

mgr Barbara Zarańska

ROZPRAWA DOKTORSKA

Aktywność muzyczno-ruchowa a jakość życia i stres kobiet w okresie średniej dorosłości

**Promotor: dr hab. Marcin Białas, prof.
AWFiS**

Wydział Kultury Fizycznej
Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu
im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku

Gdańsk 2021

Spis treści

Wstęp.....	5
1. Kobieta w okresie średniej dorosłości	7
1.1 Charakterystyka zmian rozwojowych	7
1.2. Zadania i role społeczne	10
1.3. Pokolenie „Sandwich generation”	24
1.4. Ciało kobiety w wieku średnim	29
2. Aktywność muzyczno-ruchowa kobiet w okresie średniej dorosłości.....	33
2.1. Aktywność fizyczna jako główna składowa zdrowego stylu życia.....	33
2.2. Aktywność muzyczno-ruchowa jako rodzaju aktywności fizycznej.....	42
2.3. Popularność aktywności muzyczno-ruchowej wśród kobiet w wieku średnim	52
2.4. Psychospołeczne uwarunkowania dbałości o ciało kobiet w wieku średnim.....	57
3. Jakość życia i stres kobiet w okresie średniej dorosłości	62
3.1. Jakość życia kobiet we współczesnym świecie	63
3.2. Poziom stresu i style radzenia sobie kobiet w wieku średnim.....	72
4. Metodologia badań własnych	79
4.1. Cel pracy, przedmiot badań, problemy i hipotezy badawcze.....	79
4.2. Charakterystyka osób badanych.....	80
4.3. Strategie i metody badawcze.....	82
4.4. Zmienne i ich wskaźniki.....	83
4.5. Techniki i narzędzia badawcze	84
5. Analiza Wyników	87
5.1. Statystyki opisowe mierzonych zmiennych ilościowych.....	87
5.2. Aktywność a strategie radzenia sobie ze stresem.....	88
5.3. Aktywność a jakość życia i satysfakcja z życia.....	91
5.4. Aktywność a poziom stresu w pracy.....	93
5.5. Wiek a strategie radzenia sobie ze stresem.....	94
5.6. Wiek a jakość życia i satysfakcja z życia.....	95

5.7. Wiek a poziom stresu w pracy.....	98
5.8. Analiza mediacji.....	99
5.9. Statystyki szczegółowe.....	110
5.9.1. Współczynniki ścieżek b i c' dla analizowanych modeli mediacyjnych.....	110
5.9.2. Nieistotne modele mediacji.....	112
6. Dyskusja.....	118
Wnioski.....	132
Bibliografia	133
Streszczenie.....	167
Załączniki.....	171
Załącznik I. Spis rycin.....	171
Załącznik II. Spis tabel.....	173

Wstęp

Współczesna kobieta narażona jest na wiele trudnych sytuacji wynikających ze społecznych oczekiwań wobec pełnionych przez nią wielu ról życiowych. Wyzwania każdej z ról współczesnej kobiety obciążają znacznie jej adaptacyjną funkcję osobowości. Konsekwencją tego może być długotrwałe napięcie psychofizyczne i wreszcie przeciążenie zwane stresem psychologicznym (dystresem). Kobiety aktywne zawodowo i rodzinie doświadczają wielu napięć i w związku z tym potrzebują różnorodnych sposobów radzenia sobie z nimi.

Wiele współczesnych kobiet łączy ze sobą obowiązki zawodowe z obowiązkami w zakresie opieki nad domem, dziećmi oraz coraz starszymi rodzicami. Pełnienie tych wielorakich ról zainspirowało wielu badaczy do wnikliwego przyjrzenia się temu problemowi.

Dorothy Miller obserwując pokolenie ludzi w wieku 30-40 lat, a w szczególności kobiety, zauważyła, że pokolenie to żyje wciśnięte pomiędzy potrzeby dzieci i coraz słabszych rodziców, którzy coraz częściej wymagają więcej uwagi i opieki. Pracując zawodowo, będąc u szczytu kariery zawodowej, ciąży na nich presja potrzeb dorastających dzieci i nakładające się obowiązki opieki nad starzejącymi się rodzicami. Pokolenie to nazwała „*sandwich generation*”, opisując je jako te wciśnięte pomiędzy dwa pokolenia wymagające ich uwagi, opieki, czasu.

Badania pokazują, że kobiety więcej czasu poświęcają na opiekę nad dziećmi i starzejącymi się rodzicami. Nie musi to oznaczać zawsze chronicznego stresu czy przeciążenia. Z pewnością emocje stresu zależą od wielu dodatkowych czynników. Jednym z nich jest chociażby dbałość o zdrowy styl życia i systematyczne podejmowanie aktywności fizycznej.

Analiza polskiej i światowej literatury potwierdza jednoznacznie, że aktywność i sprawność fizyczna jest silnie związana ze zdrowiem i jest jednym z czynników osiągania optymalnej jakości życia. Styl życia, w którym przejawiana jest rekreacyjna (prozdrowotna) aktywność fizyczna wykazuje pozytywny związek z samooceną i zadowoleniem z życia. Aktywność fizyczna, podobnie jak sprawność fizyczna, uznawana jest za pozytywny miernik zdrowia człowieka.

Rodzajem aktywności fizycznej podnoszącej sprawność fizyczną, a może nawet i psychospołeczną, jest uczestnictwo w różnych formach aktywności muzyczno-ruchowej. Warunki sprzyjające narodzeniu się trendu uczestnictwa w zajęciach muzyczno-ruchowych są rezultatem coraz wyższego poziom zamożności, wzrastającej swobody obyczajów, rozwojowi

różnorodności kultur, dynamicznie rozwijających się społeczeństw, a nade wszystko rozwoju form muzyczno-ruchowych i dostępności tego typu zajęć.

Wśród zajęć muzyczno-ruchowych nielubianą popularnością wciąż cieszą się zajęcia *Zumba®*. Od kilku lat zauważyć można ogólnie rosnącą popularność takich form aktywności, gdzie struktura zajęć pozwala na większą swobodę ruchu, w których to zajęcia oparte są na zabawie a instruktor pełni rolę animatora aktywności fizycznej (nie tylko nauczyciela ruchu).

Pomimo dynamicznego rozwoju i rosnącego zainteresowania formami muzyczno-ruchowymi, to wciąż niewiele badań prezentuje ten rodzaj aktywności fizycznej jako zasobu niezbędnego w radzeniu sobie ze stresorami towarzyszącymi wypełnieniu przez kobiety wielorakich ról w życiowych. Bardzo nieliczne prace zajmują się bezpośrednio wyjaśnieniem mediującej roli aktywności muzyczno-ruchowej lub proaktywnej formy radzenia sobie ze stresem w związku pomiędzy stresem i stylami radzenia sobie z nim a poczuciem jakości życia oraz satysfakcją z życia. Dodatkowo, problematyka powyższych zagadnień w odniesieniu do kobiet reprezentujących pokolenie „*sandwich generation*” jest absolutną niszą w świecie polskich badań naukowych.

Problemem badawczym pracy jest wyjaśnienie złożonego mechanizmu wzajemnego oddziaływania aktywności muzyczno-ruchowej *Zumba®* z odczuwanym stresem i poczuciem jakości życia kobiet w wieku średnim, w tym reprezentujących tzw. pokolenie „*sandwich generation*”. Zamiarem autorki pracy jest przynajmniej częściowe uzupełnienie istniejącego na ten temat zakresu wiedzy poprzez opisanie i wyjaśnienie związków pomiędzy zmiennymi wyjaśniającymi (odczuwanego stresu, strategii radzenia sobie ze stresem), w tym interweniującymi czy manipulacyjnymi (ze szczególnym uwzględnieniem modyfikującej roli aktywności muzyczno-ruchowej *Zumba®*) oraz wyjaśnianymi (poczuciem jakości życia oraz ogólnym zadowoleniem z życia) ujętych w projekcie badań.

Celem pracy będzie określenie i próba wyjaśnienia związków stresu i strategii radzenia sobie z jakością życia kobiet dorosłych, w tym „*sandwich generation*”, uczestniczek zajęć *Zumba®*.

1. KOBIETA W OKRESIE ŚREDNIEJ DOROSŁOŚCI

1.1. Charakterystyka zmian rozwojowych

Średnia dorosłość, spośród wszystkich faz rozwojowych, rzadko stanowi obiekt badawczy (Lachman, Bertrand 2001). Zgłębianie cech charakterystycznych dla tego okresu pomijano, twierdząc, że okres ten nie przynosi znaczących zmian i trudno go wyodrębnić (Staudinger, Bluck, 2001). Erik Erikson (1997; 2002; 2004) zwrócił uwagę na właściwości tego okresu podkreślając, że jest to okres wyróżniający się dużą ilością doświadczeń oraz podejmowanych wyzwań. W okresie tym podejmowane są decyzje dróg życiowych, ról społecznych wyznaczających w perspektywie czasu dalszy wzrost i rozwój. Według teorii rozwoju psychospołecznego Erika Eriksona (2002) średnią dorosłość charakteryzuje konflikt produktywność–stagnacja polegający na pozostawaniu w stagnacji i bierności z przyjmowaniem postawy i podejmowaniem działań przyczyniającego się dla dobra społeczeństwa, kolejnego pokolenia. Erik Erikson podkreśla, że w okresie średniej dorosłości to często angażowanie się w szeroko rozumianą opiekę nad innymi. Pozytywne przejście przez ten etap życia prowadzi do przekazania własnego dziedzictwa, wiedzy, mądrości pokoleniom następnym, także w sensie ogólnym — przedstawicielom kolejnych generacji (McAdams 2001; Olejnik 2004).

Po okresie wczesnej dorosłości, w którym koncentracja jest skupiona na samym sobie, w okresie środkowej dorosłości następuje czas „zbierania plonów”, korzystania z tego co osiągnęło się wcześniej i dzielenia się tym z innymi (Miś 2000; Brzezińska 2002). Zakres wiedzy, doświadczenie, status czy autorytet wypracowany w tym czasie powodują, że okres ten zazwyczaj jest okresem bycia na szczycie kariery zawodowej, często bycia liderem czy osobą mającą wpływ na najbliższe otoczenie społeczne. To czas zajmowania najwyższych stanowisk, pełni życiowych możliwości oraz posiadania odpowiedzialności za losy społeczne (Pietrasiński 1990).

Okres średniej dorosłości, ta środkowa generacja, ma wpisaną w ten etap życia pomocniczość. Jest to cecha, którą Erik Erikson nazywa generatywnością (Erikson 2002), a zadaniem rozwojowym, opartym na pełnieniu ról, między innymi rodzicielskich, jest

wykształcenie postawy generatywnej (Levinson, Dararow, Klein, Levinson, McKee 1978; Erickson 1980;1997; McAdams 1985). Postawa ta polega na przekazywaniu własnego doświadczenia czy przekonań młodszemu pokoleniu, a także wsparciu coraz starszych rodziców i braniem odpowiedzialności za ich los. John Kotre (1996) zwraca uwagę, że generatywność przejawia się w zachowaniach natury biologicznej (przekazanie materiału genetycznego, urodzenie dziecka i opieka nad nim), zachowaniach rodzicielskich (wspieranie potomstwa, dalsza opieka, uczenie), ma też tendencję instrumentalną (opanowanie nowych umiejętności) oraz kulturową (kreacja, kultywowanie symboli i przekazywanie ich młodszemu pokoleniu, powoływanie do życia nowych idei czy wytworów) (Kotre 1996; Kotre, Kotre 1998; Wojciechowska 2008). Dan McAdams, wraz ze współpracownikami (1993; 1998) wyróżnił dwa modele generatywności. Pierwszy oparty na potwierdzeniu własnego „ja”, polegający na ekspansji i aktywnym konstruowaniu siebie, rozwijaniem własnej tożsamości i drugi skupiający się na potrzebie poświęcania się dla innych (Witkowski 2000). Generatywność uwarunkowana jest między innymi pragnieniem bycia potrzebnym, realizacją oczekiwań kulturowych oraz zyskaniem symbolicznej nieśmiertelności. Koncepcja generatywności scala okres średniej dorosłości ze zdolnością do kierowania własnym życiem, rozwojem wewnętrznym, osiągnięciem stabilizacji zawodowej, a to staje się podstawą do udzielania pomocy i wsparcia innym, a także koncentracji na ich potrzebach (Bakiera 2003; Appelt 2005). W literaturze czytamy, że zachowania generatywne osiągają najwyższe nasilenie właśnie w okresie średniej dorosłości (McAdams, De St. Aubin i Logan 1993; McAdams, Hart i Maruna 1998); McAdams 2001; McAdams, Logan, 2004; Huta, Zuroff 2007; Kooij i van de Voorde 2011; Wojciechowska 2017).

Okres średniej dorosłości przynosi wiele zmian zarówno w obszarze fizyczności jak i psychice. W obszarze rozwoju fizycznego obniżeniu uleg może percepcja słuchu - powolny spadek zdolności wychwytywania dźwięków o wysokiej częstotliwości; smaku- zmniejszenie się ilości kubków smakowych; wzroku- mniejsza tolerancja na słabe oświetlenie, wzrost ciśnienia śródgałkowego (Trempała 2014). Badania nie potwierdzają obniżenia się zdolności w zakresie zmysłu węchu (Czerniawska, Czerniawska-Far 2007)

Funkcje psychomotoryczne także mogą w tym okresie ulegają zmianie. Badania wskazują co prawda spadek o 10% siły mięśniowej oraz koordynacji ruchowej już od trzeciej dekady życia (Papalia, Olds 1995) jednak zmiany te nie mają większych konsekwencji dla funkcjonowania psychomotorycznego człowieka. W chwili obecnej jesteśmy świadkami

trendu dbałości o prawidłowe funkcjonowanie organizmu oraz wzrostu świadomości znaczenia kultury fizycznej w naszym życiu. Osoby w wieku średnim często też rekompensują deficyty związane z funkcjonowaniem psychomotorycznym odwołując się do doświadczenia, reprezentują wyższy poziom kompetencji (Trempała 2014). Ogólny stan zdrowia, jak pokazują badania, związany jest z płcią. Kobiety w tym okresie są bardziej świadome własnego ciała, prowadzą często bardziej higieniczny tryb życia. Okres średniej dorosłości dla kobiety to także czas rodzenia dzieci oraz przekwitania (Harwas-Napierała, Trempała 2014).

Zdolności poznawcze pozostają na dość dobrym poziomie. Wykazane w badaniach zostały różnice w funkcjach poznawczych w okresie średniej dorosłości wynikające z obniżonego poziomu estrogenów związanego z występowaniem menopauzy. Ten obniżony poziom estrogenów w obrębie struktur mózgu powoduje niekorzystne zmiany w funkcjonowaniu neuronów, obniżenie transmisji synaptycznej czy redukcję liczby dendrytów. Zmiany te skutkować mogą zaburzeniami pamięci krótkotrwałej, zdolności uczenia się, kojarzenia, koncentracji uwagi. W zakresie pamięci pojawia się utrata szybkości i zdolności zapamiętywania jednak widoczna jest dopiero pod koniec okresu średniej dorosłości. (Sowińska-Przepiera, Syrenicz 2009; Bojar, Witczak, Stępnia, Łyszcz, Raczkiewicz, Humeniuk 2013; Harwas-Napierała, Trempała 2014).

W okresie tym inteligencję wyraża słowo **mądrość**, które definiowane jako zdolność do formułowania dobrych decyzji w ważnych sprawach, które są niejasne, trudne do zdefiniowania i rozwiązania (Baltes, Gluck, Kunzmann 2004). Zdolność tą cechuje wiedza, co zrobić i jak zrobić w danej sytuacji życiowej; wiedza o znaczeniu i wartości poruszanych kwestii w kontekście dalszego życia; zwracanie uwagi na kontekst i wielowymiarowość rozważanej kwestii i dobry sąd co należy zrobić w danej sytuacji (Olejniki 2004). Podkreśla się znaczenie nagromadzonych różnym doświadczeń, praktyk w rozwiązywaniu problemów i stawianiu czoła wyzwaniom (Pietrasiński 2001).

W literaturze czytamy, że kobiety w wieku średnim dokonują odświeżenia lub zmiany przekonań czy hierarchii wartości. Kobiety, które poświęciły wczesną dorosłość na wychowanie dzieci angażują swój czas w rozwój i karierę zawodową, organizację własnego życia a mniej koncentrują się na rodzinie. Z kolei kobiety osiągnąwszy cele związane z karierą zawodową kierują swoją uwagę na relacje i rodzinę. Obie grupy zmierzają do realizacji tych zadań, które sprawiają, że osiągną równowagę wewnętrzną (O'Connor, Wolfe 1991). W okresie tym największe znaczenie zyskuje akceptacja społeczna, miłość, intymność, praca i

szacunek. Zygmunta Freuda zauważa silną potrzebę w tym okresie bycia kochaną i potrzebę pracy, Abraham Maslow podkreśla znaczenia przynależności i miłości a ich zaspokojenie skutkuje rozwojem potrzeby sukcesu i szacunku, Eric Erikson zwraca uwagę podobnie na intymność i produktywność (Zimbardo 2004).

Dan McAdams(1985) uważa, że okres średniej dorosłości i refleksje dotyczące przeżycia połowy własnego życia związany jest często z rozczarowaniem obranego kierunku w życiu (rodzinnego, zawodowego, prywatnego). Osoba nie czerpie satysfakcji z dotychczasowego życia oraz efektów koncentrowania swojej uwagi na wybranych jego obszarach. Podsumowanie kończącej się połowy życia może dotyczyć również niespełnionych marzeń z okresu dorastania. Kobiety, które doświadczyły takiego poczucia, mają przekonanie o utracie własnej młodości, żałują niezrealizowania marzeń oraz niezrekompensowania sobie ich, mają większe skłonności do formułowania negatywnego bilansu w połowie życia. Wiele kobiet w okresie średniej dorosłości, skupionych dotychczas na celach rodzinnych, doświadcza poczucia niezrealizowania marzeń związanych z karierą zawodową i samorealizacją, doświadcza przebudzenia, że to może ich ostatnia szansa by zadań zawodowych się podjąć. Kobiety, które z kolei inwestowały swój czas i uwagę w rozwój kariery zawodowej kosztem życia osobistego mogą zwrócić uwagę bardziej na aspekt życia rodzinnego. Następuje zaangażowanie czasu i uwagi w obszar, w którym marzenia pozostały niespełnione (Kałużna-Wielobób 2010). To także czas zaprzeczenia i przewartościowań związanych ze poczuciem utraty cech młodości (Skalba 2008).

