starzenia się, promowanego przez badaczy i różne agendy rządowe (np.

WHO). Osoby w zaawansowanej dorosłości należące do tej grupy stanowią największe wyzwanie w zakresie zwiększania ich aktywności, jeśli weźmie się pod uwagę stan ich zdrowia i małą ilość zasobów osobistych (Y.-C. Chen i in., 2019; Morrow-Howell i in., 2014). Na przeciwnym biegunie mamy osoby starsze wszechstronnie aktywne. Wpisują się one we wzorec tzw. zajętego emeryta i są często wykorzystywane jako model aktywnej emerytury (Morrow-Howell i in., 2014). Należy zauważyć, że charakteryzują się one lepszą oceną własnego stanu zdrowia, mniejszą ilością trudności w czynnościach samoobsługowych, młodszym wiekiem, są najczęściej jeszcze aktywne zawodowo, mieszkają w mieście oraz są częściej kobietami. Różnorodność podejmowanych aktywności może być rozpatrywana zgodnie z modelem SOC jako procesem optymalizacji zmian doświadczanych wraz ze starzeniem się (Baltes i Carstensen, 2003; Baltes, 1997; Freund i Baltes, 1998; Moghimi i in., 2019). Osoby starsze należące do najliczniejszej grupy, czyli osób aktywnych głównie fizycznie i rodzinie, charakteryzuje wysoka samoocena stanu zdrowia, zamieszkiwanie z kimś z rodziny oraz większe prawdopodobieństwo aktywności zawodowej niż przebywania na emeryturze. Dodatkowo największą szansę na znalezienie się w tej grupie mają osoby starsze po 65 roku życia (szczególnie w grupie starszych Polaków i Polek). Są to osoby, które wspierają bardzo szeroko swoich najbliższych (w pracy zarobkowej, w opiece nad wnukami, w prowadzeniu domu), ale równocześnie mają wystarczająco dobry stan zdrowia, by podejmować aktywności związane z wysiłkiem fizycznym. Zgodnie z teorią kontynuacji (Atchley, 1989) oraz badaniami nad utrzymywaniem poziomu aktywności w ciągu cyklu życia (Agahi i in., 2006) można przypuszczać, że osoby te z racji wspólnego zamieszkiwania z rodziną i bliskich kontaktów z nią nastawione są na ciągłe jej wspieranie, a kontynuacja pracy zarobkowej przypuszczalnie pozwala im łatwiej realizować to zadanie. Wraz z wiekiem spada jednak prawdopodobieństwo znalezienia się w tej grupie, co związane może być z coraz większą deterioracją stanu własnego zdrowia, które uniemożliwia im kontynuowanie wzorca opartego na wspieraniu bliskich. Możliwe jest ponadto wyjaśnienie, że wraz z wiekiem zmieniają się również potrzeby rodziny związane z rodzajem wsparcia (wnuki dorastają, bliscy umierają), co powoduje zmianę profilu aktywności w stronę mniejszej intensywności i różnorodności. Ostatnią wyróżnioną przeze mnie grupą są osoby starsze podejmujące głównie aktywności poznawcze i opiekuńcze. Są to osoby raczej słabego stanu zdrowia (ale nie bardzo złego), doświadczające wielu trudności w codziennym funkcjonowaniu oraz mające niższe wykształcenie. Są to osoby, które najprawdopodobniej muszą zmagać się z własnymi problemami zdrowotnymi przy równoczesnej konieczności zajmowania się kimś bliskim, co pogłębia poczucie słabszej kondycji zdrowotnej. Co

ciekawe, największe prawdopodobieństwo przynależności do tej grupy osoby starsze mają między 60 a 75 rokiem życia, co może sugerować, że jeśli jednostki nie wykształciły sobie potrzeby/konieczności podejmowania wielu aktywności równoległych we wcześniejszych okresach życia, to niewielkie jest prawdopodobieństwo, że w wieku zaawansowanej dorosłości zaczną podejmować jakieś nowe, wymagające zasobów działania (Agahi i in., 2006, 2013).

Uwzględniając czynniki socjodemograficzne przeprowadzone przeze mnie badania pokazały, że kobiety, osoby lepiej wykształcone, aktywne zawodowo i młodsze mają większą szansę na znalezienie się w gronie osób starszych wszechstronnie aktywnych niż nieaktywnych. Ponadto prawdopodobieństwo przynależności do grupy osób bardzo aktywnych od 50 roku życia w każdej kolejnej dekadzie życia jest mniejsze, a po 75 roku życia rośnie jedynie prawdopodobieństwo przynależności do grupy osób nieaktywnych. Po przekroczeniu 75 roku życia osoby starsze podejmują coraz mniej aktywności równoległych, ograniczając się z każdym rokiem jedynie do udziału w aktywnościach raczej biernych, samotniczych i niewymagających wysiłku czy posiadania zasobów (jak oglądanie telewizji, czytanie książek/gazet czy chodzenie na spacer). Otrzymane przeze mnie dane pokrywają się z wcześniejszymi badaniami (np. Burr i in. 2007; Croezen i in., 2009). Dane te pokazują, jak ważne jest uwzględnianie czynników indywidualnych przy planowaniu wprowadzania jakichkolwiek zmian w obecny wzorzec aktywności osób starszych (np. przez programy prewencyjne). Otrzymane przeze mnie wyniki mogą zatem sugerować, że programy i działania aktywizacyjne powinny być uruchamiane już w okresie przedemerytalnym lub w trakcie przechodzenia na emeryturę, by ułatwić osobom starszym podejmowanie urozmaiconych aktywności (innych niż nakierowane na własną rodzinę) w okresie braku aktywności zawodowej. Przeprowadzone przeze mnie analizy pokazują równocześnie, że rola tych czynników w kształtowaniu poziomów różnych wskaźników poczucia jakości życia osób starszych nie jest jednakowa. Parametrami, które wiążą się z istotnie wyższym poziomem wskaźników poczucia jakości życia osób starszych (bez względu na ich rodzaj), są bycie w stałym związku oraz dobra ocena swojego stanu zdrowia i doświadczanie niewielu utrudnień w codziennym funkcjonowaniu. Aktywności podejmowane przez osoby starsze mogą stanowić zatem czynnik poprawiający zakres codziennego funkcjonowania, co przekłada się na lepszą ocenę własnego stanu zdrowia i wyższe poczucie jakości życia. Nie można tu wykluczyć zależności odwrotnej, sugerującej, że osoby starsze mające wyższą satysfakcję z życia przejawiają również większą ilość zachowań prozdrowotnych (Y.-C. Chen i in., 2019; Vijayakumar i in., 2016).

B5. Otrzymane wyniki – poczucie jakości życia.

W odniesieniu do poczucia jakości życia osób starszych otrzymane przeze mnie wyniki pokazały, że osoby zaliczone do grupy bardzo aktywnych osób starszych mają większą szansę na posiadanie wysokich wskaźników jakości życia niż osoby starsze zaliczone do grupy osób mało aktywnych, choć dotyczy to przede wszystkim satysfakcji z życia i ogólnej oceny jakości życia. Podejmowanie wielu aktywności równoległych przez osoby starsze może zwiększać prawdopodobieństwo posiadania przez nie wysokich wskaźników poczucia jakości życia, ponieważ każda z podejmowanych aktywności ma swój indywidualny wkład w podnoszenie poziomu jakości życia i te, które generują pozytywne doświadczenia emocjonalne, kumulują efekt wynikający z każdej z nich osobno. Otrzymane wyniki można również rozpatrywać w kontekście stosowania mechanizmu kompensacji przez osoby starsze. Wraz z postępującym wiekiem ludzie doświadczają coraz liczniejszych strat (w poziomie zdrowia, samodzielności, statusie społecznym, ilości posiadanych zasobów czy ilości relacji społecznych), ale starają się je kompensować poprzez zaangażowanie w aktywności alternatywne. Aktywności te mogą być dla nich zastępczym/nowym sposobem zaspokajania różnych potrzeb psychologicznych i pozwolić utrzymać wysokie poczucie jakości życia (Atchley, 1989; Freund i P. B. Baltes, 1998; Moghimi i in., 2019). Moje analizy pokazały również interesujące rozbieżności między oceną różnych aspektów poczucia jakości życia a podejmowanymi aktywnościami. Zgodnie z teorią socjoemocjonalnej selektywności (Carstensen, 1995, 2021; Carstensen i in., 1999) osoby starsze wraz z wiekiem wypracowały sposoby kontrolowania i unikania aktywności powiązanych z negatywnymi, nieprzyjemnymi doświadczeniami poprzez wybór partnerów interakcji społecznych (np. przyjaciół, członków rodziny), co zwiększa szansę na doświadczanie przez nie pozytywnych emocji i wsparcia społecznego. Sugeruje to, że afektywny komponent poczucia jakości życia, jakim jest poczucie szczęścia, w przypadku osób w zaawansowanej dorosłości jest bardziej związany ze zdolnością do regulacji doświadczeń emocjonalnych czy efektywnością stosowanych technik radzenia sobie z codziennymi wyzwaniami niż z samą ilością i rodzajem podejmowanych aktywności równoległych (An i in., 2020; Lawton, 1996; Mroczek i Kolarz, 1998). Osoby starsze mające wypracowane skuteczne mechanizmy regulacji doświadczanych stanów emocjonalnych potrafią osiągnąć poczucie szczęścia bez względu na podejmowane aktywności równoległe, ponieważ z każdej z nich wyciągają to, co dla nich w bieżącym momencie jest najbardziej potrzebne. Moje badania pokazały także, że częstsze podejmowanie aktywności, takich jak uprawianie ogrodu, słuchanie radia czy chodzenie do kościoła, łączy się z wyższą oceną ogólnej jakości życia. Natomiast częstsze czytanie książek

i prasy czy spotkanie się ze znajomymi poza domem związane są z wyższą satysfakcją z życia. Pokazuje to, że dla każdego wymiaru poczucia jakości życia inne aktywności mają znaczenie i **najprawdopodobniej nie istnieje jeden wzorzec aktywności sprzyjający poczuciu jakości życia w okresie zaawansowanej dorosłości**. Wynik ten nie pojawiał się wcześniej w tak bezpośredniej formie w innych badaniach, co pokazuje mój autorski wkład w wiedzę na temat czynników związanych z aktywnym starzeniem się. Większe zaangażowanie w daną aktywność może sugerować jej większe znaczenie dla jednostki oraz jej większy potencjał w kreowaniu pozytywnych doświadczeń, które stanowią rdzeń oceny poczucia jakości życia osób w podeszłym wieku (Carstensen, 2021; Carstensen i in., 1999; Liao i Carstensen, 2018).

Przeprowadzone przeze mnie badania pokazały, że aktywności niezwiązane z wysiłkiem fizycznym (np. poznawcze czy społeczne) są silniejszymi predyktorami wskaźników poczucia jakości życia osób starszych niż aktywności fizyczne. Aktywności poznawcze z racji swojej natury są związane z mniejszym nakładem wysiłku fizycznego koniecznego do ich realizacji. W związku z doświadczaniem pogarszającego się stanu zdrowia oraz zmniejszenia ilości dostępnych zasobów osoby starzejące się ograniczają poziom swojej aktywności (szczególnie tej wymagającej fizycznie) (Harvey i in., 2015; Park i in., 2020; Rezende i in., 2014). Jednak nie powoduje to przyjęcia całkowicie biernego stylu życia przez osoby starsze. Dokonując selekcji i kompensacji (Baltes i Baltes, 1990; Freund i Baltes, 2002; Moghimi i in., 2019), optymalizują one podejmowane aktywności, wybierając te, które są dla nich bardziej dostępne i pozwalają zapewnić pozytywne doświadczenia. Analizy na zgromadzonych danych zasugerowały niespójne wyniki dotyczące podejmowania przez osoby starsze aktywności rodzinnych. Pokazały one, że podejmowanie aktywności rodzinnych lepiej przewiduje poziom satysfakcji z życia niż poczucie szczęścia w grupie starszych Polek i Polaków z projektu SHARE, natomiast w próbie replikacyjnej podejmowanie tego rodzaju aktywności zmniejsza poczucie szczęścia starszych Polek i Polaków, ale nie ma związku z ich satysfakcją z życia. Poczucie szczęścia jako afektywny komponent jakości życia (Diener, 2009; Diener i in., 1985; Diener, Scollon, i in., 2009) jest podatne na możliwości regulacji doświadczanych stanów afektywnych. Aktywności rodzinne podejmowane przez osoby starsze wymagają nie tylko posiadania wystarczających zasobów do ich realizacji, ale również wysokiego zaangażowania i efektywnego radzenia sobie z wyzwaniami z nimi związanymi. Badania pokazują, że wysoki poziom zaangażowania w aktywności wymaga samoregulacji i wysiłku emocjonalnego (Hess i in., 2012; Hess i Ennis, 2012). Jeśli wysiłek związany z tymi