Okres średniej dorosłości to czas największej stabilizacji ekonomicznej i wciąż sprawności fizycznej. To czas transformacji ról społecznych a także kształtowania się nowych np. relacji z partnerem dorosłego dziecka, rolą babci. W okresie tym rośnie odpowiedzialność za coraz starszych rodziców a także świadomość łącznika między pokoleniami (Wojciechowska 2008).

1.2. Zadania i role społeczne

Okres średniej dorosłości związany jest –zwłaszcza u kobiet– z nagromadzeniem się obowiązków na polu rodzinnych, zawodowych czy społecznych. Kobiety będące w okresie średniej dorosłości podkreślają istnienie barier, które hamują rozwój czy awans w tym okresie życia. Prowadzi to do presji czasu i przeciążenia rolami (Chatterjee 2000; Duxbury, Chiggins

2001). W literaturze znajdujemy badania, w których wykazano, że odpowiedzialność za pełnione role jest silniejsza u kobiet niż u mężczyzn (Haas 1995).

Umiejętność radzenia sobie z zadaniami oraz wchodzenie w role społeczne w tym okresie zależy od trzech rodzajów czynników. Wymienia się wśród nich czynniki genetyczne (które warunkują zmiany biologiczne, takie jak menopauza), społeczne (oczekiwania innych) oraz aktywność własną (fizyczną, intelektualną, poznawczą). Własna aktywność, zdaniem Karoliny Appelt, ma największe znaczenie dla jakości przeżywania dorosłości, prawidłowego rozwoju, a co za tym idzie zdrowia psychicznego kobiet (Appelt 2005).

Okres średniej dorosłości to czas szeregu zadań, którym kobieta musi sprostać stawiając czoło rzeczywistości. Zadanie te podzielić można na dwie kategorie. Pierwsza kategoria to „ja dla innych” (pomoc innym, ukierunkowana na dbałość o najbliższych czy współpracowników). Wyróżnia się w tej grupie zadania takie jak: pomaganie dorastającym dzieciom; osiągnięcie odpowiedzialności oraz postawy w pełni dojrzałej społecznie; uzyskanie i utrzymanie satysfakcjonującego poziomu w karierze zawodowej. Druga grupa zadań to „ja dla siebie i inni dla mnie” (korzystanie z pomocy innych, zadania ukierunkowane na własny rozwój czy akceptację zmian zachodzących w organizmie). Wśród tych zadań znajdujemy: rozwijanie zainteresowań; akceptacja i przystosowanie się do zmian fizjologicznych i rozwojowych własnego organizmu oraz starzejących się rodziców (Havighurst 1981).

Okres średniej dorosłości dla kobiet jest również czasem dokonywania **wyborów w kontekście dalszego życia** (Levinson i in 1978; 1996). Kobiety w tym okresie mają większą świadomość pragnień, wartości czy przekonań niż miały w okresie wczesnej dorosłości. Zdają sobie sprawę z realnych możliwości zrealizowania celów i marzeń. Mają również świadomość, że życie płynie, że pewne cele czy marzenia zrealizują „teraz albo nigdy” (Lifton 1979). Pojawia się właśnie w tym okresie zaangażowanie w realizację marzeń, które wcześniej nie mogły być spełnione (Harker, Solomo 1996; Puchalska-Wasył, 1999).

Zadania rozwojowe w obrębie rozwoju społecznego związane są z pomaganiem dzieciom w stabilizacji i rozpoczęciu dorosłego życia. Zadaniem staje się nawiązanie nowego rodzaju relacji z dorosłymi czy dorastającymi dziećmi, gdyż powinien zmienić się również stosunek do nich (Levinson, Darorow, Klein, Levinson, McKee 1978), co wymaga pewnego rodzaju przewartościowania roli, jaką do tej pory pełniła kobieta i związanych z tą rolą oczekiwań czy postaw. Przyzwolenie na bycie niezależnym przez dorastające dziecko zmienia relację w stosunkach rodzice - dzieci na bardziej partnerskie. Istotne staje się wsparcie rozwoju

młodsze pokolenie, bycie doradcą, mentorem, by dorastające dzieci swoją pomoc mogły oprzeć na autentycznym autorytecie, nie zaś na narzucaniu własnej woli.

Niewątpliwie wyzwaniem dla wielu kobiet jest pogodzenie się z opuszczeniem domu przez dzieci. Wyprowadzenie się dzieci z rodziny generacyjnej może skutkować odczuwaniem smutku (Banister 2000), związanego z przywiązaniem do odgrywanej roli rodzinnej i nagłą jej utratą (Koch, Mansfield, Thureau, Carey 2005). Stan ten nazywany jest **„Syndromem pustego gniazda”** (Levinson i in. 1978). Po „opuszczeniu gniazda” kobiety muszą poszukać nowego celu, ułożyć nowy plan na przyszłość (McAdams 1985). Jest to moment przełomowy dla kobiet-matek, które głównie koncentrowały się na opiece nad dziećmi (Oleś 2000), dla których była to życiowa misja i definiowały swoją tożsamość w oparciu o bliskie relacje z bliskimi (Miluska 1995; Oleś, Baranowska 2003). Doświadczenie to może doprowadzić do „pustki egzystencjonalnej”, poczucia braku sensu istnienia (Sęk 1990).

Są jednak badania, które wskazują, że dla kobiet w okresie średniej dorosłości, moment, kiedy ostatnie dziecko opuści dom rodzinny to czas, gdy osiągają wyższą satysfakcję z życia (Bee 2004), zyskują swobodę w organizowaniu życia zawodowego i rodzinnego co sprzyja realizacji pasji oraz rozwojowi na płaszczyźnie zawodowej (Ziółkowska 2015), zyskują większą ilość czasu dla siebie oraz współmałżonka (Lindh-Astrand, Hoffmann, Hammar, Kjellgren 2007). W okresie tym następuję także zderzenie się z faktycznym stanem zbudowanej relacji z partnerem (Levinson i wsp., 1978), pojawiają się nowe problemy w związku, które być może do tej pory przykrywane były potrzebami dzieci (Gould 1972).

Oprócz utrzymania satysfakcjonującego poziomu **działalności zawodowej**, akceptacji zmian fizjologicznych u siebie i partnera, zadaniem tego okresu jest adaptacja do zmian rozwojowych starzejących się rodziców i opieka nad nimi (Gould 1972). Często stan zdrowia rodziców wymaga wzięcia na siebie dużego bagażu obowiązków, co może być zadaniem trudnym dla całej rodziny. Najczęściej opiekunem niesamodzielnymi już rodziców zostają kobiety (Gould 1972). Innymi zadaniami, o których czytamy w literaturze są uwolnienie się od stereotypów narzuconych przed laty przez rodziców (Gould 1972; Oleś 2000) a także wykształcenia postawy twórczej, kreatywnej (Vaillant 1977; Levinson i wsp. 1978; Erikson 1980). Okres średniej dorosłości i związane z nim przemiany w obszarze pełnionych ról społecznych oraz zmian fizjologicznych dotyczą zarówno kobiety jak i mężczyzn. Kobiety jednak napotykać pewnego rodzaju specyficzne zmiany, jakże odmienne dla płci męskiej. Czynniki środowiskowo-społeczne nie pozostają obojętne. Sprawiają, że kobieta konfrontuje

się z poczuciem końca młodości, a ta jest promowana we współczesnym świecie szczególnie w odniesieniu do kobiet i jej cielesności (Nicole-Smith 1996). Kobiety znacznie bardziej niż mężczyźni odczuwają dyskomfort związany z objawami starzenia się i tym samym utratą atrakcyjności fizycznej (Shek 1996; Banister 1999). Znacznie bardziej dotyczą kobiet również zmiany hormonalne zachodzące w tym okresie (Livson; 1981, Oleś 2000).

2.1. W okres średniej dorosłości relacje kobiety z bliskimi zmieniają się, w pracy doświadczenie wzrasta i zmienia się pozycja, a tym samym zmieniają się obowiązki. I oczekiwania. To czas kształtowania nowych ról społecznych w obrębie rodziny, ale także na polu zawodowym. Istnieje wiele definicja roli społecznej. W słownikach socjologicznych czytamy, że rola społeczna to „zdefiniowany i społecznie określony, spójny wewnętrznie zespół przepisów i oczekiwań dotyczących pożądanego zachowania jednostek w konkretnych sytuacjach, związanych z ich pozycjami społecznymi, a także zbiór podstawowych przywilejów, obowiązków i praw, które są społecznie przypisane do pozycji w grupie” (Olechnicki, Załęcki 1997 s.179), lub „zespół oczekiwań odnoszących się do zachowań osoby zajmującej daną pozycję w strukturze społecznej lub ogół praw i obowiązków wiążących się z daną pozycją społeczną lub stanowiskiem” (Słaboń, Pachocki 1997 s.153)

Jan Szczepański, polski socjolog definiował natomiast rolę społeczną jako „względnie stały i wewnętrznie spójny system zachowań będących reakcjami na zachowania innych osób, przebiegających według mniej lub więcej wyraźnie ustalonego wzoru” (Szczepański, 1970, s. 131). Podobne zdanie wyraził również Theodore Newcomb (1970, s. 344), pisząc, że rola społeczna to „konsekwentne zachowania jakiejś jednostki w ramach mniej lub bardziej stabilnego związku z jakąś inną osobą bądź kilkoma osobami”. Także dla Jonathana Turnera (1994, s. 232) rolą społeczną są „zachowania poszczególnych jednostek w ramach pozycji społecznych w stosunku do siebie nawzajem oraz z uwzględnieniem norm i innych

kulturowych symboli”. Rolą społeczną przypisaną kobiecie jest troska nad dziećmi i prace związane z pracami domowymi (Brannon 2002).

Charles Skinner zauważa, że kształt roli zmienia się w zależności od potrzeb i wymagań grupy. Każda rola to również oczekiwania społeczne wobec jej pełnienia, a te nie zawsze są spójne, wręcz przeciwnie- oczekiwania te są często rozbieżne, a konflikty związane z tym zjawiskiem stanowią zjawisko nieodłącznie związane z ich odgrywaniem (Skinner 1970).

Oczekiwania społeczne wobec kobiet sprawiły, że zaczęły one pełnić wiele ról jednocześnie, co spowodowało nakładanie się obowiązków związanych z opieką nad dziećmi, osobami starszymi w rodzinie, a także obciążenie zarówno pracą zawodową jak i tą związaną z opieką nad domem. Oczekiwania natomiast (mimo zwiększonego obciążenia wielorakimi rolami) nie zmalało mając niewątpliwie wpływ na kształtowanie się tożsamości płciowej kobiet (Powell, Greenhaus 2010). Zasób największych kompetencji i możliwości wpływania na kształt życia społecznego w tym okresie, także przez kobiety spotyka się z licznymi oczekiwaniami stawianymi kobietom ze strony innych członków społeczeństwa. Wielu autorów podkreśla ważną rolę tego stadium w życiu społecznym (Erikson 1997; Szczukiewicz 1998; Witkowski 2000). Karen Horney stwierdza natomiast, że oczekiwania społeczne wobec kobiet reprezentują patriarchalny ideał kobiecości, ograniczający udział kobiet w życiu do wąskiej sfery erotyki i macierzyństwa (Horney 2001).

Trudnym czasem dla kobiety jest okres dorastania dzieci i problemów związanych z tym procesem (Harwas-Napierała 2002). Kobiety częściej niż mężczyźni częściej odczuwają kryzys rozwojowy dzieci, który czasowo połączony jest z własnymi zadaniami rozwojowymi (Oleś, Baranowska 2003). W tym czasie oczekuje się od kobiet otwartości na problemy dorastających dzieci, akceptacji chęci bycia niezależnym i samodzielny przez nastoletnie dzieci, pogodzenia się z odmiennym zdaniem, poglądami czy potrzebami. W okresie dorastania, dzieci wpływają na kobietę również poprzez krytyczne uwagi płynące, zmuszając często kobiety do refleksji nad swoim systemem wartości i postępowaniem (Bakiera 2003). Presja i oczekiwania społeczne wobec kobiet w tym okresie są duże, oczekuje się od nich zarówno udzielenia wsparcia członkom rodziny jak i aktywnego kreowania siebie, rozwijania własnej tożsamości (Witkowski 2000).

Teorie kształtowania się tożsamości płciowej. W psychologii nie ma jednego stanowiska na temat różnic płci (Wojciszke, Mikiiewicz 2003). Przypuszcza się jednak, na podstawie danych antropologicznych, że na podstawie podziału zadań i ról społecznych

między płciami zbudowany został system kulturowy (Krzak 2007). W ramach tego systemu stało się oczywiste, że kobiety i mężczyźni są różni i powinni pełnić inne role z racji na odmienne cechy czy zachowania (Eagly 1987; Eagly, Wood 1991), co podkreśla również koncepcja stereotypów płciowych racjonalizująca istnienie różnic w rolach pełnionych przez kobiety i mężczyzn (Hoffman, Hurst 1990). Stereotypy płci (Deaux, Lewis 1984; Mandal 2003) stanowią pewne uproszczone reprezentacje poznawcze na temat ról, zachowań czy cech danej płci. W spojrzeniu stereotypowym pojawia się agresja i sprawczość w odniesieniu do męskości oraz uległość, wspólnotowość jako typowe cechy kobiety (Riccardelli, Williams 1995; Wojciszke 2010). Od kobiet oczekuje się takich cech jak czułość, troska o innych, wrażliwość na potrzeby innych, mają być pasywne i zależne od mężczyzn (Macrae, Stangor, Hewstone 1999). Istnienia tzw. instynktu macierzyńskiego, uznanego przez Elisabeth Badinter (1998) za społeczny stereotyp, wywiera ogromną presję na kobietach. Owe stereotypy przejawiają trwałość w czasie i przestrzeni (Wojciszke 2002). Potwierdzają to przeprowadzone międzynarodowe badania (Williams, Best 1982), w których okazało się, że w różnych kulturach istnieją podobne **stereotypy** dotyczące płci, w tym cechy określane jako „kobiece” (uczciwość, wrażliwość, opiekuńczość czy zdolność do poświęceń).

Współcześnie kobiety w okresie średniej dorosłości występują w roli rodzinnej, zawodowej i społeczno-obywatelskiej, starają się pogodzić wiele ról, które często są na nie nakładane ze względu na religię, którą wyznają, czy na kraj, w którym się urodziły i w którym żyją. **Oczekiwania wobec kobiet i ról jakie powinny pełnić w danej kulturze warunkują również postrzeganie kobiet na rynku pracy (Boyd, Bee 2008)**. Widoczne jest też założenie, w którym kobiety to otrzymują oferty pracy poniżej swoich kompetencji i ambicji, często są dyskryminowane i niżej oceniane niż mężczyźni (Kolasińska 2012).

Jak zauważają David Matsumoto i Linda Juang (2007), to **kultura wywiera znaczący wpływ** na zachowania związane z byciem kobietą. Stephanie Dillon i Christina Benson (2003) zauważają z kolei, że **kultura narzuca kobietom jak powinny postrzegać własną wartość**, uczy, że jedynym sposobem na zaspokojenie własnych potrzeb kobiety jest realizowanie społecznie akceptowanego wzorca, który nakazuje przedkładanie cudzych potrzeb nad własne. Przypisuje się kobiecie funkcję dbania o członków rodziny (cechy prospołeczne) i dom jako miejsce łączące pokolenia, oczekiwana jest postawa podporządkowania przez kobietę swojej pracy zawodowej i aspiracji potrzebom najbliższych (Kotlarska-Michalska 2001). Mimo, że kobiety dbają o poszerzenie wiedzy i osobisty rozwój to wciąż przypisuje się im w różnych kręgach

kulturowych przede wszystkim role związane z macierzyństwem i rolą gospodyni domowej a pomijany jest obszar zawodowego rozwoju (Cewińska 2001; Renzetti, Curran 2005).

Na **procesie wrastania w kulturę** skupia się teoria schematu rodzaju. Wrastanie w kulturę polega na programowaniu doświadczenia życiowego jednostki pod kątem pełnienia ról społecznych, a celem jest organizowanie życia większych grup. Według tej teorii to jaką **rolę społeczną** będzie pełnić jednostka, zależy od jej codziennych doświadczeń społecznych (Bem 1981; Por, Bem 2000). Raz ustalona tożsamość staje się podstawową zasadą określającą rozwój jednostki pod kątem pełnionej w życiu roli społecznej. Badania dowodzą, że rodzice już od momentu narodzin dziecka traktują odmiennie chłopców i dziewczynki oddziałując bezpośrednio lub pośrednio na rozwój fizyczny i psychiczny dziecka. Rodzice wartościują, nadają znaczenie zachowaniom dziecka i jego relacji z otaczającym je światem, programując różniące się od siebie doświadczenia społeczne i komunikując rozróżnienie między tym, co męskie i tym, co kobiece (Por, Bem 2000).

Anne Moir i David Jessel (1995) prezentują odmienną koncepcję kształtowania tożsamości płciowej. Są zdania, iż przyczyną odmienności funkcjonowania są różnice w budowie mózgu kobiety i mężczyzny, a zależą one od hormonów jeszcze w łonie matki. Autorzy uważają, że wpływ społeczeństwa na pełnione role społeczne polega na wzmacnianiu różnic naturalnych. Podobnego zdania jest Kazimierz Pospiszył (1986) twierdząc, że to biologia wyznacza pewne modele zachowania zgodne ze społecznymi stereotypami płci.

W postrzeganiu ról społecznych w obrębie rodziny funkcjonuje stereotyp, iż to mężczyzna dostarcza rodzinie środków materialnych utrzymując ją, a kobieta poświęca się pracom domowym i troszczy się o zapewnienie odpowiedniej rodzinnej atmosfery, kobiety stworzone do tego by być matkami (Wojciechowska 2012). Podział taki funkcjoniści uznali za bardzo skuteczny i potrzebny. Ich zdaniem rodzina potrzebuje podziału na wyspecjalizowane role, w tym kobiety będącej strażnikiem uczuciowym dbającym o relacje (Parson, Bales 1955). Kobieta w tym modelu podporządkowuje się mężczyźnie, który jest „władcą świata”, a sama staje się „kapłanką domowego ogniska” (Paluch 1999). Kobieta, chcąc realizować karierę zawodową, naraża najbliższych na koszty głębokich zmian w strukturze rodziny (Młodawska 2009).

W kształtowaniu się męskości i kobiecości oraz stereotypów z nimi związanych ogromną rolę odgrywają środki masowego przekazu. Dużą rolę odgrywa telewizja stanowiąc czynnik socjalizacji. Beata Łaciak (2005) zauważa, że ogromną popularnością cieszą się seriale.

Prezentowane w nich związki raczej odbiegają od tych partnerskich, opartych na równości szans kobiety i mężczyzny do realizacji swoich aspiracji oraz na podobnym podziale obowiązków domowych i tych związanych z opieką nad dziećmi. Wprawdzie mężczyźni podejmują prace domowe, ale jest to raczej wyjątek. Zauważone zostało również to, że w polskich serialach partnerzy podejmują rozmowy z partnerką dotyczące kluczowych dla przyszłości rodziny tematów, ale to do mężczyzn należy ostatnie zdanie. Taki model partnerstwa nazywa „partnerstwem zaburzonym” (Łaciak 2005). Inną formą przekazu stereotypu dotyczącego płci są reklamy. Już w latach 70-tych zaczęto zastanawiać się nad znaczeniem przekazywanego w reklamach wizerunku kobiety i mężczyzny. Eving Goffman (1976) sądzi, że reklama ukazując modele rodziny, zaczerpnięte z obserwacji życia codziennego, powiela i umacnia stereotyp koncepcji ról społecznych oraz relacji między partnerami. Zwraca się również uwagę, że reklama może wpływać na kształtowanie nierealistycznych opinii o kobietach i mężczyznach oraz odgrywać rolę w budowaniu własnej tożsamości, opartej często na stereotypach i to już od wczesnych lat (Unnikrishnan, Bajpai 1996).

Humanistyczne podejście do roli podkreśla natomiast znaczenia roli dla indywidualnego życia jednostki. Zwraca szczególną uwagę na możliwość kreatywnego pełnienia roli w danym kręgu społecznym. Florian Znaniecki uważał, że zmiana społeczna zależy od zróżnicowanych, indywidualnych definicji sytuacji. Te zaś są rezultatem dynamicznego i otwartego systemu ideologicznego (Znaniecki 1934).

W nowoczesnym paradygmacie odchodzi się od specjalizacji w zakresie kobiecość – męskość, czyli **podziału ról społecznych** ze względu na płeć na rzecz koncepcji komplementarności i androgyniczności (Arcimowicz 2003). Odchodzi się od myślenia, że to płeć biologiczna warunkuje role społeczne. Uznaje się, że jednostka może przejawiać zarówno komponenty męskości i kobiecości. Michael Kimmel (2000) sądzi, że dwudzielność ról uznawanych za męskie czy kobiece będzie zależała od nierówności między płciami i związana będzie z siłą dominacji grupy mężczyzn nad grupą kobiet. Uważa, że to władza mężczyzn nad kobietami prowadzi do dysproporcji. Ten amerykański socjolog twierdzi, że w najbliższych dekadach osłabnie znaczenie gender a kobiety i mężczyźni będą mogli na równych prawach realizować się w różnych dziedzinach życia (Kimmel 2000).

Historia ról społecznych kobiet

W książce Henrego Bowmana (1942) *Marriage for Moderns* czytamy, że jedna i druga płeć wzajemnie się dopełnia. Autor porównywał związek dwojga osób do zegara, w których zarówno wskazówki jak i obudowa zegara pełnią znaczącą rolę i ani jedno, ani drugie nie jest gorsze. Tak jak wskazówki i obudowa zegara tak kobieta i mężczyzna razem tworzą funkcjonalną całość a także, że gdy kobiety i mężczyźni podejmują się tych samych zadań lub spełniają te same funkcję to ulega zniszczeniu łączący ich stosunek oparty na dopełnianiu się. Powątpiewał również w możliwość łączenia realizowania się kobiety w małżeństwie i prowadzeniu domu (pozostawienie swoich potrzeb i oparcie relacji na współpracy) w połączeniu z rozwojem kariery zawodowej (gdzie na pierwszym miejscu stawia się własne Ja i podstawą jest rywalizacja) zaznaczając odmiennosć kwalifikacji, jakie są do tego potrzebne (Bowman 1942).

W lata 30-tych funkcjonował tradycyjny model rodziny, zakładający, że kobieta zamężna nie pracuje. Jej zadaniem była opieka nad domem i troska o dobro domowników. Jeśli kobieta podejmowała się pracy to nie dla satysfakcji a z powodu ubóstwa rodziny. W tym czasie głoszono również, że zatrudnianie kobiet związane jest z dążeniami feministycznymi i są to działania wpływające niekorzystnie na życie rodzinne. Uważano, że każda praca, która odciąga kobietę od jej podstawowego obowiązku wychowania dzieci, bycia żoną i matką, jest szkodliwa (Nowak, Wójcik 2000). W II Rzeczypospolitej system wartości oparty był na modelu obywatelsko-narodowym a jego fundamentem była wiara i państwo. Ambiwalecja ról społecznych kobiet pojawiających się na rynku pracy, jej osłabienie kontaktu z rodziną i przebywanie w miejscu pracy zamiast w domu było odbierane dwojako. Przez lewicę - jako przejaw nadchodzących zmian, natomiast przez prawicę - jako upadek moralności poprzez naruszenie naturalnej egzystencji i osłabienie funkcjonowania rodziny (Nowak, Wójcik 2000).

Po II wojnie światowej pracy podejmowały się coraz częściej kobiety zamężne posiadające dzieci. Już wówczas kreował się wzór kobiety łączącej obowiązki zawodowe z domowymi. Wyjście kobiet na rynek pracy motywowane było potrzebami ekonomicznymi, ale także wzrostem wykształcenia kobiet i ich aspiracjami zawodowymi oraz chęcią posiadania kontaktów społecznych, pozarodzinnych (Worach-Kardas 1988; Kurzynowski 2000).

W latach 50-tych funkcjonałści, co prawda nie zgodzili się z argumentami Freuda głoszącymi, że to „anatomia determinuje los kobiety”, jednak poparli restrykcyjną definicję kobiecości mówiącą, że kobieta jest tym, kim ma być zgodnie ze społecznymi oczekiwaniami

(Komarovsky 1950). Zgodnie z światopoglądem kobieta została ukształtowana z żebra mężczyzny, może jedynie naśladować jego ponadprzeciętne zdolności i siłę, jednak ona sama z racji zdolności rodzenia dzieci staje się powiernicą tajemnicy życia. Pojawia się również stwierdzenie, że mężczyzna szukając dookreślenia swojej roli odkrył sposób rekompensowania sobie odczuwanej niższości. Problem cywilizacyjny to problem związany z dookreśleniem roli mężczyzny w taki sposób, aby był on dla niego samego satysfakcjonujący. Tak by mógł on osiągnąć poczucie, iż dokonał czegoś trwałego i nieodwracalnego. Kobieta natomiast spełnia swoją biologiczną rolę- zyskuje poczucie sukcesu- dzięki społecznym możliwościom (Mead 1955).

Począwszy od lat 60-tych XX wieku nastąpiła aktywizacja kobiet na rynku pracy. Mimo przyjęcia przez kobiety nowej roli, społeczeństwo nadal oczekiwało od nich wykonywania większości obowiązków w zakresie opieki nad domem, dziećmi czy coraz starszymi rodzicami, (Long i Cox 2000). W tym samym czasie pojawiły się niepokojące statystyki o opuszczonych przez pracujące matki dzieciach. Zrzucano odpowiedzialność na kobiety za przestępczość młodzieży, kłopoty w szkole czy emocjonalne ich zaburzenia. Nie dostarczono jednak dowodów by dzieci te były mniej zdrowe czy mniej szczęśliwe w związku z podjęciem pracy przez ich matki (Stolz 1960).

Talcott Parson (1972) w autorytatywnej analizie „ról płciowych” rozważa w odniesieniu do kobiet jedynie rolę „pani domu” akceptującą „obowiązki domowe czy „bycie dobrą towarzyszką”. Zauważa również, że wzór „domowy” roli pani domu traci na znaczeniu i dla osób o czynnym usposobieniu nie może być zajęciem absorbującym bez reszty. Autor zwraca również uwagę, że rola „pani domu” reprezentowana przez dorosłą kobietę powoduje dużą ilość napięć i brak poczucia bezpieczeństwa, powszechne stają się zachowania nerwicowe. (Parson 1972). Lata 70-te to okres, kiedy kobiety były widoczne na rynku pracy, podejmowały się pracy zawodowej (Kawula 2005).

W połowie lat 80-tych, gdy doszło do tymczasowego konsensusu w tym obszarze badań pisano, że pełnienie wielu ról może wpływać dodatnio na dobre samopoczucie oraz poczucie własnej wartości i integracji społecznej (Pietremonaco, Manis i Frohardt-Lane 1986). W tym samym czasie zaczęto jednak zauważać nasilenie się potrzeby opieki nad osobami starszymi w rodzinie. Opieka ta zazwyczaj była wykonywana przez kobiety w wieku średnim, co uznano za kolejną rolę społeczną kobiet dokładając tym samym kolejne obowiązki do już istniejącego

szerokiego wachlarza (Brody 1981; Robinson 1988; Moen, Dempster-McClain i Williams 1992; Doress-Worters 1994).

Nie bez znaczenia dla postrzegania pracy w życiu kobiety i jej pracy na rzecz rodziny wpłynęły w latach 90-tych przemiany społeczno-ekonomiczne. Kobiety nie kryły się wówczas z własnymi aspiracjami edukacyjnymi i chęcią rozwoju, ale wyjście kobiet udomowionych na rynek pracy wiązało się z obniżeniem poziomu życia rodzin w tym okresie (Balcerzak-Paradowska 2004). Kobiety jednak, mimo wielości obowiązków, nie rezygnują w tym czasie z wiodącej roli, jaką jest bycie matką. Są powierniczkami dzieci i częściej niż mężczyźni rozmawiają z nimi (Kotlarska-Michalska 2001). W latach 90-tych dominował jednak wciąż model rodziny, gdzie kobieta jest istotą udomowioną. W badaniach przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznych w 1997 roku czytamy, że 30% Polek uważa, że „tylko mąż powinien pracować” a kobieta powinna „zajmować się prowadzeniem domu, wychowywaniem dzieci i organizacją życia towarzyskiego rodziny. Kobiety uważały, że czynią dobrze podporządkowując własne cele i aspiracje wychowaniu dzieci (Titkow 2001). W drugiej połowie lat 90-tych nastąpił zwrot. Z badań CBOS wynika, że dla znaczącej liczby kobiet praca stała się istotną wartością wpływającą na poczucie kobiecości (**CBOS 1998**). Joanna Rogulska (2009) zwraca uwagę, że związane było to z procesem globalizacji oraz transformacją w Polsce, przemiany były motywatorem dla kobiet, by dążyć do znalezienia miejsca dla siebie w obszarze pracy zawodowej.

W chwili obecnej rola kobiety w rodzinie jak i w społeczeństwie uległa zmianie w stosunku do roli tradycyjnej. Współczesna rodzina również uległa przeobrażeniu. Z tradycyjnej - homogenicznej, wielodzietnej, wielopokoleniowej - rodziny zmienia się w rodzinę nowoczesną – małą, małodzietną, niestałą. Zmierza w kierunku wyznaczonym przez ponowoczesność, w którym akcentuje się wartość materialne, poziom życia, potrzebę samorealizacji, indywidualizm (Danilewicz 2006). Współcześnie nie ma nacisku by kobieta pozostała w domu a jej czas wypełniała opieka na dziećmi. Idealną matką jest „tzw. «super kobieta» - kochająca, rozsądna mama, dobra żona, nie zapominająca o własnych potrzebach, która również realizuje się zawodowo łącząc obowiązki rodzinne z obowiązkami z innych obszarów (**Raport Społeczna rola matki – wyzwania współczesnego macierzyństwa 2015**).

Zmiana roli kobiety w rodzinie nastąpiła wraz z rozwojem urbanizacji i uprzemysłowienia. Praca zawodowa kobiet nikogo dzisiaj nie dziwi, jest powszechna i stanowi istotne ogniwo społecznej roli kobiety (Kawula 2005). Praca kobiety nie jest związana dzisiaj

tylko z poprawą sytuacji materialnej rodziny, ale także z jej osobistymi zainteresowaniami i dążeniem do podniesienia własnej wartości czy pozycji społecznej dając często poczucie niezależności materialnej od partnera, zadowolenia z siebie oraz własnego rozwoju (Dyczewski 1994).

Kobieta dąży również do niezależności finansowej, która daje nie tylko satysfakcję z zarobków, ale również wartość samą w sobie. W społeczeństwie przyjęła się myśl, że działania niezarobkowe na rzecz gospodarstwa domowego przynoszą niższy prestiż niż praca zawodowa. Własne dochody podnoszą samoocenę oraz dają silniejsze poczucie władzy niż samo zarządzanie domem (Domański 1999). Potwierdzają to **badania CBOS z 2007 roku**, w których czytamy, że czynnikiem podejmowania pracy zawodowej przez kobiety jest opinia znaczącej części społeczeństwa (42%), że w Polsce kobiety pracujące są bardziej szanowane niż kobiety zajmujące się tylko domem (**Komunikat CBOS 2007**). Pozycję społeczną wyznacza zatem aktywność zawodowa, która oznacza nie tylko korzyści finansowe, ale także relacje w szerszej grupie społecznej (Kawczyńska-Butrym 2004).

Zmiany społeczno-ekonomiczne, których jesteśmy świadkami, wymagają od współcześnie żyjących dorosłych realizacji wielu ról i zadań, a te wymagają zdrowia i dobrego funkcjonowania, nie tylko ze względu na potrzeby indywidualne, lecz także ze społecznego punktu widzenia. Kobiety w okresie średniej dorosłości spotykają się dzisiaj z kumulacją obowiązków rodzinnych, zawodowych i społecznych, co prowadzi do presji czasu i przeciążenia rolami (**Chatterjee 2000; Duxbury i Chiggins 2001**). W literaturze czytamy, że u kobiet, silniej niż mężczyzn, aktywizuje się mechanizm odpowiedzialności za pełnione role (**Haas 1995**).

Omawiany okres życia kobiety wiązać się może również z uwalnianiem się od wewnętrznych konfliktów i zewnętrznych oczekiwań (Levinson i in. 1978). Dużą rolę odgrywa udział w pracy zawodowej, przez pryzmat której często człowiek jest oceniany i zarazem praca jest obszarem mającym związek z własną oceną siebie (Hughes 1958). Określenie pozycji społecznej poprzez pozycję zawodową, o czym warto pamiętać, było przez wiele lat domeną mężczyzn. Do niedawna modele społeczne dawały możliwość kobiecie pojmowania swojej pozycji w kategoriach dobrej żony czy matki. Współczesny świat daje możliwość wybrania różnych dróg „spełnienia”. W opisywanym okresie rozwojowym rośnie potrzeba życia na swój własny sposób. Kobiety w tym okresie, jak wskazują badania, mniej przejmują się opinią innych, zwiększa się ich chęć bycia niezależną i rozwijania własnej tożsamości (Degges-White

2001). Zauważa to również Monika Rutkowska (2001), która opisuje modele kobiecości a wśród nich model przedstawiający kobietę niezależną finansowo i emocjonalnie. W okresie tym kobiety poniekąd zmuszone są do odnalezienia się i dostosowania w świecie ponowoczesnym. Wrzucone są w pewien kontekst społeczny, który definiuje style życia oraz sposób patrzenia na życie (Kotlarski 2011). Opisywany okres związany jest z licznymi sytuacjami konfliktowymi zagrażającymi znalezieniu balansu między zadaniami ukierunkowanymi „dla siebie” a zadaniami „dla innych, czyli między osobistą a społeczną funkcją zachowania Lewickiego (1969).

Jedną z najbardziej powszechnych jest sytuacja, gdy pod adresem jednostki kierowane są sprzeczne oczekiwania wywołujące w niej wewnętrzne napięcia, utrudniające jej realizację zadań wynikających z roli. Wiadomo, że człowiek z reguły unika sytuacji konfliktowych, stara się maksymalnie zredukować napięcia, wyeliminować czynniki, które do nich prowadzą. Wymienia się wśród nich między innymi: uczenie się różnych zachowań zależnie od różnych oczekiwań; delegowanie części obowiązków i zadań na innych; wchodzenie w bliskie relacje z osobami akceptującymi i tłumaczącymi niemożność pełnienia roli czy wybór ról mniej uciążliwych (Goode 2005).

Większość współczesnych kobiet zwykle łączy role rodzinne (nie odwraca się od tych obowiązków) z odpowiedzialnymi rolami zawodowymi (Edwards, Rothbard 2000; Eby Casper, Lockwood, Bordeaux, Brinley 2005; Ford, Heinen, Langkamer 2007; Greenhaus, Allen 2011). Jolanta Mikulska (2011) zauważa, że z biegiem lat sukcesywnie społeczna pozycja kobiet wzrasta, sfery działań zarezerwowane jako „męskie” są coraz częściej otwierane dla kobiet, kobiety awansują również na wyższe pozycje w sferze nauki czy biznesu. Marta du Vall (2009) podkreśla natomiast ciągły wzrost liczby kobiet aktywnych łączących pracę zawodową z obowiązkami rodzinnymi i deklarujących, że oba te obszary są równie ważne. Wzrasta również świadomość mężczyzn w tym zakresie. Równocześnie ze zmianami związanymi z wykształceniem oraz zatrudnieniem kobiet, obserwuje się zmiany funkcjonowania rodziny. Tradycyjny niegdyś model, z pracującym mężem i opiekującą się dziećmi żoną jest coraz rzadziej spotykany, obserwuje się natomiast wybijający się model egalitarny, w którym oboje z partnerów angażują się w zadania domowe i oboje realizują własne ścieżki kariery (Kwiatkowska, Nowakowska 2006).

Mimo tych zmian, w dzisiejszych czasach rynek pracy, choć otwarty na kobiety, wciąż stawia swego rodzaju bariery dla kobiet stanowiące o ich awansach zawodowych. Na wyższych

stanowiskach, dających władzę i możliwość zarządzania, dominują wciąż mężczyźni. Tylko nielicznym kobietom udaje się dotrzeć na te najbardziej prestiżowe i stanowią one zdecydowaną mniejszość na tych szczeblach (Budrowska 2004). Jedną z takich niewidzialnych barier jest „szklany sufit”, który skutecznie oddziela kobiety od najwyższych stanowisk uniemożliwiając im awans (Brannon 2002). To bariera napotykana przez kobiety pełniące funkcje kierownicze dająca wrażenie bliskości awansu i równocześnie jego nieosiągalności (Strykowska 1995).