procesami przekracza poziom zasobów jednostki, to aktywności rodzinne mogą być zbyt obciążające dla dobrostanu jednostki i jej poziomu zdrowia (Segerstrom, 2008; Windsor i in., 2008). Spowoduje to zmniejszenie poczucia szczęścia. Przy analizie aktywności podejmowanych przez osoby starsze (65+) trzeba również pamiętać, że przeciętnie nie tylko są one mniej zdrowe niż osoby młodsze, ale również mają mniej poznawczych i motywacyjnych zasobów umożliwiających im angażowanie się w wymagające (pochłaniające zasoby / wyczerpujące) aktywności (Hess i in., 2012; Hess i Ennis, 2012). Aktywności rodzinne oparte są na pewnej formie zobowiązania społecznego czy oczekiwań normatywnych (Arpino i in., 2018), co powoduje, że osoby je podejmujące mogą je realizować nawet mimo ich obciążającego charakteru. Poczucie satysfakcji w tym kontekście może wynikać z poczucia dobrze wykonanej „pracy”, która przynosi korzyść członkom rodziny, czyli zawsze ma pozytywny efekt (choć niekoniecznie dla osoby ją wykonującej). Analizy z mojego projektu, ale również z wcześniejszych badań sugerują, że zarówno aktywność rodzinna, jak i aktywność fizyczna mają istotne znaczenie dla poziomu poczucia jakości życia osób w podeszłym wieku. Można przypuszczać, że czynnik różnicujący ich siłę oddziaływania leży w ich intensywności i obciążaniu zasobów posiadanych przez osoby starsze. Aktywności rodzinne mogą stanowić źródło zarówno pozytywnych doświadczeń, jak i potencjalnych konfliktów (Goodman, 2006; Hank i Buber, 2009; Moore i Rosenthal, 2015), a różnica w możliwości gromadzenia korzyści z ich podejmowania sprowadzać się będzie do ilości czasu na nie poświęcanego oraz do poziomu wysiłku, który osoby starsze muszą w nie włożyć (Skałacka, 2018). Podobnie jest z poziomem aktywności fizycznej – jej intensywność i dobrowolność udziału będą determinować siłę i kierunek oddziaływania na poczucie jakości życia osób starszych (Allender i in., 2006; Maher i in., 2015; Panza i in., 2019; Skałacka i Błońska, 2022)

B6. Otrzymane wyniki – Polacy na tle innych mieszkańców Europy.

Dodatkowo, przeprowadzone przeze mnie analizy pokazały, że starsi Polacy, w odróżnieniu od swoich europejskich rówieśników, gorzej oceniają poziom swojego zdrowia oraz zgłaszają więcej problemów w codziennym funkcjonowaniu. Jest to wynik zgodny z wcześniejszymi badaniami pokazującymi, że mieszkańcy ze wschodnich/centralnych rejonów Europy wykazują duże różnice w ocenie stanu zdrowia w porównaniu do mieszkańców zachodnich regionów (np. Verropoulou, 2012). Badacze sugerują, że przyczyną tych różnic są m.in. niższy poziom ochrony zdrowia, niższy status ekonomiczny, niższy ogólny poziom wykształcenia obywateli czy częstszy niezdrowy styl życia (Verropoulou, 2012). Nie można

jednak wykluczyć, że czynniki środowiskowe wpływają na ogólną ocenę stanu swojego zdrowia (Bardage i in., 2005). Badania pokazują, że czynniki takie jak możliwość uzyskania wsparcia instrumentalnego, dostępność placówek ochrony zdrowia czy rozległość sieci zadowolających relacji społecznych, mają istotny wpływ na poziom oceny własnego stanu zdrowia wśród osób starszych (Harschel i in., 2015), a dodatkowo analizy pokazały, że wzrost aktywności społecznej mieszkańców może zmniejszyć różnice między wschodem/centrum a zachodem Europy w ocenie własnego stanu zdrowia (Carlson, 1998). Na tej podstawie można wyciągnąć wniosek o potrzebie aktywizacji i edukacji prozdrowotnej mieszkańców wschodnich/centralnych rejonów Europy.

B7. Otrzymane wyniki – ocena stanu zdrowia osób starszych.

Przeprowadzone przeze mnie analizy pokazały również, że im niżej oceniany jest stan zdrowia osób starszych (bez względu na miejsce zamieszkania), tym większa jest ich szansa na przynależność do grupy osób mało aktywnych niż bardzo aktywnych. Wynik ten nie jest zaskakujący w świetle dotychczasowych badań pokazujących, że wysoka aktywność powiązana jest z lepszym funkcjonowaniem fizycznym i psychicznym (Y.-C. Chen i in., 2019; Dawson- -Townsend, 2019; Fernández-Ballesteros, 2011; Fernández-Mayoralas i in., 2015; Oftedal i in., 2019; Tomioka i in., 2017). Natomiast moje analizy wykazały również, że lepsza ocena stanu własnego zdrowia zwiększa prawdopodobieństwo uczestnictwa w wielu aktywnościach równoległych przez osoby starsze. Dzieje się tak, ponieważ posiadane przez jednostkę zasoby mogą wpływać na podejmowanie zachowań prozdrowotnych (Zadworna i Kossakowska, 2021), a samo zaangażowanie w różnorodne aktywności społeczne, fizyczne czy kulturalne kształtuje wysoki poziom zdrowia i poczucia jakości życia wśród członków starzejącej się populacji (patrz przegląd badań w: Ryu i in., 2022). Możliwa jest jednak interpretacja odwrotna, sugerująca że osoby podejmujące wiele aktywności równoległych (są wszechstronnie aktywne), lepiej oceniają stan swojego zdrowia, ponieważ nie przeszkadza im on istotnie w spełnianiu ról społecznych i zadań związanych z codziennością (Y.-C. Chen i in., 2019). Moje badania pokazały, że czynniki, takie jak wysoka samoocena stanu zdrowia, mała ilość doświadczanych trudności w codziennym funkcjonowaniu fizycznym (np. wstawanie z łóżka) oraz bycie w stałym związku wiążą się istotnie z wyższymi wskaźnikami poczucia jakości życia (bez względu na grupę badawczą i rodzaj wskaźnika jakości życia). Stopniowe pogarszanie się stanu zdrowia oraz rosnąca liczba doświadczanych ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu są wpisane w proces starzenia się (Y.-C. Chen i in., 2019; French i in., 2012; Park i in., 2020; Zadworna, 2022). Będą one zatem determinować

możliwość podejmowania zarówno ilości aktywności równoległych, jak i ich częstotliwość (Fernández-Mayoralas i in., 2015). Znaczenie i oddziaływanie parametrów związanych z oceną stanu zdrowia na poczucie jakości życia osób starszych potwierdzają się wielokrotnie w moich badaniach, ale również w analizach przeprowadzonych przez innych badaczy (Y.-C. Chen i in., 2019; Dawson- -Townsend, 2019; Fernández-Ballesteros, 2011; Fernández-Mayoralas i in., 2015; Oftedal i in., 2019; Tomioka i in., 2017). Wyniki moich badań można również zinterpretować inaczej. Pokazują one bowiem, że najwyższa ilość podejmowanych aktywności występuje z większym prawdopodobieństwem wśród osób starszych posiadających większe zasoby zdrowotne i społeczne. Przyczyniać się to może do poważnego zniekształcenia znaczenia aktywnego starzenia się, zmieniając je z koncepcji o powszechnym zastosowaniu w podejście obejmujące elitarną mniejszość (da Silva Sousa i de Azevedo Barros, 2020; Foster i Walker, 2015).

Przeprowadzone przeze mnie analizy pokazały, że zarówno Polacy, jak i ich europejscy rówieśnicy najczęściej podejmują aktywności o umiarkowanych wymaganiach fizycznych (jak prace w ogrodzie czy chodzenie na spacerach) lub aktywności raczej bierne (jak czytanie książek, gazet i czasopism oraz modlenie się). Potwierdziły to badania replikacyjne, które dodały do tej listy oglądanie telewizji i odwiedzanie krewnych poza miejscem własnego zamieszkania. Aktywności te należą do grupy aktywności pasywnych i niewymagających fizycznie czy poznawczo, co potwierdza wzorzec mało aktywnej osoby starszej (Chastin i in., 2014; Matthews i in., 2008; Rezende i in., 2014; Skałacka i Derbis, 2015). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, 2015) rekomenduje osobom w podeszłym wieku podejmowanie regularnej aktywności fizycznej jako niezbędnego czynnika aktywnego stylu życia. Natomiast jeśli osoby starsze nie są w stanie zaangażować się w sugerowany poziom aktywności fizycznych, to powinny mieć możliwość podejmowania maksymalnej ilości aktywności wymagających fizycznie w zakresie dopasowanym do ich bieżącej sytuacji życiowej i zdrowotnej (Park i in., 2020).

B8. Otrzymane wyniki – różnice międzyplciowe.

Otrzymane wyniki pokazują także różnice w rodzajach aktywności ze względu na płeć badanych. Zarówno starsze Polki, jak i mieszkanki innych krajów europejskich częściej niż starsi mężczyźni czytają książki lub gazety, oglądają telewizję, opiekują się wnukami, odwiedzają krewnych poza miejscem własnego zamieszkania, sięgają po krzyżówki i inne gry słowne, uczestniczą w kursach doszkalających oraz częściej się modlą i chodzą do kościoła. Dodatkowo opieka nad wnukami jest jedyną aktywnością, która nie różnicowała istotnie

Polek i pozostałych Europejki pod kątem jej podejmowania. Starsi mężczyźni częściej niż starsze kobiety są za to zaangażowani w działalność w ramach organizacji politycznych lub społecznych, częściej grają w szachy lub karty oraz częściej podejmują intensywną i umiarkowaną aktywność fizyczną. Otrzymane przeze mnie wyniki są zgodne z wcześniejszymi wynikami badań (Arpino i Bordone, 2017, 2018; Hank i Buber, 2009) i pokazują, że starsze kobiety i starsi mężczyźni podejmują nieco inne aktywności równoległe, co może wiązać się z innymi rolami społecznymi pełnionymi przez te osoby, jak również z różnymi oczekiwaniami społecznymi wynikającymi z tych ról. Przeprowadzone przeze mnie badania sugerują, że różnica w podejmowaniu różnych aktywności przez starsze kobiety i starszych mężczyzn może wynikać nie tyle z ich preferencji, ile ze spełniania określonych oczekiwań normatywnych związanych z daną rolą społeczną.

B9. Otrzymane wyniki – nowy model aktywnego starzenia się.

Największym wkładem przeprowadzonych przeze mnie badań jest możliwość zasugerowania na ich podstawie zarysu nowego modelu aktywnego starzenia się. Większość osób starszych dokonuje relokacji czasu poświęcanego wcześniej na pracę zawodową w stronę bardziej pasywnych aktywności i wypoczynku, a większość tych aktywności jest realizowanych w domu i najczęściej samotnie (Horgas i in., 1998). Wiek i stan zdrowia w istotny sposób wiążą się z czasem trwania, częstotliwością oraz różnorodnością aktywności podejmowanych przez osoby w zaawansowanej dorosłości (McKenna i in., 2007). Badania pokazują również, że wraz z przejściem na emeryturę osoby starsze tracą przeciętnie dwie role społeczne pełnione poprzednio, jednak nie odbija się to negatywnie na ich poczuciu jakości życia tylko wtedy, gdy osoby nie są bardzo zaawansowane wiekiem (65–74 lata) (McKenna i in., 2007). Sugeruje to podejmowanie przez osoby w okresie późnej dorosłości działań adaptacyjnych, umożliwiających im kompensację utraconych ról oraz optymalizację bieżącego funkcjonowania (Freund i P. B. Baltes, 2000, 2002). Otrzymane przeze mnie wyniki sugerują, że postępujący wiek zmniejsza ilość podejmowanych aktywności równoległych, ale przede wszystkim wtedy, gdy ocena własnego stanu zdrowia osób w zaawansowanej dorosłości jest niska. Badania przeprowadzone przez McKenna ze współpracownikami (2007) pokazały, że wraz z wiekiem wzrasta ilość czasu poświęcanego na aktywności związane głównie z wypoczynkiem i rozrywką. Jeśli dodać do tego, że wraz z postępującym wiekiem ludzie wdrażają strategię selekcji podejmowanych aktywności, opartą na ograniczonych zasobach własnych i doświadczonych stratach (P. B. Baltes i M. M. Baltes, 1990; Freund i P. B. Baltes, 2000; Moghimi i in., 2019), to redukcja w zakresie i