Zwolennicy teorii konfliktu ról uważają, że różnica w statusie społecznym między kobietami a mężczyznami związane są z dążeniem do władzy a różnic w przypisywaniu ról społecznych należy szukać w nierówności ekonomicznej. Tradycyjna rola mężczyzny stawia ich w lepszej pozycji z racji przyczynienia się w większym stopniu do dobra ogółu, co daje prestiż i uznanie (Collins 1979)

Okres średniej dorosłości to często lata pełne aktywności i poczucia jak bardzo szybko mija czas. To okres dokonywania bilansu życia, osiągnięć, jakie udało się zrealizować w konfrontacji z wcześniejszymi planami. To również czas postanowień, intensywny proces subiektywnych przemian osobowości, dotyczących ustalenia zadań życiowych i hierarchii wartości na „drugą część życia” (Havighurst 1981; Oleś 2000).

U kobiet w okresie średniej dorosłości można mówić o specyficznym rodzaju kryzysu środka życia ze względu na różnice płciowe o charakterze biologicznym (menopauza) oraz społecznym (np. rozdarcie między samorealizacją a obowiązkami związanymi z przypisanymi rolami). Jedną z pierwszych koncepcji dotyczących rozwoju człowieka mówiących o kryzysie połowy życia była koncepcja **Carla Gustava Junga (1933)**. Rozpatrywał on rozwój człowieka jako proces **indywidualizacji**. W myśl tej koncepcji początkowo jednostka ma za zadanie przystosować się do życia w społeczeństwie. Po osiągnięciu stabilizacji, w okolicach połowy życia, wiele osób przeżywa kryzys, ma poczucie niespełnienia pomimo zrealizowania celów związanych z samodzielnym funkcjonowaniem w społeczeństwie, osoba w tym czasie doświadcza przemijania i perspektywy śmierci (Jung 1933). Powątpiewa w wartości założonych dotychczasowych celów oraz konfrontuje je ze świadomością nieuchronnego starzenia się organizmu. Pojawia się zmiana percepcji rzeczywistości w tym okresie, zmieniają się zainteresowania o charakterze kulturowym, społecznym, religijnym czy filozoficznym. Mowa jest o poczuciu niespełnienia i rozczarowaniu nawet wtedy, gdy zaplanowane cele z okresu dorastania zostały zrealizowane. Związane może być to z niezrealizowaniem pewnych

swoich możliwości, pewnych aspektów siebie i innych obszarach niż te, na których jednostka się skupiła (Jung 1933). Poczucie niezrealizowania się w pełni prowadzi do rozważań nad sensem życia i przyjętych wartości. W literaturze czytamy, iż autorzy przywiązują uwagę również na pojawiające się w tym czasie doświadczenie przemijania, konfrontację z przemijającą młodością, podejmowanie się nowych zadań, poszukiwanie nowych wartości (Jung 1933; Oleś, Baranowska 2003), analizę minionego czasu i tego który pozostał by zrealizować własne cele (Neugarten 1968), refleksje nad sensem życia i dokonywanie wyborów na dalszą część życia (Gould 1972), a także wykształcenie postawy twórczej (Erikson 1959, Vaillant 1977; Levinson i in. 1978). Karolina Appelt różnicuje warunki, które determinują powstanie **kryzysu środka życia**. Zalicza do nich zmiany: a/ perspektywy czasowej (kobieta uświadamia sobie, że połowa życia już na nią), b/fizyczne (spadek sprawności funkcji organizmu), c/w relacjach z rodzicami (opieka nad nimi lub ich strata), d/w relacji z dziećmi (przeobrażenie roli rodzicielskiej, opuszczenie domu przez dorastające dzieci); e/pogodzenie się ze zmianami wyglądu i atrakcyjności fizycznej oraz nasilenie myśli dotyczących celów w życiu i jego sensu (Appelt 2005). Autorzy prac podkreślają, że okres około 40 roku życia jest przełomowy (Jung 1933; Gould 1972; Levinson i in 1978;1996; Sęk 1990). Jest to okres intensywnych zmian fizycznych i hormonalnych, następuje konfrontacja z upływającym czasem i świadomością przeżycia prawdopodobnie połowy życia. Wiele osób dotyka „kryzys połowy życia”, czyli punkt zwrotny, przełomowy dla kobiety a inne doświadczają stopniowej „przemiany połowy życia” rozumianej jako całokształt procesów zachodzących w okolicach środka życia (Oleś, Baranowska 2003). Helena Sęk (1990) uważa, że kryzys w tym okresie związany jest z narastającymi zmianami biologicznymi (okres przekwitania), wymaganiami społecznymi (zmiany sytuacji zawodowej) i przemianami niepsychicznymi (zmianą sprawowania roli społecznej wobec wstępujących i zstępujących członków rodziny). Helena Sęk wyróżnia zjawiska ogólne, specyficzne oraz niespecyficzne dla kryzysu wieku średniego. Czynniki niespecyficznymi nazywa zjawiska związane z destabilizacją funkcji społecznych, psychicznych i fizjologicznych i naruszeniem ich równowagi. Przez czynniki niespecyficzne rozumie dyskomfort psychiczny, który związany jest z emocjonalnym napięciem, wątpliwościami, poczuciem presji i zagubienia, koniecznością dokonania zmian w życiu, podjęciem się nowych zadań czy zmierzeniem z nowymi problemami, a także stanem wzmożonej wrażliwości (Sęk 1990). Efektem poradzenia sobie z kryzysem często jest podjęcie dalszego rozwoju a jego celem jest uzyskanie harmonii i równowagi wewnętrznej (Gałdowa 1995).

Coraz częściej w literaturze można znaleźć stanowisko badaczy, iż występowanie kryzysu wieku średniego ma niższe jak sądzono wcześniej nasilenie (Tamir, 1982; Wethington, 2000) a jego proces uzależniony jest od wyniku dotychczasowego przeprowadzonego bilansu życiowego. Badania wskazują również, że okres wieku średniego oceniany jako czas największych możliwości i satysfakcji z życia (Bee 2004), a o wyjątkowości tego okresu świadczy konieczność adaptacji w obszarze biologicznego, poznawczego i społecznego istnienia (Lachman 2004).

Osiągnięcie równowagi między dawaniem z siebie a dbaniem o siebie jest szansą pełnego dynamicznego rozwoju. Jeżeli inwestujemy w siebie i dbamy o swój własny rozwój, jesteśmy spełnieni to wówczas mamy z czego dawać innym. Orientacja na wartości indywidualne, o czym często kobiety pełniące wiele ról społecznych jednocześnie pomijające własne potrzeby zapominają, jest poniekąd warunkiem prawidłowych zachowań prospołecznych (Waterman 1982).

1.3. Pokolenie „Sandwich generation”

Ciekawym spojrzeniem na kobiety, będące dzisiaj w okresie średniej dorosłości, jest przejaw różnic pokoleniowych, nad którymi wielu badaczy się pochyla.

Pokoleniem nazywamy grupę osób, którzy urodzili się w tym samym roku lub w ciągu kilku kolejnych lat (Giddens 2012). Zdaniem Karla Mannheim (1972), jednostki z tego samego pokolenia są jednolicie osadzone w historycznym wymiarze procesu społecznego a przynależność pokoleniowa silnie oddziałuje na wartości, postawy i przekonania jednostek. Z pokoleniem ma związek pojęcie kohorty (Giddens 2012). Jest to grupa ludzi posiadająca jakieś wspólne cechy. Grupy kohortowe i pokoleniowe łączą doświadczenia, wspólne przeżycia kulturowe i polityczne (np. zmiany ustrojowe, gospodarcze, trendy muzyczne). I choć grupy (pokoleniowe, kohortowe) tworzą jednostki, a te różnią się między sobą osobowością i sposobem reagowania na doświadczenia, to właśnie wspólnota doświadczeń wpływa na bieg ich życia (Giddens 2012). Zygmunt Bauman (2011) pisze, że o pokoleniu można mówić, gdy w określonej grupie osób nastąpi „względne nagromadzenie” pewnych cech i występują one prawie u każdego członka danej grupy.

W literaturze czytamy, że wśród wartości społeczeństwa polskiego, w tym pokoleń będących obecnie w okresie średniej dorosłości, swój ślad odcisnęła między innymi ideologia promująca wartości kolektywne (komunistyczna) w tym aktywność fizyczną (Jankowski 1980). Zbigniew Krawczyk zauważa, że szczególne miejsce przypisuje się również rodzinie i tradycji (1990).

Widoczne w ostatnich latach wzorowanie się na systemach ekonomicznych państw zachodnich doprowadziło do zapożyczenia zachodnich wzorów wartości (Schiffman, Kanuk 2000). Wartościami szczególnie lansowanymi przez nową kulturę życia codziennego są: osiągnięcia i sukces (rozumiane w kategoriach finansowych i społecznych), materialny komfort życia (konsumpcyjny styl życia), utożsamianie się z nowymi technologiami, aktywność zawodowa (często kosztem czasu spędzonego z najbliższymi), a nade wszystko indywidualizm (koncentracja na sobie, dążenie do przyjemności (Jachnis, Terelak 1998).

Kobiety będące dzisiaj w okresie średniej dorosłości to w większości pokolenie urodzone między 1964 r. i 1989 r., to the X generation, pokolenie homo sovieticus, pokoleniem Solidarności czy pokoleniem JP II (w literaturze pojawiają się różne określenia dla tego pokolenia(lit ...)). Kobiety miały szansę po raz pierwszy w powojennej Polsce wykorzystać niepowtarzalną szansę dopasowania drogi rozwoju zawodowego do potrzeb powstającego systemu wolnorynkowego. Większe szansę na karierę zawodową spowodowały pogory za sukcesem zawodowym. Pokolenie tych kobiet jako pierwsze tak licznie stanęło w rozkroku między rozwojem zawodowym a rolą jaką tradycja przypisała kobiecie. Kobieta z pokolenia X stanęła przed wyzwaniem pogodzenia pracy z życiem rodzinnym i obowiązkami jakie towarzyszy tym rolom. W jednej części to jednostki odnoszące sukcesy zawodowe a w drugiej kobiety, od których oczekuje się pełnienia ról przypisanych im przez tradycję (Giza, Sikorska 2012).

Pokolenie „Sandwich generation”. Pod koniec XX wieku model udzielania pomocy w rodzinie zmienia się. Powojenny wyż demograficzny (baby boom), wydłużenie się długości życia skutkuje dzisiaj znaczną liczbą osób w podeszłym wieku. W literaturze zauważony zostaje problem opieki nad rodzicami, których kondycja fizyczna w skutek wydłużenia się przeciętnego życia spada (Nichols, Junk 1997;Błędkowski 2012;2013;Trafiałek 2012), a koszty opieki zdrowotnej powodują zwiększoną zależność tych osób od rodziny (często dzieci). Zauważa się również problem dzielenia obowiązku opieki nad rodzicami pomiędzy coraz mniej liczne rodzeństwa (Kunemund 2006). Wiele kobiet z klasy średniej inwestują czas i wysiłek w

edukację i karierę, decydując się na urodzenie dziecka w przedziale wieku 30-40 lat (Kitzinger 1995; Wachowiak 2003; Hantrais 2006; Dye 2010). W czasie, gdy kobiety te angażują się w opiekę nad swoimi nowonarodzonymi dziećmi, ich rodzice często osiągnęli wiek około 60 roku życia i często sami potrzebują również opieki (Miller 1981). Ponadto wskazuje się także na konkurencję między skrajnymi pokoleniami o dobre, które posiada środkowe pokolenie, co prowadzi do konfliktu w relacjach w rodzinie (Hamill, Golberg 1997).

Charakterystyczną cechą kobiet, będących środkowym pokoleniem, staje się spełnienie potrzeb opieki wobec starzejących się rodziców a także wciąż udzielanie wsparcia dzieciom, które coraz później kończą edukację, później osiągnęli niezależność finansową (Renzetti, Curran 2005; Podgórska 2006; Rubin and White-Means 2009). Na to wszystko kobiety w okresie średniej dorosłości są i chcą być aktywne zawodowo, co dodatkowo ogranicza przypisaną im rolę opiekuna bliskich osób (Nocera and Zweifel 1996; Kunemund 2006; Kotowska 2009; Philips 2009; Nizalova, 2012).

Analizie relacji w rodzinie, rosnącym zapotrzebowaniem opieki nad rodzicami i zaspokojeniem potrzeb wstępnym i zstępnym pokoleń, poświęcona została koncepcja **pokolenia sandwich**. Autorką jest Dorothy Miller (1981), która skoncentrowała się na problemach emocjonalnych i ekonomicznych członków rodziny ze środkowego pokolenia uwikłanych w potrzeby dzieci i rodziców, które wynikają z udzielania im równocześnie wsparcia. Dorothy Miller (1981) obserwując pokolenie ludzi w wieku 30-40 lat, a w szczególności kobiet, zauważyła, że żyją one pod presją potrzeb dzieci i coraz słabszych rodziców. Zapewniają wsparcie zarówno dla młodszych jak i starszych członków rodziny a nie otrzymują wsparcia w zamian. Ponadto inne badania potwierdzają, że to właśnie kobiety ponoszą większą odpowiedzialność za opiekę nad dziećmi i starszym pokoleniem, są bardziej niż mężczyźni skłonne do tej opieki (Brody 1990; Ward, Spitze 1998; Tarkowska 2000; Giménez-Nadal, Marcén, Ortega 2010).

Dorothy Miller podkreśliła wyjątkowe stresory sprawowania tej opieki oraz brak dostępnych środków wspólnotowych w celu wsparcia średniego pokolenia. Obserwowane pokolenie, pracujące zawodowo, będące u szczytu kariery zawodowej, które wciśnięte zostało między potrzeby dorastających dzieci i nakładające się obowiązki opieki nad starzejącymi się rodzicami, nazwała pokoleniem „sandwich generation” (Miller 1981). Zamiennie stosowaną nazwą jest „wciśnięta generacja” (Dautzenberg, Diederiks, Philipsen, Stevens 1998); „bridge

generation”, „hinge generation” (Smith, Dumas 2006); “sandwich constellation” (Kunemund 2006); “squeezed generation”, “stretched generation” (DeRigne, Ferrante 2012).

Definicja “sandwich generation” w szerokim ujęciu określa ludzi, którzy posiadają różne obowiązki związane z zaangażowaniem się w role społeczne, a tym role rodziców, opiekunów swoich starzejących się rodziców czy też role zawodowe (Keene, Prokos 2007. W rozumieniu węższym, bycie pokoleniem sandwich, oznacza równoczesną pomoc skierowaną na niesamodzielne jeszcze dzieci i starszych rodziców lub innych członków rodziny (Durity 1991; Raphael, Schlesinger 1993; Ingersoll-Dayton, Neal, Hammer 2001). W definicjach przyjmuje się także, że opieką otoczyć można również dziadków oraz wnuki, opieka i wsparcie udzielane pokoleniom nie muszą być oparte na sąsiadujących generacjach a przykładem są badania B. Szatur- Jaworskiej (2000), która przyglądała się środkowemu pokoleniu, jako spoiwu łączącemu najmłodsze i najstarsze pokolenie w rodzinie.

W literaturze znajdziemy liczne publikacje dotyczące pokolenia sandwich, zarówno światowej (m.in.: Durity 1991; Nichols, Junk 1997; Neal, Hammer 2007; Beckford 2009; Ben-Galim, Silim 2013) jak i w polskiej, choć w tej nie zawsze poświęconym zdefiniowanemu pokoleniu sandwich, ale osobom wspierającym jeszcze niesamodzielne dzieci oraz swoich rodziców (m.in. Giza-Poleszczuk, Marody, Rychard 2000; Bień, Wojszel, Wilmańska, Sienkiewicz 2001; Żurek 2001; Dyczewski 2002; Halik 2002; Hantrais 2006; Kotowska, Sztanderska, Wóycicka 2007; Grotowska-Leder, Roszak 2016).

Z analizy literatury wynika, że omawiane środkowe pokolenie to w większości kobiety w wieku 30-60 lat (DeRigne, Ferrante 2012). Istnieją również inne propozycje przesuwające granice wieku na przedział 34-64 lat (Smith, Dumas 2006) lub je rozszerzające na okres od 30 do 64 roku życia (Kwok Hong-Kin 2006). Spotkać można też inne propozycje wieku określające pokolenie sandwich, np. 40-56 lat (Nichols, Junk 1997). Ważne jest również ustalenie wieku osób zstępných w rodzinie. W literaturze znaleźć można propozycje ujęcia młodszego pokolenia jako osób, które nie ukończyły 18 roku życia (Neal, Leskie 2001), ale także 21, a nawet 25 roku życia a związane jest to z zakończeniem edukacji (Willimas 2002). Mniej uwagi poświęca się osobom wstępnym, więc pokoleniu najstarszemu, przyjmując jedynie, że są to osoby najstarsze w rodzinie i wymagające pomocy (Wagner, Neal 1994). Kolejnym obszarem życia kobiet pojawiającym się w definicji pokolenia sandwich jest ich aktywność zawodowa. W literaturze znajdujemy wiele opracowań poświęconych pokoleniu sandwich łączącym

obowiązki związane z opieką z aktywnością zawodową (Miller 1981; Nicholas, Jung 1997; Riley, Bowen 2005; Lowenstein 2007).

Okres średniej dorosłości, funkcjonowanie w ramach środkowego pokolenia w rodzinie, równoczesne zaangażowanie w pomoc coraz starszym rodzicom i zaspokojenie potrzeb dzieci, podejmowanie decyzji, decydowanie o losie najbliższych, dostosowanie swojego trybu życia do potrzeb bliskich, a także funkcjonowanie często w ramach pracy zawodowej (Giménez-Nadal, Marcen, Ortega 2010;2012) skutkuje problemami emocjonalnymi, stresem i niepokojem (Brody 1981; Miller 1981; Bolim, Lingren, Lundborg 2008), co wynikać może z faktu nieprzygotowania do wypełniania tych wszystkich zadań jednocześnie (Riley, Bowen 2005; Hammer, Neal 2008). Nadmierne obciążenie opieką nad starzejącymi się rodzicami wynika z faktu, że liczba rodzeństwa w nowoczesnych rodzinach jest mniejsza. Potrzeby w zakresie opieki nad dziećmi a także opieki nad starzejącymi się rodzicami często zachodzą na siebie powodując wciśnięcie kobiet pomiędzy potrzeby dwóch pokoleń (Neal, Hammer 2007; Pines, Neal, Hammer, Ickson 2011).