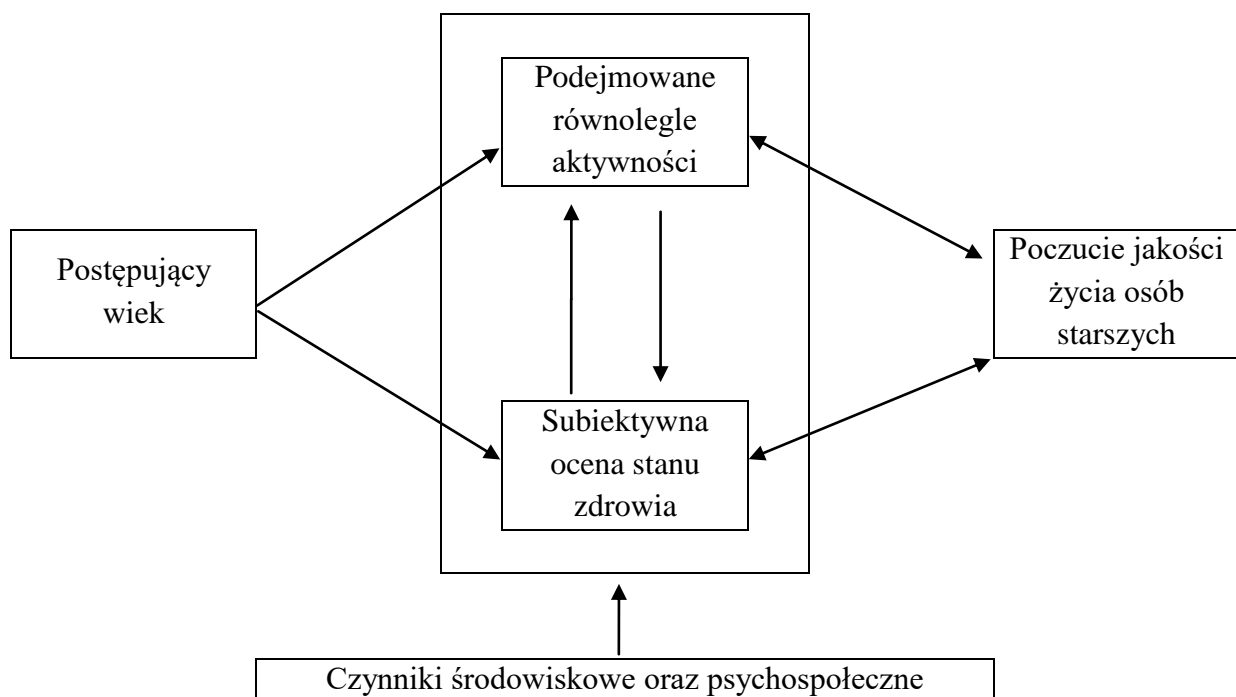
możliwościach angażowania się w wybrane aktywności staje się wyraźna. Ograniczenia wynikające z gorszego stanu zdrowia mogą utrudniać podejmowanie niektórych form aktywności wśród osób w podeszłym wieku (Baltes i Baltes, 1990; Lee i in., 2018; Weber i in., 2020). O tak istotnej roli stanu zdrowia w kształtowaniu wzorców aktywności osób starszych informowali również inni badacze (Janke i in., 2006). Wraz z postępującym wiekiem wymagania związane z pełnionymi rolami społecznymi (zawodowymi czy rodzinnymi) mogą się zmniejszać, uwalniając część zasobów dostępnych dla osób starszych, ale równocześnie kwestie związane ze stanem własnego zdrowia czy doświadczanymi stratami społecznymi (np. śmierć współmałżonka) stają się bardziej wyraziste i powszechne (Baltes, 1997; Havighurst i in., 1968; Havighurst, 1981). Równocześnie wyniki moich analiz sugerują, że **negatywny efekt obniżania poczucia jakości życia wraz z wiekiem zmniejsza się wraz z podjęciem dodatkowych aktywności równoległych przez osoby starsze, ale warunkiem takiego efektu jest względnie dobra ocena własnego stanu zdrowia**. Istnieją dwa potencjalne mechanizmy tłumaczące ten wynik. Pierwszy łączy podejmowane aktywności z całościowym prozdrowotnym funkcjonowaniem, poprawiającym radzenie sobie z codziennymi wyzwaniami. Osoby starsze będąc bardziej aktywne przyczyniają się do wzmocnienia stanu zdrowia, co przekłada się nie tylko na lepsze jego ocenianie, ale równocześnie na faktyczną poprawę parametrów zdrowotnych. Zarazem jednak osoby starsze nisko oceniające swój stan zdrowia podejmują mniej aktywności (skupiając się na tych pasywnych i samotniczych), co przyczynia się do utrzymywania przez nie siedzącego trybu życia, co wtórnie nie tylko pogarsza ich stan zdrowia, ale również obniża ocenę zadowolenia z niego. Drugi mechanizm tłumaczący otrzymane efekty bazuje na zmianach w parametrach psychologicznych związanych z wyższym poziomem aktywności. Osoby starsze bardziej aktywne mają więcej okazji, poprzez podejmowanie zróżnicowanych aktywności (fizycznych, społecznych, poznawczych i rodzinnych), do doświadczania pozytywnych i przyjemnych sytuacji, które mogą tłumić/zmniejszać efekty związane z negatywnymi aspektami starzenia się, dając w rezultacie pozytywne odczucia co do jakości własnego życia (Matz-Costa i in., 2016). Badania pokazują również, że osoby starsze doświadczające więcej pozytywnych emocji, stosują skuteczniejsze strategie radzenia sobie oraz doświadczają większego poczucia własnej skuteczności (An i in., 2020; M. M. Baltes i Carstensen, 2003; Carstensen, 2021; Maher i in., 2015), co powoduje, że mimo doświadczania negatywnych zmian związanych z procesem starzenia się adaptują się one do nich i znajdują w podejmowanych aktywnościach źródło poczucia jakości życia. Nie można jednak wykluczyć w tej sytuacji relacji dwukierunkowej (An i in., 2020; Steptoe i in., 2015). To nie tylko podejmowane aktywności

będą promować wyższe wskaźniki poczucia jakości życia, ale również osoby starsze, które charakteryzują się wyjściowo pozytywną postawą wobec swojego życia (wysoko oceniają jego jakość), będą częściej podejmować wiele równoległych aktywności jako części aktywnego stylu życia. Poczucie szczęścia i satysfakcji z życia może również działać ochronnie na stan zdrowia osób starszych, więc ludzie lepiej oceniający poczucie jakości swojego życia mogą częściej podejmować różne aktywności równoległe (An i in., 2020; Kim i in., 2019). Co ciekawe, efekt moderacyjny stanu zdrowia spada wraz z lepszą jego oceną, pokazując równocześnie, że **zmniejszająca się wraz z wiekiem liczba podejmowanych aktywności obniża wskaźniki poczucia jakości życia jedynie w sytuacji słabej samooceny stanu zdrowia**. Osoby starsze charakteryzujące się słabym stanem zdrowia mogą częściej doświadczać różnych ograniczeń wynikających z tej sytuacji, takich jak mniejszy poziom energii do działania czy zmniejszona mobilność i samodzielność (Lawton, 1996; Paillard-Borg i in., 2009). Doświadczenie ograniczeń wynikających ze stanu zdrowia może modyfikować podejmowany styl życia, ponieważ zmieniają one bezpośrednio możliwości jednostki w zakresie angażowania się w różne aktywności i wchodzenia w różne relacje społeczne. Większa ilość ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu wiąże się z mniejszą częstotliwością podejmowania aktywności fizycznych, religijnych czy poznawczych, ale równocześnie zwiększa ilość czasu poświęcanego na odpoczynek czy realizację procedur medycznych (np. przyjmowanie leków) (Baltes i Baltes, 1990; Paillard-Borg i in., 2009). Dobry stan zdrowia wiąże się nie tylko z większymi możliwościami podejmowania różnych aktywności ale także z możliwością podejmowania częstszych interakcji społecznych, zarówno z członkami własnej rodziny, jak i z innymi osobami z bezpośredniego otoczenia osoby starszej (Baltes i Baltes, 1990; Weber i in., 2020).

Opierając się na otrzymanych w badaniach własnych wynikach oraz danych pochodzących z wcześniejszych analiz, chciałam zaproponować uzupełnienie teorii aktywnego starzenia się (Fernández-Ballesteros, 2008; Havighurst, 1961; Neugarten i in., 1996). Aktywne starzenie się było do tej pory definiowane jako adaptacyjny proces mający na celu maksymalizację zdrowia i samodzielności jednostki oraz promowanie jej dobrego funkcjonowania fizycznego, poznawczego i społecznego (Fernández-Ballesteros, 2008). Ja chciałam dodatkowo podkreślić w tej definicji możliwość równoczesnego łączenia aktywności wynikających z różnych ról społecznych pełnionych przez osoby starsze. **Model aktywnego starzenia się zaproponowany przeze mnie sugeruje, że postępujący wiek łączy się z poczuciem jakości życia niebezpośrednio, ale właśnie za pośrednictwem**

podejmowanych aktywności równoległych i oceny stanu własnego zdrowia. Takie ujęcie relacji wieku i poczucia jakości życia pozwoli wyjaśnić sprzeczne wyniki opisane w literaturze, ale równocześnie pozwoli spojrzeć na proces starzenia się z perspektywy nie tylko zachodzących zmian biologicznych, ale także możliwości kształtowania zadowolenia z niego. Zaproponowany model obejmuje dwukierunkową relację podejmowanych aktywności oraz spostrzeganej kondycji zdrowotnej. Większa aktywność powiązana jest bowiem z lepszą kondycją nie tylko fizyczną, ale też psychiczną (np. Y.-C. Chen i in., 2019; Dawson- - Townsend, 2019), ale równocześnie osoby starsze mające niższy poziom zdrowia dostosowują swoją aktywność do aktualnych możliwości fizycznych i psychicznych (Baltes i Carstensen, 2003; Baltes, 1997; Freund i Baltes, 2000). Dwustronna relacja występuje również między oceną poczucia jakości życia a podejmowanymi aktywnościami oraz oceną stanu własnego zdrowia. Możliwe są bowiem oddziaływania dwukierunkowe – zarówno osoby, które są bardziej aktywne czy lepiej oceniają swój stan zdrowia, mogą wyżej oceniać poczucie swojej jakości życia, jak i odwrotnie – osoby, które są zadowolone z życia, mogą podejmować więcej aktywności w swojej codzienności czy dokonywać bardziej pozytywnych ocen swojego stanu zdrowia (bez względu na stan obiektywny). Przepuszczenia te potwierdzają wcześniejsze badania dotyczące m.in. podejmowania aktywności fizycznych (An i in., 2020) czy zaangażowania w wolontariat przez osoby starsze (Thoits i Hewitt, 2001). Wynika z nich, że zarówno osoby o wysokim poziomie poczucia jakości życia deklarują częstsze podejmowanie tych aktywności, jak i podejmowanie tych aktywności łączy się z wyższą oceną poczucia jakości życia przez osoby starsze. Dwukierunkowa relacja zachodzi również według mnie między oceną stanu swojego zdrowia i oceną poczucia jakości życia osób starszych. Pojawiający się wraz z postępującym wiekiem spadek zasobów fizycznych i psychicznych może obniżać ocenę poczucia jakości własnego życia. Zarazem jednak wysoka ocena jakości swojego życia (niezależnie od obiektywnych wskaźników stanu zdrowia) może przyczyniać się do większej motywacji do podejmowania zachowań prozdrowotnych (Zadworna i Kossakowska, 2021) lub do oceny stanu swojego zdrowia jako co najmniej zadowalającego, ponieważ nie utrudnia on realizacji ważnych dla jednostki aktywności czy ról społecznych (Chen i in., 2019). Skupienie się na tym, co jest zarówno ważne, jak i osiągalne dla jednostki, nie tylko jest formą adaptacji do starości, ale także sprzyja wzmocnieniu poczucia jakości życia (Baltes i Carstensen, 2003; Pożarska-Zarzecka i Oleś, 2019). Zaproponowany model uwzględnia również fakt, że na wybór aktywności podejmowanych równoległe przez osoby starsze wpływ może mieć wiele czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Moje badania pokazały, że tymi czynnikami są: bycie w

stałym związku, aktywność zawodowa czy zamieszkiwanie w mieście (zamiast na wsi). Inne badania sugerują, że są to: płeć (np. kobiety częściej podejmują aktywności społeczne czy opiekuńcze; Arpino i Bordone, 2017; Bordone, 2017; Hank i Buber, 2009), środowisko funkcjonowania (kształtujące np. poziom doświadczanego stresu, naciski społeczne na pełnienie danej roli społecznej czy możliwość uzyskania wsparcia; Harschel i in., 2015) czy status społeczno-ekonomiczny jednostki (Bardage i in., 2005; Horsfall i Dempsey, 2015). Wszystkie one stanowią kontekst do subiektywnej oceny stanu własnego zdrowia czy możliwości/konieczności podejmowania danej grupy aktywności. Proponowany model może być użyteczny w wyjaśnianiu różnic w wynikach dotyczących wskaźników poczucia jakości życia w okresie późnej dorosłości. Ocena poczucia jakości życia w wieku podeszłym może bowiem być generowana bardziej refleksyjnie, biorąc pod uwagę nie tylko bieżące okoliczności życiowe, ale również perspektywę przeszłą, tworząc swoisty bilans życiowy (Oleś, 2015; Steuden i Marczuk, 2006). Zarys proponowanego modelu przedstawia rysunek 2



Rysunek 2. Proponowany model aktywnego starzenia się

B10. Ograniczenia otrzymanych wyników.

Mimo że przeprowadzone przeze mnie badania podnoszą poziom rozumienia czynników kształtujących poczucie jakości życia osób starszych, nie są wolne od ograniczeń. Należą do nich m.in. poprzeczny charakter badań, potencjalny efekt kohorty wiekowej, samoopisowy charakter badań i związane z nim obciążenia wyników, dobrana przeze mnie lista aktywności,

która nie jest kompletna, czy różne inne czynniki metodologiczne. Z tego względu otrzymane przeze mnie wyniki nie są uniwersalne dla populacji osób starszych. Mimo wyróżnionych ograniczeń moje badania mają również niewątpliwe zalety. Należą do niewielu dotychczas przeprowadzonych badań skupiających się na podejmowaniu przez osoby starsze aktywności równoległych i na analizie ich relacji z poczuciem jakości życia osób w zaawansowanej dorosłości. Analiza tych związków za pomocą rzadko wykorzystywanej w psychologii Analizy Klas Ukrytych na dużej grupie starszych Europejczyków, z potwierdzeniem jej w badaniach replikacyjnych, podnosi wartość i wiarygodność otrzymanych rezultatów. Dodatkowo badania te mają swój wkład w wyjaśnienie przyczyn dotychczas obserwowanych różnic we wskaźnikach odnoszących się do różnych wymiarów poczucia jakości życia osób w podeszłym wieku. W rezultacie moje badania przyczyniają się do rozwoju wiedzy dotyczącej natury i konsekwencji angażowania się przez osoby starsze w różne aktywności równoległe.

C. Aplikacyjna użyteczność rezultatów przeprowadzonych badań

Wyniki moich badań mają przede wszystkim wartość poznawczą. Podnoszą poziom rozumienia czynników kształtujących aktywne starzenie się, co pozwoliło mi na zasugerowanie nowego modelu relacji między podejmowanymi aktywnościami w wieku podeszłym a poczuciem jakości życia. W kontekście rozwoju teorii aktywnego starzenia się (Havighurst, 1961; Neugarten i in., 1996) moje badania potwierdzają jej główne założenia oraz wyniki wcześniejszych badań (Arpino i Bordone, 2018; Caprara i in., 2013; Fernández-Ballesteros i in., 2007). Równocześnie jednak sugerują, że **zwiększanie liczby podejmowanych aktywności równoległych przez osoby starsze nie oddziałuje tak samo na wszystkie wskaźniki poczucia jakości życia oraz że ocena stanu zdrowia warunkuje związek między aktywnościami a poczuciem jakości życia wśród osób starszych.**

Wyniki otrzymane w ramach przeprowadzonych przeze mnie badań mogą być jednak użyteczne do kształtowania polityki aktywizacji osób starszych, co w rezultacie powinno się przyczynić do podnoszenia ich poczucia jakości życia. W polskim kontekście jest to szczególnie ważne zagadnienie, ponieważ świadomość społeczna co do czynników kształtujących pomyślnie starzenie się czy zachowań prozdrowotnych i aktywizujących osoby starsze jest w naszym kraju niewielka (Zadworna, 2022). Przeprowadzone przeze mnie analizy pokazują możliwości tworzenia programów aktywizacji osób starszych oraz edukacji ich opiekunów czy ludzi pracujących z osobami w podeszłym wieku. Programy te powinny obejmować interwencje nakierowane na promowanie czynników łączących się z poczuciem

jakości życia poprzez podnoszenie zaangażowania w różne formy aktywności równoległych. Jak pokazały moje badania, są one szczególnie ważne w przypadku osób najstarszych, samotnych, będących na emeryturze i z niską oceną stanu zdrowia. Przeprowadzone przeze mnie badania sugerują również, że programy podnoszące aktywność osób starszych nie powinny być skupione na aktywności jako takiej, tylko dostosowywać bardziej tematycznie ofertę aktywności, by zaangażowanie w nie łączyło się z lepszymi parametrami oceny jakości swojego życia. Dodatkowo moje analizy mogą przyczynić się do identyfikacji osób starszych z grup ryzyka. Osoby nieaktywne, podejmujące głównie aktywności samotnicze i pasywne, oraz osoby starsze skupione na opiece nad niepełnosprawnymi członkami swojej rodziny mogą być bardziej podatne na negatywne konsekwencje zdrowotne oraz mniejsze poczucie jakości życia. Z tego powodu programy promujące zdrowy styl życia czy programy podnoszące zaangażowanie społeczne powinny zawierać strategię identyfikacji osób starszych z tych grup ryzyka i maksymalizować możliwości podejmowania aktywności sprzyjających ich funkcjonowaniu w późnej dorosłości. Wyróżnienie grup ryzyka wśród osób starszych i skierowanie interwencji bezpośrednio do nich może przyczynić się do tego, że będą one czerpać jeszcze więcej korzyści z oferowanych programów, które dzięki zwiększeniu poziomu ich aktywności mogą kompensować braki doświadczone na wcześniejszych etapach życia (Jackson i in., 2020).

Mimo że moje badania zostały przeprowadzone na niezinstytucjonalizowanej grupie osób starszych, uważam, że wnioski z nich płynące mogą być rozszerzone na grupę osób starszych będących podopiecznymi instytucji i organizacji świadczących pomoc długoterminową, ponieważ w takich placówkach projektowanie programów podnoszących aktywność może być bardziej celowe i wiązać się z większym zaangażowaniem osób w podeszłym wieku (Chen i in., 2019).

Podsumowując, zaletą przeprowadzonych przeze mnie badań jest ujęcie problematyki poczucia jakości życia starzejących się osób z nowej perspektywy. Obejmuje ona podejmowanie przez osoby starsze aktywności równoległych, z uwzględnieniem czynników socjodemograficznych i zdrowotnych. Pozwala to spojrzeć na problematykę kształtowania poczucia jakości życia wśród osób w zaawansowanej dorosłości z szerszej perspektywy. Przeprowadzone przeze mnie badania pokazują, że różne klasy aktywności osób w późnej dorosłości wiążą się z poczuciem jakości życia i że każdy z tych zbiorów jest wrażliwy na oddziaływanie czynników socjodemograficznych oraz dotyczących stanu zdrowia w inny sposób. Unaocznia to wagę kontrolowania tych czynników zarówno w kolejnych badaniach

dotyczących aktywnego starzenia się, jak i przy budowaniu programów aktywizacji osób starszych oferowanych na poziomie społecznym.

Różnice w poziomie poczucia jakości życia, które otrzymałam między grupą osób starszych mieszkających w Polsce a grupą osób mieszkających w innych krajach europejskich, pokazują, że mimo iż wielu badaczy decyduje się na zamienne używanie różnych wskaźników poczucia jakości życia, to jednak uwzględniając dane z badań międzynarodowych, należy osobno analizować każdy z nich. Jest to zresztą postulat sugerowany przez wielu innych badaczy (Foster i Walker, 2015; Headey i Wearing, 1988; Ramia i Voicu, 2020). Wyniki otrzymane w moich badaniach są zgodne z postulatami WHO dotyczącymi aktywnego starzenia się ludzi. Pokazują one równocześnie, że poziom zaangażowania w różne aktywności nie zawsze wynika z osobistych wyborów osób starszych (tego, co by chciały robić), ale opiera się głównie na ich możliwościach i potrzebach związanych z codziennością. Społeczne, ekonomiczne, środowiskowe, fizyczne i psychiczne czynniki kształtują możliwość aktywnego starzenia się.

OPIS CYKLU POWIĄZANYCH TEMATYCZNIE ARTYKUŁÓW

1. **Skalacka, K.** i Derbis, R. (2015). Activities of the elderly and their satisfaction with life. *Polish Journal of Applied Psychology*, 13(3), 87–102. DOI: 10.1515/pjap-2015-0039
2. **Skalacka K.** (2018). Wpływ zaangażowania w opiekę nad wnukami na poziom poczucia jakości życia dziadków. *Czasopismo Psychologiczne*, 24(3), 617-626. DOI: 10.14691/CPJ.24.3.617
3. **Skalacka, K.** i Gerymski, R. (2019). Sexual activity and life satisfaction in older adults. *Psychogeriatrics*, 19(3), 195-201. DOI: 10.1111/psyg.12381
4. **Skalacka, K.** i Błońska, K. (2023). Physical Leisure Activities and Life Satisfaction in Older Adults. *Activities, Adaptation & Aging*, 47(3), 379-396. DOI: 10.1080/01924788.2022.2148416
5. **Skalacka, K.**, i Pajestka, G. (2021). Digital or In-Person: The Relationship Between Mode of Interpersonal Communication During the COVID-19 Pandemic and Mental Health in Older Adults From 27 Countries. *Journal of Family Nursing*, 27(4) 275–284. DOI: 10.1177/10748407211031980
6. **Skalacka, K.**, i Pajestka, G. (w druku). COVID-19 and older workers' mental health: data from 27 countries. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*.

W pierwszym artykule (1) wskazanym w ramach osiągnięcia, który dotyczy związków między podejmowanymi aktywnościami a poczuciem satysfakcji z życia wykazaliśmy m.in., że wystąpienie tego związku w grupie osób starszych jest zależne od formy podejmowanych aktywności (samotnicze vs nieformalne), częstości ich podejmowania (regularne vs okazjonalne) oraz od rodzaju wskaźnika jakości życia. Analizy takich relacji między zmiennymi, zgodnie z moją wiedzą, zostały po raz pierwszy przedstawione w polskiej

literaturze przeze mnie. Przeprowadzony projekt pokazał również, że subiektywny wiek wzmacnia relację między liczbą podejmowanych aktywności a ogólnym poczuciem jakości życia osób starszych. Dane te wspierają doniesienia innych badaczy (np. Stephan i in., 2011) sugerujące, że poczucie bycia młodszym / młodszą niż jest się biologicznie wiąże się z wyższą oceną jakości własnego życia, ponieważ łączy się z większą dostępnością posiadanych zasobów psychicznych, a w szczególności zasobów poznawczych³;

Kolejny tekst (2), dotyczy związku między zaangażowaniem w opiekę nad wnukami z poczuciem jakości życia dziadków. Pełnienie roli babci lub dziadka niesie ze sobą nie tylko radość wynikającą z obcowaniem ze swoimi wnukami, ale może się również wiązać z doświadczaniem negatywnych stanów emocjonalnych czy zdrowotnych. W moich badaniach wykazałam, że jest to związane z ilością czasu poświęcanego na opiekę – im jest on większy, a przez to opieka nad wnukami staje się bardziej wymagającą i potencjalnie uciążliwą, tym ocena jakości własnego życia zmniejsza się. Potwierdziło to doniesienia z wcześniejszych badań (np. Goodman i Silverstein, 2002). Nowością, którą pokazałam w tym projekcie jest po pierwsze to, że efekt obniżania poczucia jakości życia wraz z rosnącą liczbą godzin poświęconych opiece jest silniejszy w grupie dziadków niż babć, a po drugie pokazałam, że poczucie umiejscowienia kontroli pełni rolę mediatora w relacji ilości czasu poświęcanego na opiekę nad wnukami a poczuciem jakości życia dziadków⁴. Zgodnie z moją wiedzą analiz takich w literaturze polskiej ani światowej nie było wcześniej;

Artykuł następny (3) odnosił się do analizy związku między podejmowanymi przez osoby starsze czynnościami intymnymi a ich poczuciem jakości życia. Obalając stereotyp aseksualnej osoby starszej (por. Ingbrant, 2020) wykazaliśmy, że utrzymywanie aktywności seksualnej nie tylko jest wpisane w proces starzenia się, ale również przynosi wymierne korzyści dla dobrostanu jednostki. Ważnym wkładem tego projektu w rozwój dziedziny było pokazanie, że aktywność seksualna osób starzejących się nie zanika wraz z postępującym wiekiem, ale przede wszystkim zmienia swoją formę (z genitalnej na głównie pozagenitalną). Osoby starsze zdają się adaptować do procesu starzenia się poprzez dopasowanie podejmowanych czynności seksualnych do możliwości własnych jak i swojego partnera, z zachowaniem przyjemności czerpanej z tych aktywności. Poza tym pokazaliśmy, że utrzymywanie aktywności seksualnej przez osoby starzejące się wiąże się zarówno z lepszą

³ Szczegółowe dane przedstawione są w artykule: **Skalacka, K.** i Derbis, R. (2015). Activities of the elderly and their satisfaction with life. *Polish Journal of Applied Psychology*, 13(3), 87–102. DOI: 10.1515/pjap-2015-0039