Kolejnym czynnikiem zaostrzającym wzrost stresorów osób czy par określanych jako „*sandwich generation*” to rosnący udział kobiet w rynku pracy. Wsparcie jakiego udziela kobieta z pokolenia sandwich i problemy życia osobistego (w tym własne problemy zdrowotne czy zmiany hormonalne) mają wpływ na wydajność kobiety jako pracownika (Riley, Bowen 2005). Pełnienie roli podwójnego opiekuna w połączeniu z potrzebą kobiet związaną z aktywnością zawodową doprowadza do wybierania przez nie prac bardziej elastycznych czasowo, ograniczenia liczby godzin pracy lub rezygnacji z awansu zawodowego). Zauważa się wzrost współzależności między pracą i rodziną (Barnett 2002; 2004). Doprowadziło to do zmian w rodzinie, reorganizacji podziału obowiązków przypisywanych wcześniej do konkretnej płci. Jednak wciąż to kobiety są odpowiedzialne za opiekę nad dziećmi i rodzicami i rolę tą pełnią najczęściej kobiety ze środkowego pokolenia w rodzinie (DeRigne, Ferrante 2012), potwierdzają to badania w których wykazano, że 75% badanych kobiet w wieku 40-44 lat udziela wsparcia krewnym, jeśli ich posiada (Kunemund 2006), a opiekę nad sąsiednimi pokoleniami sprawują głównie kobiety (Kwok Hong-Kin (2006), i są to kobiety w okresie właśnie średniej dorosłości (Riley, Bowen 2005; Kunemund 2002). Udzielają one bliskim wsparcia emocjonalnego, ale także służą pomocą w pracach domowych, zabiegach higienicznych, przygotowują posiłki, robią zakupy, wspomagają organizację transportu (Bennet 2005). Kwestie wsparcia w rodzinie zauważamy także w polskich badaniach, z których

wynika, że kobiety (najczęściej w wieku 30-39 lat) udzielają wsparcia i pomocy w ramach gospodarstwa domowego, ale także poza nim (Wóycicka, Rurarz 2007).

Kobieta naszych czasów, wpisana w pokolenie odnajdujące nowe wartości, znalazła się w niespotykanym wcześniej położeniu. Stoi przed możliwościami rozwoju i jednocześnie przed koniecznością wyboru jednej z wielu dróg życiowych. Jest „zawieszona” między tradycją a nowoczesnością. Przez wiele lat kobieta nie miała dostępu do edukacji i rozwoju własnych zdolności, często nawet do prawa samodzielnego decydowania o sobie a dzisiaj każdego dnia zdaje egzamin z wszechstronności i przystosowania się do nowej ukształtowanej społecznej rzeczywistości. Dzisiejsza kobieta jest utalentowana, pragnąca być niezależną, aktywną zawodowo a jednocześnie pragnie realizować się w tradycyjnej roli kobiety przypisywanej jej przez lata. Staje często przed wyborem praca i rozwój zawodowy czy rodzinne szczęście godząc sfery życia, wydawać by się mogło, nie do pogodzenia.

1.4. Ciało kobiety w wieku średnim

Współczesna kobieta narażona jest na wiele trudnych sytuacji wynikających z **oczekiwań wobec pełnionych** przez nią ról społecznych. Kobiety aktywne zawodowo doświadczają wielu społecznych napięć, które przenoszą na życie rodzinne (Kawula 2005) a przeżywane konflikty ról odciskają również swoje piętno na zdrowiu. W związku z tym kobiety potrzebują różnorodnych sposobów radzenia sobie z nimi. Część kobiet stara się za zapobiec zmianom, zatrzymać proces zmian lub je ukryć. Zabiegi, interwencja chirurgiczna, osiągnięcie wysokiej pozycji społecznej i dóbr materialnych to kilka z metod umożliwiających radzenie sobie kobiet ze zmianami czy też rekompensatę tych zmian (Buss 2000). Bywa również tak, że kobiety poddają się „starzeniu” i przestają dbać o siebie (Davis 1996). Zarówno postawa zatrzymania procesu zmian za wszelką cenę jak i postawa poddająca się procesowi „bez walki” może prowadzić do poczucia odrzucenia oraz braku akceptacji siebie (Czarnecka-Iwańczuk, Stanisławska-Kubiak, Mojs, Wilczak, Samborski 2013).

Aspektami biologicznymi, które związane są z okresem średniej dorosłości kobiet, i mogą być związany z kryzysem wieku średniego jest menopauza (Olejniki 2002). Występuje zazwyczaj między 40 a 55 rokiem życia (Steiner, Yonkers 1999). Według Światowej Organizacji Zdrowia (Raport WHO 2001) menopauza pojawia się około 51. roku życia. W badaniach

polskich zakres wiekowy, w którym występuje menopauza, to okres między 46,6. a 55. rokiem życia (Kaczmarek 2007). Menopauza jest to stan biologiczny organizmu, podczas którego dochodzi do niewydolności a następnie utraty pęcherzyków jajnikowych, co prowadzi do zatrzymania miesiączkowania (Słowińska-Przepiera, Syrenicz 2009).

Badania donoszą, że już po 45. roku życia spora liczba kobiet zaczyna odczuwać niekorzystne objawy dotyczące sfery fizycznej i psychicznej (Davis 1996; Cajdler-Łuba, Sobieszczańska-Jabłońska, Nadel, Salata 2006). Wśród objawów związanych ze zmianami hormonalnymi wyróżnić można: nieregularne miesiączkowanie, uderzenia gorąca, nocne poty, zaburzenia snu (Cajdler-Łuba i in. 2006; Kaczmarek 2007; Słowińska-Przepiera, Syrenicz 2009; Randler, Bausback 2010; Bińkowska 2011; Teixeira de Araújo Moraes, Maggio da Fonesca, Mendes de Moraes, Bagnoli, Schlechta Portella, Abreu, Chada Baracat 2012). Zachodzącym zmianom w organizmie kobiety mogą towarzyszyć również objawy niespecyficzne takie jak napięcie nerwowe, bezsenność czy trudności z koncentracją uwagi jak również depresja (Raport WHO 2001; Bielawska-Batorowicz 2005a). Niejednoznaczne są powiązania menopauzy z depresją, przeprowadzone badania nie potwierdzą tezy o związku bezpośrednim występowania klimakterium czy menopauzy z depresją czy kryzysem wieku średniego wśród kobiet (Matthew, Wing, Kuller, Meilahn, Kelsey, Costello, Caggiula 1990; Degges-White 2001; Vesco, Haney, Humphrey, Fu, Nelson 2007). Skłaniają się one raczej do przyczyn leżących w czynnikach środowiskowo-społecznych sprawiających, że kobieta ten okres ocenia jako koniec młodości, który jest tak ceniony u kobiet w obecnym społeczeństwie (Nicole-Smith 1996; Lippert 1997). Zmiany hormonalne, zachodzące w tym czasie, prowadzić mogą również do zaburzeń nastroju. Za typowe dla tego okresu zaburzenia uznaje się płaczliwość, chwiejność emocjonalną, zaburzenia koncentracji, rozdrażnienie (Cajdler-Łuba i in., 2006). Ponadto aktywność seksualna ulega zwykle obniżeniu (Skrzypulec 2010; Czyżkowska, Rawińska, Lew-Starowicz 2011), a warto zwrócić uwagę, że satysfakcja seksualna ma związek z dobrostanem i jakością życia (Jaracz, Wołowicka, Kalfoss 2001; Anderson 2013); Jankowski, Czyżowska 2013). Co więcej kobiety, które w tym okresie doświadczają mniejszego popędu płciowego także niżej oceniają swoje zdrowie i jakość życia (Biddle, West, D'Aloisio, Wheeler, Borisov, Thorp 2009). To również czas negacji rzeczywistości i przewartościowań związanych ze świadomością utraty atrybutów młodości (Głębocka 2009). To trudny czas w życiu kobiet (Skałba 2008). Występowanie objawów menopauzalnych może obniżać sprawność i odporność psychofizyczną kobiet czego konsekwencją jest gorsze funkcjonowanie

w rolach a ostatecznie spadek jakości życia. Uznaje się, że odczuwanie objawów tego szczególnego okresu jest bardzo związane nie tylko ze zmianami hormonalnymi, lecz także zewnętrznymi czynnikami, np. warunkami życia, stanem zdrowia, funkcjonowaniem w obrębie grup społecznych i postrzeganiem procesów starzenia u siebie i partnera (Bojar, Witczak, Stępniać 2013). Czynniki te wchodzić w interakcje, wzmacniając się lub osłabiając i wpływają na percepcję i ocenę zachodzących zmian okołomenopauzalnych (Stachoń 2013).

Istotne znaczenie w zaakceptowaniu przez kobietę menopauzy mają stresy w życiu rodzinnym i zawodowym (Robinson-Kurpies, Nicpon, Maresh 2001) a także wsparcie najbliższych. Kobiety w okresie menopauzalnym wskazują, że to małżonek jest najważniejszym źródłem wsparcia społecznego (Dehle, Larsen, Landers 2001), a małżeństwo odgrywa rolę bufora w odczuwaniu stresu (Rostowska 2008). Badania wskazują, że efektywne wsparcie społeczne skutkuje lepszą regulacją nastroju, skuteczniejszym rozwiązywaniem czy łagodzeniem konfliktów, kiedy dochodzi do różnicy zdań (Sullivan, Pasch, Johnson, Bradbury 2010).

W okolicach 40 roku życia kobiety konfrontują się z poczuciem straty atrakcyjności fizycznej, świadomością starzenia się organizmu i przemijania czasu (Fodor, Frank 1990; Sęk 1990; Banister 1999; Wethington 2000; Lang 2001). Nawet kobiety, które osiągnęły sukces i są usatysfakcjonowane zmianami w innych obszarach życia, zwracają uwagę na niekorzystne zmiany cielesne, które nastąpiły w wieku średnim (Degges-White 2001). Atrakcyjność fizyczna wiąże się niewątpliwie z urodą i dotyczy ciała (Szymanik-Kostrzewska 2016), które w tym okresie ulega przemianom. W naszej kulturze atrakcyjność „płci pięknej” oparta jest w dużej mierze na podstawie urody i figury, co może być trudne dla kobiet doświadczających świadomości własnej zmiany ciała. Przyjęte stereotypy są decydujące dla negatywnego postrzegania zmian zachodzących w ciele kobiety (Etcoff 2000; Głębocka 2009; Villar, Faba 2011). W okresie tym zmienia się chociażby twarz, oceniana jest wówczas zwykle jako mniej atrakcyjna w porównaniu do twarzy osób młodych (Ebner, Luedicke, Voelkle, Riediger, Lin, Lindenberger 2018). Kobieta oceniana jako mniej atrakcyjna przestaje być zauważana a to wywołuje u niej silny lęk przed starzeniem się oraz niepokój wywołany zmianami w ciele (Davis 1996; Avis, Assmann, Kravitz, Ganz Ory 2004; Alwi, Lee, Awi, Mallik, Haizal 2009; Muise, Desmarais 2010; Chonody, Teater 2016).

Liczne badania pokazały, że atrakcyjność fizyczna współcześnie odgrywa dużą rolę w życiu kobiet (Narayan 2008; Niewiedział 2014 ;Chonody, Teater 2016). Kobiety doświadczają

nacisku związanego z koniecznością utrzymania atrakcyjności fizycznej (Dziuban 2010). W mediach promowany jest pogląd, że to uroda jest receptą na sukces, szczęście, jest warunkiem „lepszego życia” (Mandal 2000; 2004; Halliwell, Dittmar 2003; Grabe, Hyde, Ward 2008; Kaur, Arumugan, Yunus 2013). To, że kobietom atrakcyjnym fizycznie łatwiej jest zainteresować własną osobą partnera czy też pracodawcę, przypisuje się zjawisku nazywanemu „efektem aureoli” - osobom takim przypisuje się pozytywne cechy (Eagly, Ashmore, Maghijani, Longo 1991; Wojciszke 1991; Caldini 2016). Wraz z zachodzącymi zmianami biologicznymi w okresie średniej dorosłości, kobiety coraz mniej pasują do dominującego ideału piękna, a efektem tego jest zmniejszenie u nich odczuwanej atrakcyjności fizycznej (Appelt 2015). Badania wskazują jednak, że nastawienie do menopauzy i zmian zachodzących w tym procesie uzależnione jest od aktualnie panujących oczekiwań społeczno-kulturowych, ale również od doświadczeń i wyobrażeń kobiety na temat tego zjawiska (Zierkiewicz, Łysak 2011). Wiele kobiet dostrzega zalety menopauzy (Hvas 2001). Co sprzyja efektywnemu podejmowaniu nowych zadań rozwojowych (Appelt 2015).

Atrakcyjność fizyczna jako atrybut kobiety młodej (Izydorczyk, Rybicka-Klimczyk 2009; Niewiedział 2014) pozwala na globalnie pozytywne ocenianie jej jako osoby atrakcyjnej (Wojciszke 2006) i ułatwia jej funkcjonowanie w środowisku. Potwierdzają to badania, mówiące o tym, że ludzie chętniej nawiązują kontakt z osobami atrakcyjnymi. Osoby te są spostrzegane w społeczeństwie jako kompetentne, życzliwe, inteligentne, o lepszych cechach charakteru, szczęśliwsze, lepiej przystosowane społecznie i bardziej aktywne seksualnie (Myers 2003; Lipowska, Lipowski 2006; Mandal 2008). Przypisuje się im wyższe kwalifikacje co przekłada się na wyższe zarobki (Głębocka 2009; Anyzova 2018). Badania potwierdziły też znaczenie atrakcyjności fizycznej kobiet dla zainteresowania nimi jako partnerkami w związkach romantycznych (Buss 1989; Wojciszke, Baryła, Downar 2002) oraz sukcesów zawodowych (Frieze, Olson, Russel 1991).

W podtrzymaniu atrakcyjności fizycznej dużą rolę odgrywa aktywność fizyczna. W literaturze czytamy, regularne jej podejmowanie pozytywnie oddziałuje na dobrostan fizyczny i psychiczny (Daley MacArthur, Stokes-Lampard, McManus, Wilson, 2007; Gupta, Etcoff, Jaeger 2016). Kobiety, które regularnie podejmują aktywność fizyczną mają także pozytywny obraz własnego ciała, co może powodować pozytywne ustosunkowanie się do menopauzy i wiązać się z mniejszym odczuwaniem jej objawów (Bloch 2002; Papini, Intrieri,

Goodwin 2002; Elavsky, McAuley 2005). Podejmowanie aktywności fizycznej przyczynia się do redukcji stresu, utrzymania zdrowia fizycznego i psychicznego (Cohen 2004).

3. AKTYWNOŚĆ MUZYCZNO-RUCHOWA KOBIET W OKRESIE ŚREDNIEJ DOROSŁOŚCI

3.1. Aktywność fizyczna jako główna składowa zdrowego stylu życia

Pojęcie „styl życia” jest obecne dzisiaj w wielu dyscyplinach naukowych. Istnieje zgodność, że styl życia jest wytworem kultury i związany jest z przynależnością społeczną. Według Antoniny Kłoskowskiej (1991) kultura obejmuje zachowania ludzi oparte na wspólnych dla danej zbiorowości społecznej wzorów, które są wykształcane i przyswajane w procesie interakcji oraz jej wytwory. Z tego wynika, że kulturą jest to wszystko, co człowiek do tej pory stworzył – dobra materialne, jak i pozamaterialne. W socjologii kulturę definiuje się jako wytwór grup społecznych, powstający w ramach wzajemnego oddziaływania i współdziałania ludzi na gruncie zmian historycznych. Zawiera wzorce umownie przyjęte oraz działania ludzi i ich wytwory, które przejawiają się w zdolności i chęci do realizowania określonych ideałów postępowania i nadawania im znaczeń (Kłosowska 1991). Wzorce kulturowe natomiast widoczne są w sposobie i zasadach organizacji życia grup społecznych, w dbaniu o najbliższych członków rodziny, zachowaniu wobec własnego zdrowia i życia (Claxton, Edwards, Scale-Constantinou 2006.) Upraszczając kultura to zasadniczy sposób w jaki my ludzie robimy te same rzeczy (Laland, Odling-Smee, Feldman 2000).

Szukając definicji stylu życia w literaturze, nie znajdziemy zgodności koncepcji tego pojęcia. Max Weber (1978) w swojej koncepcji dotyczącej stylu życia stwierdza, że wybór określonego stylu życia ograniczony jest posiadaniem danej pozycji społecznej oraz sytuacji życiowej a ludzie posiadają własne potrzeby i cele, które realizują w zależności od możliwości ich osiągnięcia. Autor wyróżnia pojęcia: 1/sposób życia, czyli wybory różnych dóbr i zachowań oraz 2/ szanse życiowe odnoszące się do prawdopodobieństwa realizacji tych wyborów i związane są z sytuacją życiową. Inna koncepcja przedstawiona jest przez socjologów Pierre Bourdieua (1984) i Anthony Giddensa (1991). Uznają oni styl życia za znaczącą indywidualną i

zbiorową ekspresję różnic i podobieństw między ludźmi w społeczeństwie. Pierre Bourdieu zauważa, że styl życia społeczeństwa jest zróżnicowany pod względem kulturowych upodobań, które mają znaczenie dla sfery zdrowia. Za styl życia odpowiedzialne są zachowania rutynowe wynikające z nieuświadomionych schematów percepcyjnych („habitus”) wyznaczonych własnym doświadczeniem i wychowaniem, które są zdeterminowane społecznymi i ekonomicznymi warunkami życia. Zachowania te są przypisane grupie o określonym statusie społecznym. Anthony Giddens (1991) analizując erę ponowoczesności zauważa, że mniejsze wartości tradycji niosą za sobą bardziej pluralistyczne wybory dotyczące wybieranego stylu życia a to dzięki wybranemu stylowi życia jednostka identyfikuje się i przynależy do grupy społecznej. Kazimierz Wrześniewski (1993) natomiast uważa, że styl życia to zbiór nieskrywanych, odważnie promowanych zachowań, charakterystycznych reakcji i pewnych elementów osobowości. Styl życia rozumiany jest również w literaturze jako zakres zachowań, które zależne są nie tylko od indywidualnych decyzji, ale również od istniejących interakcji społecznych oraz warunków życia (Cianciara 2010).