⁴ Szczegółowe dane przedstawione są w artykule: **Skalacka K.** (2018). Wpływ zaangażowania w opiekę nad wnukami na poziom poczucia jakości życia dziadków. *Czasopismo Psychologiczne*, 24(3), 617-626. DOI: 10.14691/CPJ.24.3.617

oceną ogólnej jakości życia, jak i z wyższą oceną satysfakcji seksualnej (bez względu na płeć)⁵. Analizy dotyczące aktywności seksualnej osób starszych nadal należą do nieczęsto podejmowanych, stąd wkład naszych badań w rozwój dziedziny uważam za znaczący;

Artykuł trzeci (3) skupiał się na relacji aktywności fizycznych podejmowanych przez osoby starsze z ich poczuciem jakości życia, ale z perspektywy wysiłku i obciążenia dla organizmu, jaki te aktywności niosą ze sobą. Dotychczasowe dane wiążące aktywność fizyczną podejmowaną przez osoby w zaawansowanej dorosłości z ich poczuciem jakości życia pokazują jednoznacznie, że wiąże się ona z polepszeniem funkcjonowania fizycznego i psychicznego (np. Tommerdahl i in. 2022; Wang i Wei, 2022), a także podnosi m.in. ocenę zadowolenia z życia (np. Grimm i in., 2012; Rodrigues i in., 2022). Nasz projekt skupiał się w szczególności na obciążeniu metabolicznym (ang. *metabolic equivalent of task; MET*) podejmowanych czynności codziennych przez osoby starsze. W analizach psychologicznych związku między aktywnością i jakością życia ten parametr jest wykorzystywany bardzo rzadko. Otrzymane przez nas dane pokazały, że osoby starsze charakteryzujące się niskim poziomem ogólnej aktywności fizycznej rzadko sięgają po wymagające fizycznie czy poznawczo czynności, natomiast osoby starsze wykazujące się wysoką codzienną aktywnością wybierają najczęściej również lekkie (nie obciążające zasobów) aktywności fizyczne, społeczne interakcje dające korzyści emocjonalne oraz czynności samotnicze związane z rozrywką⁶;

Ostatnie dwa teksty (5 i 6) dotyczyły aktywności codziennych podejmowanych przez osoby starsze w okresie pandemii COVID-19. Wyjątkowość tego czasu polegała na tym, że w skali globalnej wymusił on zmianę codziennego funkcjonowania jednostek i konieczność izolowania się od innych ludzi (np. praca zdalna/ hybrydowa czy brak możliwości osobistych kontaktów z rodziną i bliskimi). W tych okolicznościach zdrowie psychiczne i dobrostan wielu jednostek został wystawiony na wielką próbę. Dotyczyło to w szczególności osób starszych, które doświadczają samotności bardziej dotkliwie (np. Coyle i Dugan, 2012), mają większe problemy z utrzymaniem równowagi między pracą a obowiązkami domowymi (Kanfer i in., 2020) oraz są szczególnie podatne na negatywne konsekwencje zdrowotne wynikające z zarażenia się COVID-19 (Bialek i in., 2020). Zrealizowane przez nas analizy, bazują na danych pochodzących z 8 fali projektu SHARE (*Survey of Health, Ageing and*

⁵ Szczegółowe dane przedstawione są w artykule: **Skalacka, K.** i Gerymski, R. (2019). Sexual activity and life satisfaction in older adults. *Psychogeriatrics*, 19(3), 195-201. DOI: 10.1111/psyg.12381

⁶ Szczegółowe dane przedstawione są w artykule: **Skalacka, K.** i Błońska, K. (2023). Physical Leisure Activities and Life Satisfaction in Older Adults. *Activities, Adaptation & Aging*, 47(3), 379-396. DOI: 10.1080/01924788.2022.2148416

Retirement in Europe; Börsch-Supan, 2022), dotyczącego sytuacji życiowej osób starszych mieszkających na terenie Europy, w trakcie pandemii COVID-19. Celem naszych badań była analiza danych dotyczących dwóch problemów wynikających z wprowadzonych lockdown'ów: (1) zmiany formy komunikacji z bliskimi (z osobistej na cyfrową), oraz (2) zmiany warunków wykonywania aktywności zawodowej (z osobistej na zdalną lub hybrydową). Dzięki dostępowi do bazy SHARE mieliśmy możliwość przeanalizowania odpowiedzi od starszych mieszkańców 27 krajów europejskich, co pozwoliło nam wyciągać bardziej trafne wnioski. Interesowało nas w szczególności jak wprowadzone w związku z pandemią restrykcje oddziałują na szeroko rozumiane zdrowie psychiczne i dobrostan osób starszych. Nasze analizy wykazały, że im starsza była osoba badana, tym mniej korzyści czerpała z komunikacji cyfrowej, szczególnie podczas kontaktów z własnymi dziećmi. Otrzymane wyniki sugerują, że osobiste, niezapośredniczone przez technologie kontakty z bliskimi mają kluczowe znaczenie dla dobrostanu i zdrowia psychicznego osób starszych, szczególnie tych, którzy mieszkają samotnie (por. Fingermań i in. 2021)⁷. W przypadku konieczności zmiany formy wykonywanej pracy przez osoby starsze, z bezpośredniej na zdalną lub hybrydową, ocena ich dobrostanu psychicznego była zdecydowanie niższa, niż wśród osób starszych wykonujących pracę bez zmiany jej formy (mimo zagrożenia zarażeniem COVID-19). Pokazaliśmy również, że zarówno redukcja godzin pracy jak i ich zwiększenie wynikające z restrykcji pandemicznych wiązało się z niższą oceną swojego zdrowia psychicznego. Wyniki te są szczególnie widoczne wśród starszych kobiet niż wśród starszych mężczyzn⁸. Tego typu analizy wnoszą istotny wkład w rozumienie psychologicznych konsekwencji zmian w warunkach wykonywanej pracy (zdalna vs osobiście wykonywana; zwiększenie vs redukcja godzin pracy), ponieważ jako nieliczne obejmowały grupę osób starszych nadal aktywnych zawodowo.

Moim wkładem w powyższe publikacje było co najmniej stworzenie konceptualizacji, postawienie hipotez badawczych, interpretacja otrzymanych wyników i przygotowywanie finalnej wersji tekstu. Potwierdzają to podpisane przez współautorów oświadczenia, stanowiące załącznik do autoreferatu. Przedstawione powyżej projekty mają istotny wkład w rozwój naszej wiedzy nt. związku podejmowanych aktywności z poczuciem jakości życia osób starszych, który przekłada się na rosnącą liczbę cytowań każdego z opisanych tekstów.

⁷ Więcej informacji i danych przedstawia artykuł: **Skalacka, K.**, i Pajestka, G. (2021). Digital or In-Person: The Relationship Between Mode of Interpersonal Communication During the COVID-19 Pandemic and Mental Health in Older Adults From 27 Countries. *Journal of Family Nursing*, 27(4) 275–284. DOI: 10.1177/10748407211031980

⁸ Więcej informacji i danych przedstawia artykuł: **Skalacka, K.**, i Pajestka, G. (w druku). COVID-19 and older workers' mental health: data from 27 countries. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*.

Podsumowując, przedstawiona do oceny monografia oraz cykl artykułów składających się na moje osiągnięcie naukowe, pozwoliły mi na stworzenie unikatowej charakterystyki aktywności podejmowanych przez osoby starsze i starzejące się, które wspierają ich wysokie poczucie jakości życia. Charakterystyka ta przyczynia się, w mojej ocenie, do lepszego poznania procesów zachodzących w trakcie starzenia się człowieka, umożliwiając tym samym przygotowanie programów profilaktycznych, edukacyjnych czy wspierających osoby starzejące się oraz ich opiekunów. Wiedza ta jest niezbędna, by uskutecznić postulat WHO, dotyczący dbania nie tylko o jak najlepszy stan zdrowia osób starszych, ale o podnoszenie/utrzymanie wysokiej oceny jakości ich życia, mimo doświadczanych przez nich strat.

SPIS CYTOWANEJ LITERATURY

- Agahi, N., Ahacic, K., & Parker, M. G. (2006). Continuity of Leisure Participation From Middle Age to Old Age. *The Journals of Gerontology: Series B*, 61(6), S340–S346. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.6.S340>
- Agahi, N., Lennartsson, C., Kareholt, I., & Shaw, B. A. (2013). Trajectories of social activities from middle age to old age and late-life disability: A 36-year follow-up. *Age and Ageing*, 42(6), 790–793. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft140>
- Agahi, N., & Parker, M. G. (2008). Leisure Activities and Mortality: Does Gender Matter? *Journal of Aging and Health*, 20(7), 855–871. <https://doi.org/10.1177/0898264308324631>
- Allender, S., Cowburn, G., & Foster, C. (2006). Understanding participation in sport and physical activity among children and adults: A review of qualitative studies. *Health Education Research*, 21(6), 826–835. <https://doi.org/10.1093/her/cyl063>
- An, H.-Y., Chen, W., Wang, C.-W., Yang, H.-F., Huang, W.-T., & Fan, S.-Y. (2020). The Relationships between Physical Activity and Life Satisfaction and Happiness among Young, Middle-Aged, and Older Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4817. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134817>
- Arpino, B., & Bordone, V. (2017). Regular provision of grandchild care and participation in social activities. *Review of Economics of the Household*, 15(1), 135–174. <https://doi.org/10.1007/s11150-016-9322-4>
- Arpino, B., & Bordone, V. (2018). Active Ageing Typologies: A Latent Class Analysis of the Older Europeans. In A. Zaidi, S. Harper, K. Howse, G. Lamura, & J. Perek-Białas (Eds.), *Building Evidence for Active Ageing Policies* (pp. 295–311). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-981-10-6017-5_14
- Atchley, R. C. (1985). *Social forces and aging. An Introduction to Social Gerontology*. Wadsworth Pub. Co. <https://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=US201300391310>
- Atchley, R. C. (1989). A Continuity Theory of Normal Aging. *The Gerontologist*, 29(2), 183–190. <https://doi.org/10.1093/geront/29.2.183>
- Atchley, R. C. (1999). *Continuity and adaptation in aging: Creating positive experiences*. Johns Hopkins Univ. Press.
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (2003). The Process of Successful Aging: Selection, Optimization, and Compensation. In U. M. Staudinger & U. Lindenberger (Eds.), *Understanding Human Development: Dialogues with Lifespan Psychology* (pp. 81–104). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0357-6_5
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366–380. DOI:10.1037/0003-066X.52.4.366
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). Cambridge University Press.

- Bardage, C., Pluijm, S. M. F., Pedersen, N. L., Deeg, D. J. H., Jylhä, M., Noale, M., Blumstein, T., & Otero, Á. (2005). Self-rated health among older adults: A cross-national comparison. *European Journal of Ageing*, 2(2), 149–158. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0032-7>
- Bass, S. A., & Caro, F. G. (1993). *Achieving a productive aging society*. Auburn House Pub. Co.
- Bordone, V. (2017). *The Youthful Effect of Childcare Beyond Grandparenthood*. WP-17-013. <http://pure.iiasa.ac.at/14744>
- Braun-Gałkowska, M. (2006). Nowe role społeczne ludzi starszych. In S. Steuden & M. Marczuk (Eds.), *Starzenie się a satysfakcja z życia* (pp. 183–195). Wydawnictwo KUL.
- Burr, J. A., Mutchler, J. E., & Caro, F. G. (2007). Productive Activity Clusters Among Middle-Aged and Older Adults: Intersecting Forms and Time Commitments. *The Journals of Gerontology: Series B*, 62(4), S267–S275. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.4.S267>
- Carlson, P. (1998). Self-perceived health in East and West Europe: Another European health divide. *Social Science & Medicine*, 46(10), 1355–1366. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)10093-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)10093-4)
- Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331–338. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.7.3.331>
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a Life-Span Theory of Socioemotional Selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4(5), 151–156. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep11512261>
- Carstensen, L. L. (2021). Socioemotional Selectivity Theory: The Role of Perceived Endings in Human Motivation. *The Gerontologist*, 61(8), 1188–1196. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab116>
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165–181. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.3.165>
- Chastin, S. F. M., Mandrichenko, O., Helbostadt, J. L., & Skelton, D. A. (2014). Associations between objectively-measured sedentary behaviour and physical activity with bone mineral density in adults and older adults, the NHANES study. *Bone*, 64, 254–262. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2014.04.009>
- Chen, Y.-C., Putnam, M., Lee, Y. S., & Morrow-Howell, N. (2019). Activity Patterns and Health Outcomes in Later Life: The Role of Nature of Engagement. *The Gerontologist*, 59(4), 698–708. <https://doi.org/10.1093/geront/gny023>
- Choi, N. G., Burr, J. A., Mutchler, J. E., & Caro, F. G. (2007). Formal and Informal Volunteer Activity and Spousal Caregiving Among Older Adults. *Research on Aging*, 29(2), 99–124. <https://doi.org/10.1177/0164027506296759>
- Chudzicka-Czupała, A., & Łyżnicka, A. (2015). Aktywność i poczucie własnej wartości a jakość życia ludzi starszych. *Spoleczeństwo i Edukacja. Międzynarodowe Studia Humanistyczne*, nr 2, 7–20.
- Croezen, S., Haveman-Nies, A., Alvarado, V. J., Van't Veer, P., & De Groot, C. P. G. M. (2009). Characterization of different groups of elderly according to social engagement activity patterns. *JNHA - The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 13(9), 776. <https://doi.org/10.1007/s12603-009-0213-8>
- da Silva Sousa, N. F., & de Azevedo Barros, M. B. (2020). Level of active aging: Influence of environmental, social and health-related factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 90, 104094. DOI: 10.1016/j.archger.2020.104094
- Dawson-Townsend, K. (2019). Social participation patterns and their associations with health and well-being for older adults. *SSM - Population Health*, 8, 100424. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100424>
- Diener, E. (2009). Subjective Well-Being. In E. Diener (Ed.), *The Science of Well-Being: The Collected Works of Ed Diener* (pp. 11–58). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2350-6_2
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2002). Will Money Increase Subjective Well-Being? *Social Indicators Research*, 57(2), 119–169. <https://doi.org/10.1023/A:1014411319119>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Scollon, C. N., & Lucas, R. E. (2009). The evolving concept of subjective well-being: The multifaceted nature of happiness. In *Assessing well-being: The collected works of Ed Diener* (pp. 67–100). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_4
- Fernández Ballesteros, R. (2008). *Active aging: The contribution of psychology*. Hogrefe.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2011). Positive ageing. Objective, subjective, and combined outcomes. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 7(1), 22–30.

- Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Martínez-Martín, P., Prieto-Flores, M.-E., Rodríguez-Blázquez, C., Martín-García, S., Rojo-Abuín, J.-M., & Forjaz, M.-J. (2015). Active ageing and quality of life: Factors associated with participation in leisure activities among institutionalized older adults, with and without dementia. *Aging & Mental Health, 19*(11), 1031–1041.
- Foster, L., & Walker, A. (2015). Active and successful aging: A European policy perspective. *The Gerontologist, 55*(1), 83–90.
- French, D. J., Sargent-Cox, K., & Luszcz, M. A. (2012). Correlates of Subjective Health Across the Aging Lifespan: Understanding Self-Rated Health in the Oldest Old. *Journal of Aging and Health, 24*(8), 1449–1469. <https://doi.org/10.1177/0898264312461151>
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging, 13*(4), 531–543. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.13.4.531>
- Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2000). The orchestration of selection, optimization, and compensation: An action-theoretical conceptualization of a theory of developmental regulation. In W. J. Perrig & A. Grob (Eds.), *Control of Human Behavior, Mental Processes, and Consciousness: Essays in Honor of the 60th Birthday of August Flammer* (pp. 32–53). Psychology Press.
- Goodman, C. (2006). Grandmothers raising grandchildren: The vulnerability of advancing age. In B. Hayslip Jr & J. H. Patrick (Eds.), *Custodial grandparenting: Individual, cultural, and ethnic diversity* (pp. 133–150). Springer Pub. Co.
- GUS, G. U. S. (2021). *Jakość życia osób starszych w Polsce*. Główny Urząd Statystyczny. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/jakosc-zycia-osob-starszych-w-polsce,26,2.html>
- Hagenaars, J. A., & McCutcheon, A. L. (2002). *Applied Latent Class Analysis*. Cambridge University Press.
- Hank, K., & Buber, I. (2009). Grandparents caring for their grandchildren: Findings from the 2004 Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *Journal of Family Issues, 30*(1), 53–73.
- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2015). Feeling the squeeze? The effects of combining work and informal caregiving on psychological well-being. *European Journal of Ageing, 12*(1), 51–60. <https://doi.org/10.1007/s10433-014-0315-y>
- Harschel, A. K., Schaap, L. A., Iwarsson, S., Horstmann, V., & Tomsone, S. (2015). Self-Rated Health Among Very Old People in European Countries: An Explorative Study in Latvia and Sweden. *Gerontology and Geriatric Medicine, 1*, 233372141559843. <https://doi.org/10.1177/2333721415598432>
- Harvey, J. A., Chastin, S. F. M., & Skelton, D. A. (2015). How Sedentary are Older People? A Systematic Review of the Amount of Sedentary Behavior. *Journal of Aging and Physical Activity, 23*(3), 471–487. <https://doi.org/10.1123/japa.2014-0164>
- Havighurst, R. J. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist, 1*(1), 8–13. <https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>
- Havighurst, R. J. (1981). Personality and patterns of aging. In R. J. Havighurst (Ed.), *The Life Cycle* (pp. 341–348). Columbia University Press.
- Hayslip Jr, B., Shore, R. J., Henderson, C. E., & Lambert, P. L. (1998). Custodial grandparenting and the impact of grandchildren with problems on role satisfaction and role meaning. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 53*(3), S164–S173.
- Headey, B., & Wearing, A. (1988). Coping with the Social Environment: The Relationship Between Life Events, Coping Strategies and Psychological Distress. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 12*(4), 444–452. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.1988.tb00611.x>
- Hess, T. M., & Ennis, G. E. (2012). Age Differences in the Effort and Costs Associated With Cognitive Activity. *The Journals of Gerontology: Series B, 67*(4), 447–455. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr129>
- Horgas, A. L., Wilms, H.-U., & Baltes, M. M. (1998). Daily Life in Very Old Age: Everyday Activities as Expression of Successful Living. *The Gerontologist, 38*(5), 556–568. <https://doi.org/10.1093/geront/38.5.556>
- Horsfall, B., & Dempsey, D. (2015). Grandparents doing gender: Experiences of grandmothers and grandfathers caring for grandchildren in Australia. *Journal of Sociology, 51*(4), 1070–1084.
- Huxhold, O., Miche, M., & Schüz, B. (2014). Benefits of Having Friends in Older Ages: Differential Effects of Informal Social Activities on Well-Being in Middle-Aged and Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series B, 69*(3), 366–375. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt029>

- Hyde, M., Wiggins, R. D., Higgs, P., & Blane, D. B. (2003). A measure of quality of life in early old age: The theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging & Mental Health, 7*(3), 186–194. <https://doi.org/10.1080/1360786031000101157>
- Jackson, E. L. (1993). Recognizing Patterns of Leisure Constraints: Results from Alternative Analyses. *Journal of Leisure Research, 25*(2), 129–149. <https://doi.org/10.1080/00222216.1993.11969914>
- Jackson, J. J., Hill, P. L., Payne, B. R., Parisi, J. M., & Stine-Morrow, E. A. L. (2020). Linking openness to cognitive ability in older adulthood: The role of activity diversity. *Aging & Mental Health, 24*(7), 1079–1087. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1655705>
- Jang, S.-N., Choi, Y.-J., & Kim, D.-H. (2009). Association of socioeconomic status with successful ageing: Differences in the components of successful ageing. *Journal of Biosocial Science, 41*(2), 207–219.
- Janke, M., Davey, A., & Kleiber, D. (2006). Modeling Change in Older Adults' Leisure Activities. *Leisure Sciences, 28*(3), 285–303. <https://doi.org/10.1080/01490400600598145>
- Jebb, A. T., Morrison, M., Tay, L., & Diener, E. (2020). Subjective Well-Being Around the World: Trends and Predictors Across the Life Span. *Psychological Science, 31*(3), 293–305. <https://doi.org/10.1177/0956797619898826>
- Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R., & Grotz, R. C. (1970). Progress in Development of the Index of ADL. *The Gerontologist, 10*(1_Part_1), 20–30. https://doi.org/10.1093/geront/10.1_Part_1.20
- Kielar-Turska, M. (2019). Siła umysłu w starości. Wprowadzenie. In M. Kielar-Turska (Ed.), *Siła umysłu w starości* (pp. 9–30). Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum w Krakowie.
- Kim, Y.-P., Choe, Y.-R., Park, J.-H., Kim, S., Won, C.-W., & Hwang, H.-S. (2019). Frailty index associated with all-cause mortality, long-term institutionalization, and hip fracture. *European Geriatric Medicine, 10*(3), 403–411. <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00196-y>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist, 9*(3_Part_1), 179–186.
- Lee, S., Koffer, R. E., Sprague, B. N., Charles, S. T., Ram, N., & Almeida, D. M. (2018). Activity Diversity and Its Associations With Psychological Well-Being Across Adulthood. *The Journals of Gerontology: Series B, 73*(6), 985–995. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw118>
- Lemon, B. W., Bengtson, V. L., & Peterson, J. A. (1972). An Exploration of the Activity Theory of Aging: Activity Types and Life Satisfaction Among In-movers to a Retirement Community. *Journal of Gerontology, 27*(4), 511–523. <https://doi.org/10.1093/geronj/27.4.511>
- Lennartsson, C., & Silverstein, M. (2001). Does Engagement With Life Enhance Survival of Elderly People in Sweden? The Role of Social and Leisure Activities. *The Journals of Gerontology: Series B, 56*(6), S335–S342. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.6.S335>
- Liao, H.-W., & Carstensen, L. L. (2018). Future Time Perspective: Time Horizons and Beyond. *GeroPsych, 31*(3), 163–167. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000194>
- Lubben, J. E., & Gironde, M. (2003). Centrality of social ties to the health and well-being of older adults. In B. Berkman & L. Harootyan (Eds.), *Social Work and Health Care in an Aging Society: Education, Policy, Practice, and Research* (pp. 319–345). Springer Publishing Company.
- Lubiewska, K., & Głogowska, K. (2018). Zastosowanie analizy równoważności pomiarowej w badaniach psychologicznych. *Polskie Forum Psychologiczne, 23*(2). <http://repozytorium.ukw.edu.pl/handle/item/5476>
- Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 616–628. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.71.3.616>
- Maher, J. P., Pincus, A. L., Ram, N., & Conroy, D. E. (2015). Daily physical activity and life satisfaction across adulthood. *Developmental Psychology, 51*, 1407–1419. <https://doi.org/10.1037/dev0000037>
- Matthews, C. E., Chen, K. Y., Freedson, P. S., Buchowski, M. S., Beech, B. M., Pate, R. R., & Troiano, R. P. (2008). Amount of Time Spent in Sedentary Behaviors in the United States, 2003–2004. *American Journal of Epidemiology, 167*(7), 875–881. <https://doi.org/10.1093/aje/kwm390>
- Matz-Costa, C., Carr, D. C., McNamara, T. K., & James, J. B. (2016). Physical, Cognitive, Social, and Emotional Mediators of Activity Involvement and Health in Later Life. *Research on Aging, 38*(7), 791–815. <https://doi.org/10.1177/0164027515606182>
- McKenna, K., Broome, K., & Liddle, J. (2007). What older people do: Time use and exploring the link between role participation and life satisfaction in people aged 65 years and over. *Australian Occupational Therapy Journal, 54*(4), 273–284. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2007.00642.x>

- Moghimi, D., Scheibe, S., & Freund, A. M. (2019). The Model of Selection, Optimization, Compensation. In B. B. Baltes, C. W. Rudolph, & H. Zacher (Eds.), *Work Across the Lifespan* (pp. 81–110). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-812756-8.00004-9>
- Moore, S. M., & Rosenthal, D. A. (2015). Personal growth, grandmother engagement and satisfaction among non-custodial grandmothers. *Aging & Mental Health, 19*(2), 136–143. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.920302>
- Morrow-Howell, N., Putnam, M., Lee, Y. S., Greenfield, J. C., Inoue, M., & Chen, H. (2014). An Investigation of Activity Profiles of Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 69*(5), 809–821. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu002>
- Mroczek, D. K., & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*(5), 1333–1349. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.5.1333>
- Mullee, M. A., Coleman, P. G., Briggs, R. S. J., Stevenson, J. E., & Turnbull, J. C. (2008). Self-Rated Activity Levels and Longevity: Evidence from a 20 Year Longitudinal Study. *The International Journal of Aging and Human Development, 67*(2), 171–186. <https://doi.org/10.2190/AG.67.2.d>
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S. (1996). Personality and patterns of aging. In D. Neugarten (Ed.), *The meaning of age*. (pp. 264–288). The University of Chicago Press.
- Ng, T. W. H., & Feldman, D. C. (2013). Employee age and health. *Journal of Vocational Behavior, 83*(3), 336–345. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2013.06.004>
- Nimrod, G., & Rotem, A. (2012). An exploration of the Innovation Theory of Successful Ageing among older tourists. *Ageing and Society, 32*(3), 379–404. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1100033X>
- Oftedal, S., Kolt, G. S., Holliday, E. G., Stamatakis, E., Vandelanotte, C., Brown, W. J., & Duncan, M. J. (2019). Associations of health-behavior patterns, mental health and self-rated health. *Preventive Medicine, 118*, 295–303. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.11.017>
- Oleś, P. (2015). *Psychologia człowieka dorosłego: Ciągłość - zmiana - integracja*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Paillard-Borg, S., Wang, H.-X., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2009). Pattern of participation in leisure activities among older people in relation to their health conditions and contextual factors: A survey in a Swedish urban area. *Ageing & Society, 29*(5), 803–821.
- Panza, G. A., Taylor, B. A., Thompson, P. D., White, C. M., & Pescatello, L. S. (2019). Physical activity intensity and subjective well-being in healthy adults. *Journal of Health Psychology, 24*(9), 1257–1267. <https://doi.org/10.1177/1359105317691589>
- Park, J. H., Moon, J. H., Kim, H. J., Kong, M. H., & Oh, Y. H. (2020). Sedentary Lifestyle: Overview of Updated Evidence of Potential Health Risks. *Korean Journal of Family Medicine, 41*(6), 365–373. <https://doi.org/10.4082/kjfm.20.0165>
- Pożarska-Zarzecka, M., & Oleś, P. (2019). Dobrostan psychologiczny, postawy egzystencjalne i bilans życia w wieku starszym. *Psychologia Rozwojowa, 24*(4), 57–70. <https://doi.org/10.4467/20843879PR.19.022.11728>
- Prati, G. (2022). Correlates of quality of life, happiness and life satisfaction among European adults older than 50 years: A machine-learning approach. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 103*, 104791. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104791>
- Ramia, I., & Voicu, M. (2020). Life Satisfaction and Happiness Among Older Europeans: The Role of Active Ageing. *Social Indicators Research*. <https://doi.org/10.1007/s11205-020-02424-6>
- Rezende, L. F. M. de, Rey-López, J. P., Matsudo, V. K. R., & Luiz, O. do C. (2014). Sedentary behavior and health outcomes among older adults: A systematic review. *BMC Public Health, 14*(1), 333. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-333>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist, 37*(4), 433–440.
- Różański, T. (2016). Wybrane problemy czasu wolnego ludzi starszych w Polsce,[w:] M. In J. Halicka, E. Halicki, & E. Kramkowska (Eds.), *Starość–poznać, przeżyć, zrozumieć*. (pp. 389–400). Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Ryu, J., Heo, J., Ellis, G., & Widmer, M. A. (2022). Leisure, eudaimonic behavior, physical activity and well-being of older adults. *Journal of Leisure Research*. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00222216.2022.2051115>

- Segerstrom, S. C. (2008). Social networks and immunosuppression during stress: Relationship conflict or energy conservation? *Brain, Behavior, and Immunity*, 22(3), 279–284. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2007.10.011>
- Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640–648.
- Studen, S., & Marczuk, M. (2006). *Starzenie się a satysfakcja z życia*. Wydawnictwo KUL.
- Thoits, P. A., & Hewitt, L. N. (2001). Volunteer work and well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 115–131. <https://doi.org/10.2307/3090173>
- Tomioka, K., Kurumatani, N., & Hosoi, H. (2017). Positive and negative influences of social participation on physical and mental health among community-dwelling elderly aged 65–70 years: A cross-sectional study in Japan. *BMC Geriatrics*, 17(1), 111. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0502-8>
- Trafialek, E. (2016). *Innowacyjna polityka senioralna XXI wieku: Między ageizmem, bezpieczeństwem socjalnym i active ageing*. Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Verropoulou, G. (2012). Determinants of change in self-rated health among older adults in Europe: A longitudinal perspective based on SHARE data. *European Journal of Ageing*, 9(4), 305–318. DOI: 10.1007/s10433-012-0238-4
- Vijayakumar, G., Sanatombi Devi, E., & Jawahar, P. (2016). Life Satisfaction of Elderly in Families and Old Age Homes: A Comparative Study. *International Journal of Nursing Education*, 8(1), 98–103.
- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55(1), 121–139.
- Warr, P., Butcher, V., & Robertson, I. (2004). Activity and psychological well-being in older people. *Aging & Mental Health*, 8(2), 172–183. <https://doi.org/10.1080/13607860410001649662>
- Weber, C., Quintus, M., Egloff, B., Luong, G., Riediger, M., & Wrzus, C. (2020). Same Old, Same Old? Age Differences in the Diversity of Daily Life. *Psychology and Aging*, 35(3), 434–448. <https://doi.org/10.1037/pag0000407>
- WHO, W. H. (2002). *Active ageing: A policy framework (WHO/NMH/NPH/02.8)*. Article WHO/NMH/NPH/02.8. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- WHO, W. H. (2015). *World report on ageing and health*. WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1
- Windsor, T. D., Anstey, K. J., & Rodgers, B. (2008). Volunteering and Psychological Well-Being Among Young-Old Adults: How Much Is Too Much? *The Gerontologist*, 48(1), 59–70. <https://doi.org/10.1093/geront/48.1.59>
- Wojciszke, B. (2004). Systematycznie Modyfikowane Autoreplikacje: Logika programu badań empirycznych w psychologii. In J. Brzeziński (Ed.), *Metodologia badań psychologicznych. Wybór tekstów* (pp. 44–60). PWN.
- Zadworna, M. (2022). Pathways to healthy aging – Exploring the determinants of self-rated health in older adults. *Acta Psychologica*, 228, 103651. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103651>
- Zadworna, M., & Kossakowska, K. (2021). Health behavior among Polish institutionalized older adults: The effect of resiliency mediated by satisfaction with life. *Journal of Public Health*, 29(3), 725–733. <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01301-3>
- Zych, A. A. (2019). Współczesna polska polityka senioralna: Deklaracje i działania. *Praca Socjalna*, 34(5), 103–125. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.7260>

5. Informacja o wykazywaniu się istotną aktywnością naukową albo artystyczną realizowaną w więcej niż jednej uczelni, instytucji naukowej lub instytucji kultury, w szczególności zagranicznej.

Potwierdzeniem mojej aktywności naukowej w więcej niż jednej uczelni są odbyte przeze mnie staże badawcze i zrealizowany grant promotorski, których efektem końcowym są publikacje współtworzone wraz z naukowcami z innych ośrodków akademickich.

- a) W latach 2017 – 2020 odbyłam serię staży badawczych w Katedrze i Klinice Rehabilitacji Psychiatrycznej Wydziału Nauk Medycznych Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, pod opieką prof. dr hab. Marka Krzystanka. Podczas zrealizowanych staży brałam udział w wykonywaniu różnych procedur badawczych polegających m.in. na przygotowywaniu materiału badawczego, nadzorowaniu realizacji badań, analizie otrzymanych danych oraz przygotowywaniu manuskryptów do późniejszych publikacji. Aktywnie uczestniczyłam również w przygotowaniu i omawianiu kolejnych kroków badawczych oraz interpretacji otrzymanych wyników z klinicystami praktykami. Razem z prof. Krzystankiem współpracowałam przy projektach weryfikujących efektywność wsparcia telemedycznego dla pacjentów chorych na schizofrenię. Projekt ten obejmował 12 miesięczne badania podłużne. Jako członek zespołu prof. Krzystanka brałam również udział w badaniach dotyczących skuteczności podawania różnych leków wśród pacjentów doświadczających różnych zaburzeń psychicznych. Potwierdzenie zrealizowanego stażu i dokładna charakterystyka mojej roli w zespole prof. Marka Krzystanka zamieszczone są w zaświadczeniu na końcu autoreferatu. Wymiernymi efektami zrealizowanej serii stażów są publikacje naukowe, których jestem współautorem:

- Krysta, K., Trędzbor, B., Martyniak, E., Cieślik, A., Koźmin-Burzyńska, A., Piekarska-Bugiel, K., **Skalacka, K.** & Krzystanek, M. (2023). Biopsychosocial Variables in Male Schizophrenic Patients: A Comprehensive Comparison with Healthy Controls. *Pharmaceuticals*, 16 (12), 1633. DOI: 10.3390/ph16121633
IF 2022: 4.6;
IF 5-letni: 4.9;
MNiSW: 140pkt
- Krzystanek, M., Krzystanek, E., Pałasz, A., **Skalacka, K.**, Chwalba, A. & Wierzbinski, P. (2023). Amantadine in Treatment of Dysthymia—The Pilot Case Series Study. *Pharmaceuticals*, 16 (6), 897. DOI: 10.3390/ph16060897
IF 2022: 4.6;
IF 5-letni: 4.9;
MNiSW: 140pkt
- Krzystanek, M., Warchala, A., Trędzbor, B., Martyniak, E., **Skalacka, K.**, & Pałasz, A. (2021). Amantadine in the Treatment of Sexual Inactivity in Schizophrenia Patients Taking Atypical Antipsychotics—The Pilot Case Series Study. *Pharmaceuticals*, 14(10), 947. DOI: 10.3390/ph14100947
IF 2022: 4.6;
IF 5-letni: 4.9;
MNiSW: 140pkt

- Krzystanek, M., Krzystanek, E., **Skalacka, K.**, & Pałasz, A. (2020). Enhancement in Phospholipase D Activity as a New Proposed Molecular Mechanism of Haloperidol-Induced Neurotoxicity. *International Journal of Molecular Sciences*, 21(23), 9265. <https://doi.org/10.3390/ijms21239265> IF 2022: 5.6; IF 5-letni: 6.2; MNiSW: 140pkt
- Krzystanek, M., Krysta, K., Borkowski, M., **Skalacka, K.**, Przybyło, J., Pałasz, A., Mucic, D., Martyniak, E. i Waszkiewicz, N. (2020). The effect of smartphone-based cognitive training on the functional/cognitive markers of schizophrenia: a one-year randomized study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(11), 3681. <https://doi.org/10.3390/jcm9113681> IF 2022: 3.9; IF 5-letni: 4.1; MNiSW: 140pkt
- Krzystanek, M., Borkowski, M., **Skalacka, K.**, & Krysta, K. (2019). A telemedicine platform to improve clinical parameters in paranoid schizophrenia patients: Results of a one-year randomized study. *Schizophrenia research*, 204, 389-396. DOI: 10.1016/j.schres.2018.08.016 IF 2022: 4.5; IF 5-letni: 4.9; MNiSW: 140pkt
- Krzystanek, M., Krysta, K. & **Skalacka, K.** (2017). Treatment Compliance in the Long-Term Paranoid Schizophrenia Telemedicine Study. *Journal of Technology in Behavioral Science*, 2, 84-87. DOI: 10.1007/s41347-017-0016-4 IF 2022: 1.2; MNiSW: 0pkt

- b) W latach 2010-2011 realizowałam grant promotorski NCN (nr N N106 224138), którego kierownikiem był dr hab. Romuald Derbis, ówczesnie pracownik Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Badania realizowane w ramach grantu były przeprowadzane w ośrodkach akademickich na terenie trzech województw. W celu poprawnej realizacji postawionych celów badawczych odbyłam wtedy dwukrotnie tygodniowe staże badawcze w AJD w Częstochowie, pod opieką prof. Derbisa. Celem tych staży było (1) przygotowanie procedury badawczej oraz przeprowadzenie badań pilotażowych oraz (2) częściowa realizacja badań właściwych do doktoratu. Celem badań prowadzonych w ramach grantu, którego efektem było napisanie przeze mnie rozprawy doktorskiej, było określenie, jak poziom wykonania różnych zadań poznawczych będzie się zmieniał w zależności od doświadczania chwilowego (indukowanego eksperymentalnie) i względnie trwałego, dyspozycyjnego (poczucie jakości życia) stanu afektywnego. Zaświadczenie o realizacji opisanych staży, wraz z opisem mojej roli, stanowi załącznik do autoreferatu. Wymiernym efektem zrealizowanych staży, poza dalszym rozwojem mojego warsztatu badawczego, jest

obroniona z wyróżnieniem praca doktorska⁹ oraz opublikowane artykuły naukowe i wystąpienia na konferencjach krajowych i międzynarodowych:

Publikacje:

Skalacka, K. (2014). Wpływ stanów afektywnych na funkcjonowanie człowieka – przegląd badań. [W:] A. Wudarski (red.) W poszukiwaniu jakości życia. Studium interdyscyplinarne (s.81-103). Frankfurt nad Odrę – Częstochowa – Osnabrück: Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie. [ISBN: 978-83-7455-373-5]

Trawka, K (2010). Poczucie jakości życia a poziom wykonania różnych zadań poznawczych. W: R. Derbis (red.) Psychologiczne konteksty jakości życia społecznego (261-271). Częstochowa: Częstochowa: Wydawnictwo im.S.Podobińskiego AJD

Wystąpienia konferencyjne:

VIII Ogólnopolska Interdyscyplinarna Konferencja Naukowa „Jakość Życia W Pracy i Poza Nią”, Częstochowa – Zawady, 11 – 12 października 2012r. Wystąpienie pt. „*Poczucie jakości życia a abstrakcyjno-logiczne zdolności rozumowania*”.

V Międzynarodowa Konferencja QOL „Jakość Życia a Zrównoważony Rozwój, Wrocław 20-21 września 2012 r. Wystąpienie pt „*Poczucie jakości życia jako moderator wpływu stanów afektywnych na efektywność*”.

XXXIV Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego "Oblicza współczesnej psychologii - jedność w różnorodności?", Katowice, 18-21 września 2011r. Wystąpienie pt „*Wpływ doświadczanych stanów afektywnych oraz poczucia jakości życia na poziom wykonania zadań*”.