Warto podkreślić także dorobek badawczy polskich socjologów. W literaturze polskiej czytamy, że styl życia określany jest jako system norm, zwyczajów, obyczajów i zaleceń, które to stanowią o przynależności społecznej i które wewnętrznie integrują poszczególne grupy (Ossowski 1986). Styl życia przedstawia się również w kategorii procesu i efektu wyborów dokonywanych w życiu codziennym (konceptja „homo eligens” – człowiek wybierający). Podkreślone jest znaczenie perspektyw życiowych jakie możliwe są w procesie wyboru stylu życia i które to mają duży wpływ na kształtowanie zachowań ludzkich. Spojrzenie to pozwala określić związki między stylem życia a zdrowiem a także rolę psychospołecznego kontekstu sytuacyjnego w dokonywaniu wyborów (Siciński 1988).

Barbara Woynarowska (2007) określa styl życia jako zespół postaw, kultury, wiedzy i przekonań oraz filozofię życia przejawiającą się w życiu dnia codziennego. W kontekście zdrowego (prozdrowotnego) stylu życia są to działania człowieka w celu utrzymania lub pomnażania zdrowia (Krawański 2003; Woynarowska 2007), a suma tych nawyków tworzy potencjał zdrowotny (Krawański 2001). Andrzej Krawański (2006) stwierdza, że styl życia to kwestia wyborów, które stają się kompromisem pomiędzy oczekiwaniami opartymi na wiedzy o zdrowiu a wpływami środowiska, w tym społecznego, przyrodniczego i ekonomicznego. Władysław Pańczyk (1992) podkreśla, że styl życia to wypadkowa predyspozycji i wyborów, zachowań wynikających chociażby z kondycji psychofizycznej jednostki oraz zmiennych

związanych z życiem społecznym (wsparciem lub jego brak), sytuacją ekonomiczną oraz środowiskiem. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podobnie przyjęła, że styl życia oznacza sposób życia oparty na związku pomiędzy warunkami życia a indywidualnymi wzorami zachowań (Gniazdowski 1990).

W licznych publikacjach czytamy, że styl życia uwarunkowany jest cechami społeczno-demograficznymi (Wang, Zhang, 2006; Wang i wsp., 2009), statusem ekonomiczno-społecznym (SES)(Lewicki, 2001). Ważną cechą stylu życia jest powtarzalność zachowań, dobrowolność oraz perspektywa zmiany (Grabowska- Garczyńska, Sikora-Lisewska 2009). Na styl życia składają się reakcje i wzory zachowań, które kształtowane są w interakcji z rodzicami, członkami rodziny czy rówieśnikami. Te wzory zachowań testowane w różnych sytuacjach mogą polegać zmianom na skutek doświadczenia i ich interpretacji (Green, Kreuter 1991)

Wielu badaczy uważa, że styl życia przyczynia się do zmniejszenia zapadalności na choroby i istotnym czynnikiem w osiąganiu celów zdrowotnych (Sadowski 1994, Przewęda 1999, Karski 2003). Już w latach 70. ubiegłego wieku pojawiło się zainteresowanie związkiem między stylem życia a zdrowiem. Marco LaLonde (1974) opracował koncepcję „pól zdrowia”. Wymienił w niej cztery grupy czynników warunkujących zdrowie: styl życia (pole zachowań), środowisko fizyczne i społeczne (pole środowiska), predyspozycje genetyczne (pole biologii) i system opieki zdrowotnej (pole opieki zdrowotnej). W koncepcji tej wyróżniono styl życia jako główny determinant zdrowia jednostki (LaLonde 1974).

W modelu biomedycznym zdrowie to brak choroby, obszarem zainteresowania nie jest samo zdrowie a jego brak (Sheridan, Radmacher 1998; Heszen, Sęk 2008) Innym spojrzeniem na zdrowie charakteryzuje się model biopsychospołeczny, który zwraca uwagę na konieczność rozpatrywania zdrowia w szerszym kontekście. Począwszy od definicji zaproponowanej przez Światową Organizację Zdrowia, czyli „pełnego dobrostanu biopsychospołecznego” (nie tylko braku choroby), przez definicję Aarona Antonovsky’ego (1979) traktującego zdrowie jako proces poszukiwania i utrzymywania równowagi obciążeń, z którymi ma do czynienia organizm, gdzie choroba to niewydolność organizmu, a zdrowie charakteryzuje jego zmienność w czasie (Antonovsky 2005). Spojrzenia na zdrowie wywodzące się z promocji zdrowia określa je jako zdolność człowieka ulegającą zmianom, zarówno w osiąganiu pełni sił fizycznych, psychicznych i społecznych oraz reagowania na wyzwania środowiska (Słońska 2000; Słońska, Misiuna 1993) Zdrowie rozumiane jest także jako potencjał życiowy (Wolański 1999) lub sprawność w czynnościach codziennego życia (Kawczyńska-Butrym 1995).

Innym ujęciem jest uznanie człowieka za zdrowego wówczas, gdy prezentuje on harmonijny rozwój fizyczny i psychiczny, dobrze przystosowuje się do środowiska społecznego które go otacza oraz realizuje swoje zdolności fizyczne i umysłowe. Dzięki temu ów człowiek może dostosowywać się do zmian w otoczeniu i wnosi on, w zależności od stanu psychofizycznego, swój wkład w rozwój społeczeństwa. Jest to spojrzenie na zdrowie w ujęciu wielowymiarowym, obejmującym aspekt fizyczny, społeczny i psychiczny jednostki.

Według Macieja Demela (1979, 2008) zdrowie należy osadzić w kontekście kulturowym. Zdrowie to intymny obszar w którym każdy z osobna wyznacza własną cenę życia i zdrowia. Jest również wartością zmienna, jego cena wzrasta, gdy maleją jego zasoby, waha się, gdy konkurencją dla zdrowia są inne wartości, szczególnie gdy narasta między nimi konflikt. W Polsce powstał również model uwarunkowań zdrowia i jego promocji, którego autorem jest Zbigniew Krawczyk. Powołuje się on na materiały opracowane przez Janusza Bejnarowicz (1994; Józefa Drabika (1997). W modelu tym zdrowie jednostki i społeczeństwa zależy od wielu wzajemnie ze sobą powiązanych czynników. Autor zakłada, że będzie ono coraz częściej brane pod uwagę jako współczynnik szans i osiągnięć życiowych, a największy udział w zdrowiu ma styl życia (Krawczyk 2002), a przede wszystkim nieprzerwany wzorzec postępowania wobec własnego ciała i jego potrzeb (Heszen, Sęk 2012).

Obszarem zdrowia, najbardziej mierzalnym jest **zdrowie fizyczne**, nazywane również somatycznym lub cielesnym (Gaś 1998), zdeterminowane endogennie (płeć, wiek) jak również uwarunkowane oddziaływaniem czynników egzogennych (np. ćwiczenia fizyczne)(Woynarowska, Sokołowska 2000). Zawdzięczamy je nie tylko naturze, ale również sobie (Demel 2008), odnosi się do naszego ciała, a każdy ma obowiązek troszczyć się o własne ciało i powinien to czynić (św. Tomasz z Akwinu), a świadomość ciała ujawnia się w czynie oraz potrzebie dbałości o nie (Wojtyła 1994). Promocja zdrowia fizycznego to wychowanie w trosce o to zdrowie, to przywracanie, utrwalanie oraz pomnażanie i kształtowanie dyspozycji do zachowań prozdrowotnych (Grabowski 1997). To także wychowanie do wartości tego zdrowia- uświadamianie potrzeb dbania o zdrowie i nauczanie sposobu dbania o zdrowie przez całe życie (Pawłucki 1992; 1996; 1997).

Zdrowie psychiczne (dobrostan psychiczny) to drugi obszar zdrowia. Elementami są właściwości psychiczne, które tworzą ogólne zadowolenie z życia jak i odporność na sytuacje trudne w życiu prywatnym i zawodowym. Zdrowie psychiczne jeszcze niedawno określane było jako stan braku objawów choroby psychicznej (Bilikiewicz, Strzyżewski 1992).

Współcześnie dobrostan psychiczny określany jest jako system takich właściwości poznawczych i emocjonalnych, które związane są z oceną własnego życia, oraz ogólnym poczuciem szczęścia (Czapiński 2005). Barbara Woynarowska (2007) wyróżnia dwa obszary zdrowia psychicznego: zdrowie umysłowe (zdolność do realizacji potencjału intelektualnego) oraz zdrowie emocjonalne (zdolność kontrolowania emocji oraz radzenie sobie z sytuacjami trudnymi). Maciej Demel (2008) jest zwolennikiem traktowania tej płaszczyzny zdrowia jako „zgody i niezgody z samym sobą, a jego miarą ma być stopień integracji osobowości”. Promocja tej płaszczyzny zdrowia to m. in. działanie skierowane na akceptację i aprobatę samego siebie, wskazanie swoich mocnych stron, edukacja w obszarze radzenia sobie w sytuacjach złożonych, nastawienie na samorealizację (Ryff, Keyes 1995).

Kolejnym obszarem zdrowia jest zdrowie społeczne, czyli zdolność do skutecznego budowania relacji społecznych na różnych poziomach (rodzina, wspólnota lokalna, tożsamość narodowa) (Halpern 2008). Daniel Goleman (2007) wyróżnia dwa wymiary zdrowia społecznego (inteligencji społecznej). Pierwszy wiąże się z wyczuwaniem stanów psychicznych innych osób a także rozumienie sytuacji społecznych. Drugi wymiar to świadomość społeczna i oznacza to skuteczne interakcje społeczne. Promocja zdrowia psychicznego wiąże się z kształtowaniem świadomości społecznej oraz edukacji w zakresie budowania utrzymania relacji z innymi ludźmi.

Znaczenie stylu życia dla zdrowia podkreśla również Andrzej Gniazdowski (1990) oraz Helena Sęk (2000; 2005). Przyglądając się związkom między stylem życia a zdrowiem zauważyć można wielorakość używanych terminów, a jednym z nich jest „prozdrowotny styl życia”, czyli świadomie podejmowane działania ukierunkowane na zwiększenie potencjału swojego zdrowia oraz eliminację zachowań zagrażających zdrowiu (Woynarowska 2010).

Silny związek pomiędzy stylem życia a zdrowiem doprowadził do wyodrębnienia dwóch stylów życia: pozytywnego (zdrowego) stylu życia, czyli godnego naśladowania modelu, jak i negatywnego (niezdrowego, patologicznego, zagrażającego dobrostanowi psychicznemu i fizycznemu, który może obniżyć jakość życia człowieka. Prozdrowotny/pozytywny/zdrowy styl życia to zbiór świadomych zachowań pozwiązywanych ze zdrowiem, które są efektem wyborów determinowanych sytuacją życiową jednostki dokonywanych na podstawie możliwości jakie w danej chwili posiada (Woynarowska 2008). Barbara Woynarowska wśród zachowań zdrowotnych, składających się na zdrowy styl życia, wymienia: dbałość o ciało; aktywność fizyczna; właściwe żywienie; hartowanie; odpowiednią ilość i jakość snu;

otrzymywanie i dawanie wsparcia społecznego; unikanie stresu i radzenie sobie z nim; samokontrolę zdrowia; badania profilaktyczne; ograniczenie używek; nienadużywanie leków i innych substancji psychoaktywnych.

Na pierwszym miejscu wśród zachowań składających się na prozdrowotny styl życia w dokumentach organizacji międzynarodowych wymieniana jest aktywność fizyczna (Riddichm 1998), a uprawianie jej regularnie uznano za jeden z najważniejszych elementów zdrowego stylu życia (Gniazdowski 1990; Drabik i wsp. 2010).

Józef Drabik (2010) ukazuje związek stylu życia ze zdrowiem określając styl życia jako swego rodzaju filozofię związaną z obszarami zdrowia i zachowaniami zdrowotnymi. Zachowania te przybierają postać świadomie ukierunkową na poprawę stanu zdrowia a wśród nich wymienia aktywność fizyczną, która staje się miernikiem zdrowia (Drabik 2010), czynnikiem zapobiegającym chorobom, szczególnie układu krążenia (Hamer, Stamatakis 2012; InterAct Consortium 2012) oraz radzenia sobie ze stresem (Bouchard 1990).

Widoczny staje się przełom dla wzrostu świadomości w zakresie roli zachowań zdrowotnych w utrzymaniu zdrowia (Juczyński 2012). W Narodowym Programie Zdrowia (2007) na lata 2007-2015 wskazano jako główny cel „poprawę zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu”. Realizacja tego celu odbywać ma się przede wszystkim przez: kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa, tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu oraz aktywizowanie samorządów i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia (Ostrowska 1999).

Prozdrowotny styl życia nierozzerwalnie wiąże się z zachowaniami zdrowotnymi, które Jan Nosko (2005) definiuje z punktu widzenia przyczyno-demograficznego. Jest to składający się z wielu czynników zestaw pewnych reakcji grup społecznych, stymulowany zachowaniami zdrowia i życia oraz zapobiegania chorobom. Krzysztof Puchalski (1990) zachowaniem zdrowotnym określa typy zachowań, które na gruncie przekonań czy ideologii społecznych pozostają w związku ze zdrowiem. Inni autorzy kładą akcent na społeczny charakter zachowań zdrowotnych definiując je jako czynności podejmowane i realizowane przez ludzi, które pośrednio lub bezpośrednio sprzyjają utrzymaniu standardów zdrowia fizycznego lub psychicznego a kształtują się one na podstawie doświadczeń jednostki, nabywanych poprzez interakcję z otoczeniem społecznym (Zadworna-Cieślak 2010). Podmiotowy charakter oraz znaczenie mechanizmów psychologicznych w zachowaniach zdrowotnych zauważa Davis Gochman (1988). Uważa, że zachowania te obejmują: przekonania, oczekiwania i

przewidywania, motywy, myślenie i mechanizmy emocjonalne osobowości a także wzorce zachowań związane z utrzymaniem, umacnianiem i przywracaniem zdrowia. Uwagę swoją kierują również na charakter tych zachowań, które mogą być nawykowe (wynik socjalizacji), reaktywne (w odpowiedzi na modę, oczekiwania społeczne) lub związane z czynnościami intencjonalnymi (celowe zachowanie, uwarunkowane wiedzą i świadomością). Zachowania zdrowotne są wyznaczone również przez kontekst społeczny i kulturę. Kultura kształtuje między innymi ogólny poziom życia danej zbiorowości, wyobrażenie o stanie zdrowia czy choroby, sposób postrzegania choroby, stan wiedzy, postawy i zachowania wobec własnego zdrowia czy styl życia danej zbiorowości (Janaszczyk, Wengler, Popowski 2012). Bliskie związki kultury fizycznej z kulturą zdrowotną opisuje Großing (1999) twierdząc, że kultura zdrowotna jest zespołem wszelkich ukierunkowanych na zdrowie sposobów myślenia i działania, które tworzą jednolity styl życia, w ramach którego aktywność ruchowa odgrywa główną rolę.

Do demograficzno-społecznych uwarunkowań zachowań zdrowotnych zaliczamy: wiek, płeć, stan cywilny, sytuacja rodzinna i materialna, wykształcenie czy zawód (Kubiak 2009; Tiszczenko, Surmach, Pieciewicz-Szczęśna 2009). Duże znaczenie w kształtowaniu zachowań zdrowotnych odrywają również tzw. zasoby osobiste jednostki, które są powiązane z osobowością, wymienia się wśród nich przede wszystkim przekonania i oczekiwania. Z zachowaniami ukierunkowanymi na zdrowie korelują między innymi: optymizm życiowy (motywuje do podejmowania zachowań zdrowotnych), poczucie koherencji (im wyższe tym bardziej prozdrowotnym styl życia), poczucie własnej skuteczności (wraz ze wzrostem wzrasta motywacja po podjęciu określonego zachowania), wewnętrzne umiejscowienie kontroli (większa autonomia w podejmowaniu decyzji, większe zaangażowanie w aktywność prozdrowotną (Juczyński, Ogińska-Bulik 2003; Hakannen, Feldt, Leskinen 2007)

Fundamentem kształtowania prozdrowotnego stylu życia jest stworzenie dogodnych warunków by ten styl życia mógł być realizowany przez społeczeństwo przy jak najniższych jego kosztach. Ważnym aspektem jest także uświadamianie, zachęcanie i przekonywanie społeczeństwa do życia w sposób sprzyjający zdrowiu (Kowalski 2002). Wiele zależy od wczesnej edukacji i nawyków jakie młody człowiek wykształci. Niewątpliwie okazją do edukacji i kształtowania postaw jest wychowanie fizyczne i kontakt z nauczycielem będącym drogowskazem, autorytetem i przykładem w kierunku zdrowego stylu życia. Celem wychowania fizycznego, najogólniej rzecz ujmując, jest przygotowanie wychowanka do pełnienia w życiu dorosłym różnych ról: sportowca i kibica, uczestnika treningu zdrowotnego

i rekreacyjnego, jak również uczestnika form tanecznych (Pawłucki, 1992, 1996). Proces ten przygotowuje młode pokolenia do wzięcia na siebie odpowiedzialności za zdrowie, budowę i sprawność oraz urodę własnego ciała po zakończeniu edukacji (Grabowski 1999; 2004; 2016). W ścisłym (węższym) rozumieniu, wychowanie fizyczne to intencjonalny proces kształtowania postaw prosomatycznych i prospołecznych (stosunku do ludzi, świadomości wartości moralnych), wspierania rozwoju fizycznego i zdrowia, kształtowania obyczaju aktywności fizycznej i troski o ciało (wydolność, sprawność motoryczną, prawidłową postawę ciała) (Grabowski 1997; Osiński 2011). Wiesław Osiński upatruje w wychowaniu fizycznym również uczenia umiejętności czerpania satysfakcji z bycia z innymi ludźmi i możliwości rozwoju własnej osobowości przez uczestnictwo w różnych formach aktywności fizycznej, w sporcie, grach i zabawach (Osiński 2011).

Obszernym zbiorem wiedzy z historii i dorobku wychowania zdrowotnego w Polsce jest traktat Jędrzeja Śniadeckiego „O wychowaniu fizycznym dzieci” (pierwsze wydanie 1805 r. dodruk w 2002 r.), mimo upływu ponad 200 lat nadal stanowi inspirację dla współczesnych rozważań (Zuchora 2005).

Kolejnym źródłem polskiej myśli o wychowaniu zdrowotnym są prace Macieja Demela (1968, 1972, 1980a, 1980b, 1992, 1999, 2000a, 2000b, 2002), twórcy w latach 60. koncepcji „wychowanie zdrowotne” polegającej m.in. na wytwarzaniu nawyków bezpośrednio lub pośrednio związanych z ochroną i doskonaleniem zdrowia fizycznego i psychicznego; wyrabianiem określonej sprawności, kształtowaniu postaw sprzyjających zachowaniom zdrowotnym oraz pobudzaniu zainteresowania sprawami zdrowia. Ten wybitny twórca pedagogiki zdrowia, opisując czym jest zdrowie w swej publikacji, przytacza definicję Juliana Blicharskiego traktującą zdrowie w kategoriach procesu. Według niej zdrowie to „samosterujący układ równowagi między procesami anabolizy i katabolizy w płaszczyźnie somatycznej, integracji i dezintegracji w płaszczyźnie psychicznej, syntonii i dystonii w płaszczyźnie społecznej. Ponadto wszystkie te płaszczyzny spięte są ze sobą nadrzędnym mechanizmem regulacyjnym” (za: Demel 2008, s. 15).

Najlepszym sposobem dbania o zdrowie fizyczne jest **trening zdrowotny**. Możemy go rozumieć jako trwający przez całe życie proces, najczęściej samodzielnego, kierowania utrzymaniem i/lub poprawą zdrowia oraz hamowania objawów nieporządkanych pojawiających się w późniejszym okresie życia poprzez aktywność fizyczną o zakresie obciążeń optymalnych dla jednostki (Drabik 1996; 2009).

Uwzględniając współcześnie promowane holistyczne podejście do zdrowia, trening zdrowotny warto rozumieć jako umacnianie zdrowia poprzez różnego rodzaju interwencje skierowane nie tylko na ciało. Trening mentalny czy interpersonalny to składniki holistycznie rozumianego treningu zdrowotnego odnoszące się do pozabiologicznych wymiarów zdrowia (Nowak 2013). Opisany jest również jako proces polegający na realizacji aktywności fizycznej oraz stosowaniu innych bodźców, wywołujących pożądane zmiany adaptacyjne w celach prozdrowotnych, uwzględniając przy tym wymiar biologiczny, psychospołeczny i duchowy człowieka, a efekty tego procesu odnoszą się do jakości życia człowieka (Nowak 2008). W literaturze przedmiotu czytamy, że trening zdrowotny opiera się na dziesięciu zasadach: świadomości, wszechstronności, indywidualizacji, systematyczności, stopniowaniu intensywności wysiłku, zmianie charakter obciążenia, przyjemności (komfort psychiczny), powtarzalności, samokontroli, bezpieczeństwu (Nowak 2007), a wśród zalecanych form aktywności znajdujemy m.in. pływanie czy formy muzyczno-ruchowe takie jak aerobik czy taniec (Kuński 2003; Corbin, Welk, Corbin, Welk 2007).

Andrzej Pawłucki podkreśla konieczność rozwijania nawyków i umiejętności dbania o własne ciało w ramach treningu zdrowotnego (Pawłucki 1997, 2000). Ukształtowana potrzeba udziału w kulturze fizycznej ma pozytywne skutki w okresie późniejszym (Skibińska 2002), determinuje aktywność fizyczną w życiu dorosłym (Fisher, 1990; Sallis i wsp., 1992). Andrzej Krawański (2001) zauważa, że ludzie potrzebują edukatora w zakresie treningu zdrowotnego. Nie ćwiczą, ponieważ często nie wiedzą jak. Sama świadomość potrzeby treningu zdrowotnego nie wpłynie na zmianę zachowań zdrowotnych, potrzebne jest wytworzenie określonych postaw w tym zakresie. Treningi zdrowotne powinny być prowadzone zatem tak, by rozwijać pozytywne emocje związane z ruchem. Istotne zatem staje się stałe, pozytywne i wzmacniające pozytywne odbiór oddziaływanie trenera/instruktora/edukatora (Krawański 2001). Kolejnym etapem jest rozwijanie nawyku udziału w treningu kształtującym potrzebę jego kontynuowania przez całe życie (Walicka-Cupryś i wsp., 2010), ale by nie stał się on mechanicznym i pozbawionym emocji obowiązkiem warto wprowadzać w trening elementy zabawy (Nowak 2010).

Ludzkie potrzeby są motywem działania i aktywności, są zmienne i nieograniczone. Zaspokojenie naszych potrzeb, głównie tych związanych z przetrwaniem nie wystarcza, by jednostka czy grupa społeczna czuła się szczęśliwa. Okazuje się, że poziom życia, uwarunkowany zaspokojeniem materialnych potrzeb jednostki, niezupełnie przekłada się na

jakość jej życia. Indywidualna zasobność środków finansowych nie gwarantuje bycia szczęśliwym, ponieważ nie gwarantuje zaspokojenia wszystkich istotnych dla człowieka potrzeb, a jest ich wiele i coraz więcej. Należy pamiętać o tym, że człowiek jest istotą społeczną i w swych wyborach zachowań odnosi się do społecznych wzorów kulturowych, czasami wręcz zobligowany jest do pewnych zachowań w tym zachowań zdrowotnych.

W ostatnich latach można dostrzec zmianę w sposobie definiowania celów podejmowanej aktywności fizycznej i myśleniu o sprawności fizycznej. W Stanach Zjednoczonych powstała koncepcja Health-Related Fitness, która szczególną uwagę koncentruje na komponentach sprawności fizycznej związanych ze zdrowiem. W literaturze czytamy, że celem sprawności fizycznej jest pozytywne zdrowie fizyczne, które związane jest z niskim ryzykiem występowania problemów zdrowotnych (Howley, Franks 1997). Tak rozumiana sprawność fizyczna staje się źródłem i warunkiem w uzyskaniu pełnego satysfakcjonującego życia, a nie tylko celem samym w sobie w działaniu ruchowym (sportowym) (Frołowicz 2001). Z pewnością aktywność fizyczna nie tylko jest bodźcem do rozwoju sprawności fizycznej organizmu. Oddziałuje pozytywnie również na psychikę. Systematyczna aktywność fizyczna jest istotnym elementem zdrowego stylu życia oraz bezpośrednio na zdrowie w aspekcie psychofizycznym i społecznym. Uprawianie ćwiczeń powoduje sprzężenie zwrotne, które pociąga za sobą zmiany w stylu życia. Osoby regularnie podejmujące aktywność fizyczną częściej zwracają uwagę na odżywianie się, rzucają używki, koncentrują się na dbałości o ciało (Nowak 2007).

3.2. Aktywność muzyczno-ruchowa jako rodzaju aktywności fizycznej

Pojęcie aktywności fizycznej w Polsce często używane jest zamiennie z „aktywnością ruchową”, w literaturze światowej zakodowany jest termin „physical activity” czyli aktywność fizyczna. Aktywność fizyczna jest ukierunkowaną ruchową aktywnością człowieka, determinowaną biologicznie i społecznie potrzebą podtrzymywania homeostazy, zapewnieniem morfologicznych, fizjologicznych i biomechanicznych i psychologicznych warunków realizacji rozwoju w ontogenezie (Balsewicz 2000). W odróżnieniu od aktywności

ruchowej, w której czynności ruchowe mogą być automatyczne (Nowocień 2008), jest celowo ukierunkowana. Aktywność fizyczna to zatem zaplanowana i wielokrotnie powtarzana praca mięśni o celowo ukierunkowanym na zdrowotne potrzeby organizmu nadspoczynkowym wydatkiem energii lub wydatkiem powodującym zmęczenie (Drabik???) . Determinowana jest przez czynniki biologiczne i społeczne (Balsewicz, 2000) ma charakter kulturowy, ponieważ owe czynności wynikają z danej kultury (Malina 2002).

O Kulturze fizycznej pisała wielka postać polskiej myśli o wychowaniu fizycznym Maciej Demel: „kultura fizyczna to wyraz określonej postawy wobec własnego ciała, świadoma i aktywna troska o swój rozwój, sprawność i zdrowie, to umiejętność organizowania i spędzania czasu z największym pożytkiem dla zdrowia fizycznego i psychicznego” (Demel i Skład, 1986: 11–12).

Ważny wkład w tematykę wniosły również publikacje Andrzeja Pawłuckiego, zwolennika terminu „kultura zdrowotna” (Pawłucki 1997; Krawański 2003; Jaworski 2005), rozumianą jako swego rodzaju wspólny mianownik dla pojęć: wychowanie zdrowotne, edukacja zdrowotna i edukacja prozdrowotna. Andrzej Pawłucki podkreśla znaczenie dojrzałej postawy społeczno-moralnej w wychowaniu zdrowotnym co dobitnie wyraża wygłaszane przez tego uczonego zdanie: „Prozdrowotność nadaje stylowi życia nową jakość, ale jeszcze nie sens. W stylu prozdrowotnym można wieść życie komunisty, nazisty, liberalnego egoisty, czy ponowoczesnego hedonisty. Jak zdrowie nie jest wartością samoistną, uzasadniającą się sobą, tak i prozdrowotny styl życia nie jest wartościowo dodatni sam przez się. Trzeba więc pytać aksjologicznie o sens prozdrowotnego stylu życia, a nie poprzestawać na rozwijaniu jego teorii” (Pawłucki, 2007, str. 19). Wychowanie zdrowotne to zatem proces zarówno usamodzielniania w dbałości o ciało, jak i naprowadzania osoby wychowanka na wartości moralnego dobra. Wartości są jednym z kluczowych elementów definiujących kulturę (Kłoskowska 1991; Matsumoto i Juang 2007). Geert Hofstede (2000) uznaje je za „trzon” kultury, wokół którego nabudowuje się różne jej przejawy. Zdrowie w potocznych opiniach, ale też w opracowaniach naukowych, traktowane jest jako oczywistą, bezdyskusyjną, przyjmowaną a priori wartość i istnieje pewna międzykulturowa na to zgoda (Puchalski 1997). W swojej koncepcji „Wychowanie do wartości ciała” Andrzej Pawłucki wartości związane z wychowaniem zdrowotnym klasyfikuje jako witalne, odnajdujemy również inne wartości związane z wychowaniem rekreacyjnym (użytkowe), wychowaniem sportowym (agonistyczne). Autor podkreśla również znaczenie wartości estetyczno-artystycznej będącej

wytworem wychowania tanecznego a wszystkie te wartości klasyfikuje jako kompetencje kulturowe (osobowościowe dyspozycje człowieka), które decydują o treści i jakości ludzkich działań podejmowanych z myślą ludzkim ciele (Pawłucki 1992, 1996).

O nierozzerwalnym przekazie wartości estetycznych poprzez taniec, rozumiany jako rodzaj ludzkiego zachowania złożony z celowych, intencjonalnie zrytmizowanych oraz kulturowo modelowanych sekwencji pozawerbalnych ruchów ciała, różnych od zwykłych czynności motorycznych, piszę Judith Lynne Hanna (1987). Stefan Szuman, pedagog kultury, pierwszy polski teoretyk wychowania przez sztukę, przedstawił dwie metody wyrobienia wrażliwości estetycznej. Pierwsza polega na rozwijaniu własnej aktywności artystycznej i umożliwia zarówno rozwój zmysłów jak i pełniejsze i bardziej osobiste rozumienie świata. Druga polega na konfrontowaniu z licznymi dziełami sztuki, tak aby wychować wnikliwych obserwatorów przekazu, pomóc poznawać system wartości funkcjonujący w danej kulturze (Tytko 2003).(?)

Mateusz Wiszniewski (2003) również wskazuje, iż celem terapii tańca jest między innymi wykształcenie poprawnych sposobów uwalniania fizycznych napięć, stresu i negatywnych emocji a także nawiązywanie i podtrzymywanie pozytywnych kontaktów z innymi ludźmi.

Tanec jest szczególną formą działalności twórczej człowieka, której efektem jest ruch ciała. Tanec jest naturalnym ruchem, biologiczną potrzebą organizmu. Towarzyszy nam od początku istnienia i jest obecny niezależnie od etapu życia (Banio 2014). Nie jest to ruch wykorzystywany w celu przemieszczenia ciała czy wykonania określonej czynności, lecz w celu ekspresji stanów emocjonalnych lub symbolicznego przekazu. W tańcu wewnętrzne przeżycia uzewnętrzniają się poprzez ruch ciała jednostki, której jest jedynym instrumentem tańczącej osoby (Kubinowski 1997).

Termin kultura taneczna został po raz pierwszy użyty przez Joann Kealiinohomoku w 1972 roku. Dla badaczki kultura taneczna stanowi raczej całą konfigurację zjawisk tanecznych, aniżeli pojedynczy występ – każdy wewnętrzny i zewnętrzny aspekt tańca, powód jego istnienia oraz holistyczną jego koncepcję w danej kulturze, kręgu kulturowym czy społeczeństwie. Kultura taneczna jest nieodzownym elementem całego kulturowego systemu wiedzy, a skoro konstruowanie wiedzy jest otwartym procesem, a kultura taneczna, podobnie jak kulturowa wiedza, jest dynamiczna (Vissiccaro 2004)

Kultura taneczna, formy muzyczno-ruchowe, w tym taniec, towarzyszyły ludzkości od zawsze. Często jako rytuały, ale także jako forma aktywności fizycznej kształtująca sprawność fizyczną przyszłych adeptów sztuki militarnej w Sparcie (Turska 1983, jako forma ekspresji emocji ludów prymitywnych, związana z ceremonią lub świętem (Davies 1972). Joann Kealiinohomoku (1970) w swoim esej *An Anthropological Looks at Ballet as a Form of Ethnic Dance*, analizując koncepcje genezy tańca, często wzajemnie wykluczających się, stwierdziła, że nie jest możliwe znalezienie jednego źródła tańca. Dlatego też korzeni tańca należy szukać zarówno w zabawie, jak i życiu seksualnym; życiu zwierząt, jak i czynnościach z pogranicza magii i religii; grupowej aktywności jak i beztroskich działaniach jednostki. Dla ewolucjonistów taniec stanowił jednak integralną część kultur pierwotnych, był nierozzerwalnie związany z licznymi rytuałami (Royce 2002).

Zgodnie z teorią ewolucji zasadnicza linia rozwoju form tanecznych przebiegała od tych najprostszych opartych na ruchach bardzo prymitywnych i nieuporządkowanych (o nich zgodnie zalicza się tańce naśladowcze przez grupę tańców obrzędowych) ku współczesnym formom tanecznym, w których panuje harmonia. Podstawą tej przemiany jest zmienność uzależniona od stopnia rozwoju społecznego i stopnia rozwoju kultury społeczeństwa (Turska 1961).

Instrumentem w tańcu jest ludzkie ciało. Dlatego też większość jego definicji oparte jest o fizyczne aspekty ruchu takich jak przestrzeń, czas (rytm) oraz dynamika – siła, wysiłek, jakość. Zdaniem Drid Williams (2004) z antropologicznego punktu widzenia istnieje dokładnie tyle definicji tańca ile kultur oraz grup etnicznych na świecie. Badaczka postrzega taniec jako zjawisko „wizualnie zrozumiałe, kinestetycznie odczuwalne, rytmicznie uporządkowane oraz przestrzennie zorganizowane, które istnieje w trzech wymiarach przestrzeni i co najmniej jednym czasie” (Williams 2004, str. 19). Judith Lynne Hanna (1987) zanalizowała taniec zarówno z pozycji obserwatora, jak i z perspektywy tancerza uwzględniając aspekt kultury. Z tego punktu widzenia taniec jawi się jako „rodzaj ludzkiego zachowania złożony z celowych, intencjonalnie zrytmizowanych oraz kulturowo modelowanych sekwencji pozawerbalnych ruchów ciała, różnych od zwykłych czynności motorycznych; jest to ruch posiadający nierozzerwalnie wartość estetyczną” (Hanna 1987, s. 21). Ciekawą definicję tańca prezentuje Joann Kealiinohomoku (1970) pisząc, że to ulotny środek ekspresji, które realizowany jest w przestrzeni w określonej formie i stylu przez poruszające się ludzkie ciało a powstaje dzięki

celowo dobranym i rytmicznie kontrolowanym ruchom. Taka forma uznawana jest zarówno przez wykonawców jak i przez obserwujących go członków grupy społecznej.

W literaturze znaleźć można również inne definicje tańca. Czytamy, że taniec jest sztuką wyrażania uczuć za pomocą rytmicznych ruchów ciała (Jacques-Delcroze 1921); pracą mięśni i ciała o ruchach wybitnie rytmicznych (Gluziński 1927); uniwersalnym środkiem ekspresji ludzkich uczuć, niezależnie od wieku i narodowości i zasadniczym rodzajem odpoczynku ludów pierwotnych; polega na rytmicznym ruchu całego ciała lub jego części, zgodnie z pewnym schematem działań grupowych lub indywidualnych, będący uzewnętrznieniem emocji lub idei (Wedgwood 1962). Może być wykonywany dla efektów wizualnych lub dla własnej satysfakcji tańczącego (Winnick 1964).

Nowsze publikacje opisują taniec podobnie, czytamy w nich, że taniec polega na zestawieniu następujących po sobie powiązanych rytmicznie ruchów ciała wraz z towarzyszącą mu muzyką (Nowa Encyklopedia Powszechna 1996); opisywany jest również jako zbiorowe lub indywidualne wyrażanie uczuć i stanów emocjonalnych za pomocą rytmicznych ruchów ciała (to ruch w czasie i przestrzeni), poezja ruchu i melodia ciała (Kuźmińska 1996).

W latach czterdziestych XX wieku w Stanach Zjednoczonych narodziła się antropologia tańca jako dyscyplina naukowa. Franziska Boas czerpiąc z teoretycznych podstaw amerykańskiej szkoły relatywizmu kulturowego, na czele której stał jej ojciec, Franz Boas, wydała w 1944 roku jedną z najważniejszych książek w dziejach dyscypliny, *The Function of Dance in Human Society* (Boas 1972), która została poświęcona funkcji tańca w społeczeństwie. Stała się niejako wprowadzeniem do badania relacji pomiędzy tańcem a sposobem życia. Katherine Dunham to inna pionierka w dziedzinie antropologii tańca, która taniec traktowała jako klucz do zrozumienia złożonego systemu wartości, zachowań oraz wierzeń charakterystycznych dla niektórych kultur (Dunham 1969).

Kolejne lata poświęcone zostały przez antropologów tańca na badania w obrębie funkcjonalnej typologii zjawisk tanecznych. Przedstawicielem tej myśli jest Gertrude Kurath (1949). Jej zdaniem kulturowa analiza tańca powinna zostać już na stałe włączona w obręb szeroko rozumianej antropologii. Anthony Shay (1971) pracując na osiągnięciach Kurath (1949) oraz esejach Boas (1972) wyróżniła sześć kategorii funkcjonowania tańca w społeczeństwie, a wśród nich taniec jako społeczną rozrywkę lub czynność rekreacyjną oraz sposób na pozbycie się psychologicznych napięć (Shay 1971).