3rd Biennial Symposium on Personality and Social Psychology, Warszawa 22-25 września 2010r. Plakat pt. “*The influence of different affective states on performance in elementary and complex cognitive tasks*”.

- c) W latach 2005 – 2010, jako magistrantka dr hab. Romualda Derbisa odbywałam tygodniowe staże badawcze w Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie związane z realizowanymi przez prof. Derbisa badaniami. W ramach tych staży brałam udział m.in. w przygotowywaniu materiału badawczego, dobieraniu grup badawczych, gromadzeniu danych oraz analizie statystycznej otrzymanych wyników. Brałam również udział w przygotowywaniu pierwszych wersji artykułów, które następnie szły do recenzji prof. Derbisa. Zaświadczenie o realizacji opisanych staży, wraz z opisem mojej roli, stanowi załącznik do autoreferatu. Wymiernym efektem odbytych staży,

⁹ Rozprawa obroniona w 2011 r. w Instytucie Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Tytuł rozprawy doktorskiej: *Poziom wykonania zadań poznawczych w wybranych stanach afektywnych*. Promotor, dr hab. Romualda Derbisa, prof. AJD. Recenzenci: prof. dr hab. Władysław Jacek Paluchowski i prof. dr hab. Helena Sęk.

poza możliwością kształtowania mojego warsztatu badawczego i metodologicznego, są poniższe publikacje oraz wystąpienia na konferencjach naukowych, realizowane w ramach zespołu prowadzonego przez prof. Derbisa w AJD:

Artykuły:

Trawka, K. i Wirga, T. (2008). Różnice w poziomie wykonywania zadań przez osoby o różnym poziomie subiektywnego poczucia szczęścia w sytuacji indukcji emocji. W: R. Derbis (red.) *Jakość życia – od wykluczonych do elity* (s.207-223). Częstochowa: Wydawnictwo im.S.Podobińskiego AJD

Trawka K. (2008). Dlaczego niektórzy ludzie są szczęśliwsi od innych. W: R. Grzybek i P. Winiecki (red.). *Wybrane problemy współczesnej psychologii* (s.141-149). Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT

Trawka K., Wirga T. (2008). Influence of quality of life on task solving effectiveness. W: A. Głębocka i A. Gawor (red.) *Quality of Life – Different Perspectives* (s. 129-140). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls

Trawka K., Wirga T., Derbis R. (2006). Własności skali a wynik pomiaru. *Czasopismo Psychologiczne*, 12 (1), 47-59.

Trawka, K., Derbis, R. (2006). Samoocena, afekt i nastrój jako wyznaczniki poczucia jakości życia. *Psychologia jakości życia*, 5(1), 1–23.

Trawka, K. (2006). Jak afekt i samoocena kształtują jakość życia – badania eksperymentalne. *Prace naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Psychologia*, Tom XIII, s.77-92. Częstochowa: Wydawnictwo Akademii im. J. Długosza.

Wystąpienia konferencyjne:

VII Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Psychologiczny i pedagogiczny kontekst jakości życia różnych grup społecznych”. Złoty Potok, 24-25 września 2009 roku. Wystąpienie pt „*Poczucie jakości życia a poziom wykonania różnych zadań poznawczych*”.

XXXIII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego „*żyć godnie...*”. Poznań, 24-27 września 2008 roku. Wystąpienie pt „*Poziom wykonania zadań zamkniętych i otwartych w sytuacji wzbudzania stanów afektywnych*”.

II Międzynarodowa Konferencja Naukowa „*Jakość życia - od wykluczonych do elity*”, która odbyła się w Częstochowie w dniach 14 – 15 maja 2007 roku. Wystąpienie pt. „*Poczucie szczęścia a efektywność wykonywania zadań*” (współautor: T.Wirga)

XXXII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego „*żyć wspólnie odkrywać Innego, przeciwdziałać zniewoleniu, realizować wspólne cele*”. Kraków 22-25 września 2005. Wystąpienie pt. „*Cechy skali a wynik pomiaru jakości życia*” (współautorzy: R.Derbis, T.Wirga)

6. Informacja o osiągnięciach dydaktycznych, organizacyjnych oraz popularyzujących naukę lub sztukę.

- a) *Promotor pomocniczy* w doktoracie mgr Jakuba Filipkowskiego pt. *Zmienne osobowościowe, motywacyjne i doświadczenie globalizacji jako korelaty satysfakcji z życia i pracy*. Promotorem pracy był dr hab. Romuald Derbis. Praca została obroniona na Uniwersytecie Wrocławskim (Uchwała Nr 9/2023 Rady Dyscyplin Naukowych Pedagogika oraz Psychologia Uniwersytetu Wrocławskiego).
- b) *Praca z magistrantami*. Od 2013r prace napisane pod moją opieką obroniło 49 magistrantek/magistrantów. Aktualnie kolejne 8 osób pracuje pod moją opieką.
- c) *Zajęcia dydaktyczne*. W Instytucie Psychologii Uniwersytetu Opolskiego prowadzę zajęcia w języku polskim m.in.: Psychometria - teoria kwestionariuszy; Marketing i reklama; Psychologia ogólna : emocje i motywacja; Psychologia starzenia się i starości; Pozytywne starzenie się; Trening umiejętności klinicznych – kontekst osób starszych; Trening rozwiązywania problemów społecznych. Prowadzę również zajęcia w języku angielskim m.in.: Negotiations/conflict resolution; Questionnaires and tests development lab; General psychology; Developmental and educational psychology; Clinical psychology research seminar.
- d) *Funkcje pełnione w Uniwersytecie Opolskim*
- Członek Komisji Oceny Jakości Badań Naukowych w Instytucie Psychologii (2021-do teraz)
 - Członek Wydziałowej Komisji Ds. Doskonalenia Jakości Kształcenia (2019-2020)
 - Członek Rady Instytutu Psychologii (2019 – 2020)
 - Koordynator kierunku psychologia (2019-2020)
 - Zastępca Dyrektora ds. dydaktyki (2018-2019)
 - Instytutowy koordynator ds. ECTS (2012- 2018)
 - Członek rady programowej IP UO (2012- 2018)
 - Koordynator ds. kursów ogólnouczelnianych IP UO (2013- 2018)
- e) *Funkcje pozauczelniane*
- 2022 – do teraz przewodnicząca opolskiego oddziału Polskiego Towarzystwa Psychologicznego
 - 2018 - 2022 zastępca przewodniczącego oddziału opolskiego Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

- 2023 – do teraz Psycholog w Domu Pobytu Dziennego „Malinka” w Opolu

f) *Popularyzacja nauki*

- Udzielanie wywiadów (m.in. Radio Opole; Radio Seta; Radio Park)
- Felietony psychologiczne w ramach projektu „Opolski senior” realizowanego przez Towarzystwo Społeczno-Kulturalne Niemców na Śląsku Opolskim (<https://opolskisenior.pl/>)
- Cykliczne spotkania popularno-naukowo-dyskusyjne (m.in. w Kole Seniora przy Gminnej Bibliotece Publicznej w Tarnowie Opolskim; Miejskiej Bibliotece Publicznej w Opolu; Centrum Seniora w Opolu; Domu Pomocy Społecznej w Korfantowie).

7. Oprócz kwestii wymienionych w pkt. 1-6, wnioskodawca może podać inne informacje, ważne z jego punktu widzenia, dotyczące jego kariery zawodowej.

a. Granty

- 2022 Kierownik grantu** NCN: Różnice międzypłciowe w czynnikach kształtujących satysfakcję seksualną i poczucie atrakcyjności osób starszych (Nr DEC-2022/06/X/HS6/01086)
- 2017 Wykonawca i członek konsorcjum badawczego** w granicie HORIZONT 2020 pt „Bezdomność jako niesprawiedliwość społeczna” (HOME_EU: Reversing Homelessness in Europe H2020-SC6-REVINEQUAL-2016/GA726997)
- 2010 Wykonawca** grantu promotorskiego (nr N N106 224138) realizowanego pod kierunkiem dr hab. Romualda Derbisa

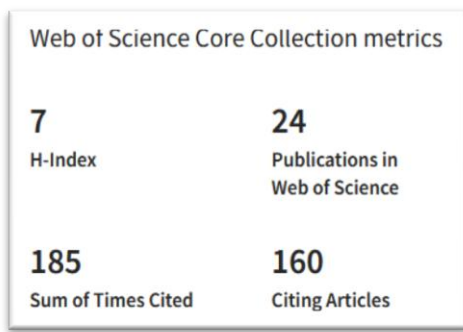
b. Nagrody

- 2023 Nagroda Rektora UO za działalność naukową**
- 2021 Nagroda Rektora UO za działalność naukową**
- 2020 Nagroda Rektora UO za działalność dydaktyczną**
- 2019 Nagroda Rektora UO, I stopnia, za działalność naukową**
- 2012 Nagroda Rektora za działalność naukową**

c. Redakcja Czasopism

- 2023 BMC Psychology: Editorial Board member**

d. Wskaźniki wpływu: **Web of Science** i **Scopus**



Skałacka, Katarzyna

[Uniwersytet Opolski, Opole, Poland](#)
50462493200
<https://orcid.org/0000-0003-2188-7547>

136 Citations by 129 documents
16 Documents
6 h-index View h-graph
View all metrics >

[Set alert](#)
[Edit profile](#)
[More](#)

Document & citation trends

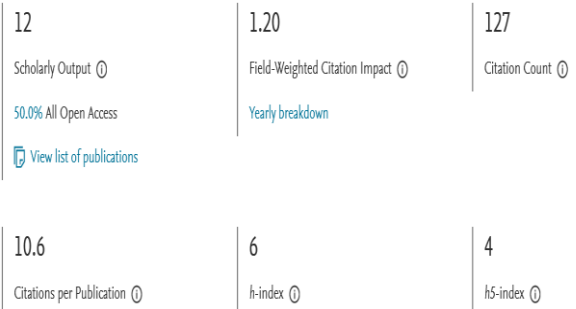


Dla każdego artykułu indeksowanego przez WoS, w którym zacytowano dowolny tekst, którego jestem autorem generowana jest tzw. geograficzna mapa cytowań. Punkty znajdujące się na mapie oznaczają miasta afiliacji autorów prac cytujących moje artykuły. Punkty pomarańczowe odnoszą się do pojedynczych lokalizacji, a punkty niebieskie pokazują ilość instytucji z danego obszaru, których pracownicy w swoich tekstach odnosili się do moich publikacji. Poniższa mapa cytowań pokazuje zasięg globalny moich publikacji.



W ramach analiz bibliometrycznych dostępnych w bazie Scopus obliczany jest m.in. wskaźnik FWCI (ang. *Field-Weighted Citation Impact*), który pokazuje stosunek całkowitej liczby cytowań faktycznie uzyskanych przez danego autora do całkowitej liczby cytowań oczekiwanych na podstawie średniej światowej w danej

Overall research performance



dziedzinie. Wartość większa niż 1 oznacza, że prace danego autora są częściej cytowane, niż oczekiwano, zgodnie ze średnią światową dla danej dziedziny. W moim przypadku, wskaźnik ten wynosi 1.20 i oznacza 20% więcej cytowań niż oczekiwano. Każda z moich publikacji jest cytowana średnio, przez co najmniej 10 innych autorów w skali świata.

Trzy ze wskazanych przeze mnie artykułów, w ramach przedstawionego w autoreferacie osiągnięcia, mają wskaźnik FWCI powyżej 1.9, co oznacza, że są częściej cytowane w danej dziedzinie niż oczekiwana średnia światowa dla podobnych tematycznie artykułów.

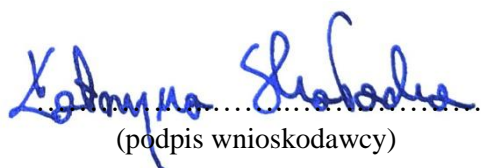
Publications with Highest FWCI

[+ Add to Reporting](#)

Top 5 publications of Skalska, Katarzyna, by FWCI

Publication	Citations	Field-Weighted Citation Impact
Digital or In-Person: The Relationship Between Mode of Interpersonal Communication During the COVID-19 Pandemic and Mental Health in Older Adults From 27 Countries. Skalska, K., Pajęska, G. (2021) Journal of Family Nursing, 27 (4), pp. 275-284. View in Scopus	22	7.31
Sexual activity and life satisfaction in older adults. Skalska, K., Gerymski, R. (2019) Psychogeriatrics, 19 (3), pp. 195-201. View in Scopus	39	2.53
Physical Leisure Activities and Life Satisfaction in Older Adults. Skalska, K., Błotńska, K. (2023) Activities, Adaptation and Aging, 47 (3), pp. 379-396. View in Scopus	1	1.92

Przedstawione powyżej wskaźniki potwierdzają znaczenie mojego dorobku naukowego w skali światowej, pokazując że realizowane przeze mnie projekty i opisujące je teksty mają istotny wpływ na rozwój dyscypliny.



(podpis wnioskodawcy)