W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych stery przejęło nowe pokolenie antropologów. Przyjęto nowy punkt widzenia i taniec ujęto jako aktywność o charakterze społecznym (McRobbie 1997), rodzaj oświecenia ciała (co miało miejsce już w Sparcie) (Turska 1983), a także sieć relacji pomiędzy tańcem a kulturą (Thomas 2003). W tym okresie zaznaczano, że motoryka towarzysząca ludzkiej sferze emocjonalnej stymuluje lub sublimuje całą paletę uczuć a funkcja kognitywna oraz afektywna tańca wzajemnie się przenikają i nakładają na siebie. Sugerowano również, że taniec służy jako psychologiczny mechanizm obronny, który poprzez ucieleśnienie psychologicznie lub społecznie nieakceptowanych potrzeb w pewien sposób zaspokaja je. Taniec może stanowić formę ucieczki od wszelkich restrykcji i ograniczeń, chociaż sam wytwarza własne więzy – technikę taneczną (Hanna 1987).

Poststrukturalizm zdominował metodologię badań nad tańcem w ostatnich dwóch dekadach. Relacje między tańcem a czynnikami społecznymi takimi jak gender, seksualność, rasa, tożsamość czy klasa stały się przedmiotem badań (Thomas 2003). Wizualne modele relacji międzyludzkich kreowane przez tancerzy często odzwierciedlają, a także rzucają wyzwanie społecznym oczekiwaniom, co do ról płciowych. Kiedy kreowane obrazy na scenie naruszają stereotypowe, akceptowane przez społeczeństwo, zachowania przypisane danej płci, przekaz ten stymuluje odbiorcę do skonfrontowania go ze style życia (Hanna 1988).

Rola tańca oraz formy jakie przybierał na przestrzeni wieków zmieniały się jednak zauważyć można, że w każdej epoce taniec był nierozdzielny z kulturą ludzkości. Taniec stał się przedmiotem nauczania. Edukacja taneczna rozumiana jest jako świadoma i celowa działalność nauczycieli, wychowawców czy instruktorów przybierająca różne formy, która przybliża jednostkę do nabywania określonych kompetencji w zakresie tańca oraz zmierza do oddziaływania poprzez doświadczenia taneczne na rozwój fizyczny, umysłowy, społeczny, kulturowy i duchowy. (Kubinowski 1997). Włodzimierz Tomaszewski (1991) uważa, że wykorzystanie tańca oddziałuje na sferę osobowości i emocji człowieka. Wyróżnił 1/ wychowanie do tańca pozwalające poznać taniec, ćwiczyć świadomość taneczną ciała oraz ogólną aktywność taneczną i 2/wychowanie poprzez taniec, które ma wpływać na ogólny rozwój człowieka poprzez uczestnictwo w tańcu czynne (tańczenie) oraz bierne (rola obserwatora) a nie edukację taneczną. Inną formą wykorzystania form muzyczno-ruchowych jest terapia poprzez taniec, która cechuje się wykorzystaniem ruchu jako procesu wspomagającego integrację emocjonalną i fizyczną (Koziełto 1997). Danuta Koziełto (2002)

wyróżnia funkcję jaką pełni taniec w terapii. Wśród nich znajdujemy możliwość poznawania i wyrażania przez taniec własnych emocji, zmniejszanie niepokoju czy przeżywania stanów zadowolenia, nawiązywanie kontaktów społecznych w formie pozawerbalnej oraz wprowadzanie zmian w sferze fizycznej oddziałujących na zmiany w sferze psychicznej, nazywając to założenie restrukturalizacją psychomotoryczną.

Już w okresie średniowiecza przed nauczycielami tańca stało nie lada wyzwanie. Do ich obowiązków należało zagospodarowywanie wolnego czasu mieszkańcom dworów a taniec pełnił funkcję pokazową. Człowiek renesansu żył w pełnym proporcji świecie, dlatego też jedność, ład oraz klarowność cechowały wszelkie formy renesansowych tańców. Kulturę taneczną czasów renesansu kształtowała się dzięki działalności nadwornych mistrzów (nauczycieli) tańca. Taniec zajął godne miejsce w renesansowym światopoglądzie, stając się tym samym ważnym narzędziem edukacyjno-wychowawczym (Quirey 1993).

U progu XVII wieku taniec stał się sztuką, uczoną latami, i wymagał sprawności fizycznej. Sama królowa Elżbieta uprawiała taniec jako gimnastykę poranną i zwyczaj ten praktykowała nawet do późnej starości (Rey 1958).

W połowie XVII wieku renesansowe formy tańca zaczęły stopniowo zanikać. Taniec miał wyglądać na łatwy i przyjemny. Przełom wieku XVIII i XIX był pod wieloma względami rewolucyjny. Zmniejszyło się zainteresowanie dworskimi formami tańca. Europę opanowała nowa mania taneczna – walc. Popularność zawdzięczał rosnącej w siłę klasie robotniczej oraz coraz to bogatszemu mieszczaństwu a tańczenia walca uznawane było za wulgarne i nieprzyzwoite (Quirey 1993).

Począwszy od końca XV wieku Europejczycy eksportowali do nowoodkrytych i podbitych przez siebie terytoriów dzisiejszych obu Ameryk własną kulturę tańca. Przybyłe formy wkładały się w formy już istniejące tworząc w ten sposób coraz to bardziej złożone struktury. Na przełomie wieku XIX i XX sytuacja uległa zmianie. Kierunek migracji form tanecznych obrął bieg przeciwny. Post-afrykańska kultura tańca stała się dla Europejczyków źródłem fascynacji oraz natchnienia. W Europie rozpoczęto trwający do dziś proces adaptacji form z Atlantyku (Chasteen 2004).

Początek XX wieku w Stanach Zjednoczonych przyniósł zupełnie nową modę taneczną, która zrewolucjonizowała oblicze muzyki popularnej. Młode pokolenie zostało zainspirowane do poszukiwania nowych form ekspresji. Formy taneczne oparte na improwizacji oraz rytmie synkopowanym odzwierciedlały poczucie indywidualizmu i wolności jednostki w

nowoczesnym społeczeństwie. Formy te były zbyt szalone dla europejskiej publiczności, która gustowała w bardziej wyrafinowanych formach rozrywki. Foxtrot, jako pierwszy taniec synkopowany, zadomowił się na naszym kontynencie. Irene oraz Vernon Castle zyskali sławę pionierów nowoczesnych form tańca towarzyskiego, które u progu XX wieku stały się popularną rozrywką praktykowaną każdego dnia. Rozwój muzyki jazzowej pociągnął za sobą wielość rytmów i konieczność opracowania nowych kroków tanecznych a tym zajęli się Arthur oraz Kathryn Murray, którzy opracowali standaryzację kroków na której bazuje pedagogia tańca do dziś (Nadel 2003).

W pierwszych dekadach XX wieku Europą zawładnęła prawdziwa tango mania. Tango obaliło dotychczasowe jasne role przypisywane kobiecie i mężczyźnie w tańcu. Stało się alternatywą dla francuskiego kankana celebrującego fizyczną kobiecość oraz ekspresyjnego walca (Savigliano 1995). Na fali charlestona do Europy przybył swing. Jego energia oraz horyzontalne, bigbandowe brzmienie stanowiły dla młodej generacji źródło niepokonanej radości i zabawy (Driver 2000).

W latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych taniec i muzyka stanowiły sedno kultury młodzieżowej. Muzyka rockowa była wyrazem buntu powojennej generacji przeciwko konformizmowi oraz jednostronności opinii. Popularny wówczas taniec- rock and roll - artykułował poczucie optymizmu i nadziei, którą obdarowano młode pokolenie (Wall 2009).

Nowa era przyszła wraz z latami siedemdziesiątymi i nastaniem mody na taniec disco. W choreografii znaleźć można było sekwencje kroków we wszelkich możliwych konfiguracjach: taniec grupowy w różnych formacjach przestrzennych, tańczenie w parze, występy solowe, ruch synchroniczny, elementy popisowywania się czy współzawodnictwo (Lawrence 2009).

Pod koniec lat siedemdziesiątych w Stanach Zjednoczonych ulica zaczęła promować nową modę taneczną- Hip hop, a wśród nich breakdance, który potem został wyparty przez nowe formy pozbawione akrobatyki. Taniec ten był dla młodej generacji głosem sprzeciwu wobec społecznej niesprawiedliwości i alienacji. W Wielkiej Brytanii kultura klubowa przybrała postać zjawiska rave – egalitarnego trendu opartego na elektronicznej muzyce tanecznej nieodłącznie związanego z nowymi technologiami (Fritz 1999) nazywany w literaturze elementem cyberkultury (Szlendak 1997), w którym promowano hedonistycznie nastawiona do życia (Szlendak 1998). Nadrzędnym celem tej subkultury było – podobnie zresztą jak w przypadku disco – zjednoczenie społeczności poprzez taniec i muzykę (Driver 2000).

W ostatniej dekadzie XX wieku ogromną popularnością zaczęła cieszyć się salsa, która w przestrzeni społecznej dała możliwość kolektywnego celebrowania chwil radości (Chasteen 2004).

W połowie XX wieku, w okresie zmian kulturowych, będących następstwem zakończenia II wojny światowej, narodził się trend określany przez badaczy społecznych mianem „kultury fitnessu” (fitness culture) (McKenzie 2013; Sassatelli 2014) definiowany jako dowolna forma uprawiania sportu i pracy nad tężyzną fizyczną.

Od lat pięćdziesiątych w społeczeństwach zachodnich zaczęto szukać sposobu pogodzenia nowego stylu życia związanego z rozwojem technologii i wzrostem dobrobytu. Ważne stało się utrzymaniem zdrowia i sprawności ciała (McKenzie 2013). W latach sześćdziesiątych Keneth Cooper (1968) opracował i rozwinął podstawy treningu wytrzymałościowego, którego celem stało się wypracowanie kondycji fizycznej jednostki tak by mogła ona przeciwstawić się niekorzystnym efektom siedzącego trybu życia charakterystycznego dla człowieka XX wieku. Zwrócił również uwagę społeczeństwa na ważność skupienia uwagi na wzmacnianiu układu krążenia i układu oddechowego. (Cooper, Cooper 1968; Cooper, Cooper 1970; Cooper Cooper 1972). Początkowo formy dzisiaj rozumianego fitnessu, jako form muzyczno-ruchowych opierały się na formach aerobiku skupiających uwagę instruktorów na pracy z organizmem człowieka, a nie jego osobowością. Prekursorką aerobiku w Europie była Sydne Rome a symbolem ćwiczeń gimnastycznych do muzyki stała się Jane Fonda, która w latach siedemdziesiątych w ćwiczeniach gimnastycznych położyła nacisk na elementy siły, wytrzymałości i gibkości. Nastąpiła moda na aktywność tego rodzaju, która zataczała coraz szersze kręgi. Pojawiły się na rynku kasety video oraz książki z programem ćwiczeń dla kobiet w różnym wieku. Jane Fonda zaproponowała w nich własną interpretację ruchu i szybko zyskały ogromną popularność. Stała się tym samym twórczynią aerobiku gimnastycznego i poniekąd jego symbolem. Inną formą aerobiku rozwijającego się w tamtym czasie był aerobik taneczny propoagowany przez Judi Sheppard Missett. Podstawą tego programu były ćwiczenia koordynacyjne oraz choreograficzne wykorzystujące elementy tańca towarzyskiego, ćwiczeń gimnastycznych i rozciągających. Efektem był nowy styl poruszania się (Mrożek 2007).

W latach siedemdziesiątych XX wieku, na skutek kampanii promującej amatorski sport, popularność zyskała aktywność określana jako „fitness” (fitness boom). Wśród aktywności, które zyskały popularność był trening w siłowni, aerobik, ale także aktywności podejmowane

do tej pory w ramach rozrywki czy relaksu, takie jak taniec czy joga (Sassatelli 2014). Trend ten zaowocował stworzeniem „klubów fitness”- wspólnej przestrzeni do uprawiania popularnych aktywności służących indywidualnemu rozwojowi fizycznemu oraz ukształtowaniu ciała co stanowiło cel sam w sobie (Sassatelli 2014). Ćwiczenia w siłowni oraz klubach fitness stały się formą „pracy nad ciałem” (body work), zdefiniowanej przez Debre Gimlin jako modyfikowanie wyglądu zewnętrznego oraz dążenie do dobrego samopoczucia fizycznego (2007).

Zarówno aerobik gimnastyczny jak i taneczny potrzebował odmiany, stał się codziennością i szukano nowych rozwiązań by uatrakcyjnić tą formę. Taki cel osiągnęła Jacki Sorenson opracowując program wytrzymałościowy, który otrzymał nazwę Hi-Impact. Forma ta spotkała się z krytyką i aerobik wciąż potrzebował odmiany. Zmian tych dokonała Karen Voight - tancerka baletowa i właścicielka jednego z pierwszych centrów fitness w USA. Wprowadziła ona do zajęć choreografię, bez podskoków i z mniejszą intensywnością wykonania. Zajęcia choreograficzne zaczęły zmieniać kształt zajęć. Sprowadziły na instruktora obowiązek uczenia i zajmowania się podopiecznym udowadniając, że model ten pozwala ukazać wiele umiejętności ćwiczących, ale tylko wtedy, gdy instruktor potrafi się nimi odpowiednio zająć. Zaczęto wówczas promować ćwiczenia, które zdecydowanie bardziej wpływała na schemat ruchowo-przestrzenny. Od tego momentu powstały niezliczone sposoby budowania zajęć w oparciu o choreografię i muzykę (Mrozek 2007). Stało się to na początku lat osiemdziesiątych i wtedy także pojawiło się słowo fitness, jako załączek masowego zjawiska, o którym można mówić dzisiaj (Szymański 2000).

Próby zdefiniowania słowa fitness podjęto się w 1996 roku na międzynarodowej konferencji fitness w Birmingham (Wielka Brytania), określając go jako dynamiczny system poszukiwań dobrego samopoczucia w połączeniu z dążeniem do osiągnięcia maksymalnej dla jednostki sprawności fizycznej. Nośnikiem mają być różnorodne formy ruchowe dostosowane do możliwości, gustu, oczekiwań jednostki, która biorąc udział w tej formie aktywności staje się odpowiedzialna za doskonalenie własnego organizmu (Szymański 2000). To co łączy formy muzyczno-ruchowe z innymi formami aktywności fizycznej jest rytm. Jest to cecha wspólna mająca na celu rytmizację ruchu w celu np. zmniejszenia wydatku energetycznego (Rey 1958). Natomiast to właśnie, w dużym stopniu, rytmem różnią się formy aktywności muzyczno-ruchowej popularne dzisiaj na rynku fitness, choć są wśród nich formy zajęć łączące różne rytmy, style tańca na nawet fitness. Takimi formami na rynku tanecznym są dzisiaj taniec towarzyski- dla par, a także Salsation, Zumba i Dance Fitness – tańczone indywidualnie przez jednostkę na tle grupy, a nad choreografią czuwa instruktor. Charakterystycznym natomiast

czynnikiem dla form muzyczno-ruchowych jest muzyka, która dyscyplinuje, pobudza do ruchu i ułatwia poruszanie się w rytmie. Jej obecność sprawia, że odczucie zmęczenia pojawia się później i jest mniejsze (Kuźmińska 2002, Kozłowska 2002, Stożek i wsp. 2013).

3.3. Popularność aktywności muzyczno-ruchowej wśród kobiet w wieku średnim

Aktywność „fitness” oraz kluby fitness będące następstwem przemian kulturowych, zachodzących na przestrzeni wieków oraz narodzenia trendu dbałości o ciało w kontekście tworzenia nowego stylu życia, zyskały na dużej popularności w Stanach Zjednoczonych i trend ten rozprzestrzenił się na inne kraje, w tym także Europę.

Coraz wyższy poziom zamożności, swoboda obyczajów, różnorodność kultur, dynamicznie rozwijające się społeczeństwo, rozwój form muzyczno-ruchowych oraz całego ruchu „fitness” i dostępność zajęć stworzyły warunki sprzyjające narodzeniu się trendu uczestnictwa kobiet w zajęciach muzyczno-ruchowych.

W literaturze wśród powodów podejmowania aktywności tanecznej znajdujemy dążenie do poprawy sprawności, poprawę parametrów fizycznych takich jak zwiększenie siły mięśniowej czy gibkość (Drohomirecka, Kloc, Kotarska 2010); zdobycie nowych umiejętności, poprawę kondycji i samopoczucia (Maszorek-Szymala 2012). Zwraca się również uwagę na przyjemność płynącą z tańca oraz zabawę towarzyszącą zajęciom, odreagowania problemów, nowe kontakty społeczne i wzrost poczucia własnej wartości (Olech-Himkowska 2012). Czytamy również, że udział w zajęciach łączących różne style taneczne wpływa na rozwój cech osobowości, w tym zwiększenie pewności siebie i otwartości, pewności siebie, komunikatywności i samoakceptacji (Justyńska 2004). Ponadto udział w zajęciach tanecznych wpływa na zanik bólów kostno-stawowych, mięśniowych i bólów kręgosłupa (Maszorek-Szymala 2012).

Popularność uczestnictwa kobiet w aktywności muzyczno-ruchowej można wiązać z coraz wyższą pozycją ciała w systemie wartości, a więc koniecznością dbania o nie, co wiąże się z poszukiwaniem tożsamości (mającego odzwierciedlenie w codziennych wyborach) przez jednostkę (Kaufmann 2004; Jacyno 2007). Anthony Giddens (2002) zauważył również, że ciało

podlega nieustannemu procesowi konstruowania dzięki refleksyjności jaźni a jednostka musi poddać je kontroli i zapanować nad nim. Ta samokontrola nie ma już służyć, tak jak dawniej, duchowemu zbawieniu a lepszemu wyglądowi i bardziej rynkowemu „ja” (Featherston 1982). Wraz z biegiem czasu kult ciała nie mija, zmieniają się wzorcowe modele ukształtowania sylwetki za którymi jednostka podąża co daje poczucie panowania nad sobą, samokontroli, poczucia większej wartości, a to z kolei przekłada się na osiąganie sukcesów życiu osobistym i zawodowym (Lash, Urry 1994; Adkins, Lury 2000; Valentine 2003; Szarecki 2012). Praca nad ciałem stała się zatem nie tyle wyrazem ekspresji „ja” co stanowi środek do celu jakim jest poprawa życia we wszystkich jego obszarach (Wieczorkiewicz 2007).

Wraz z przemianami społeczeństwa i jego gustów, ciągłym metamorfozom ulegają formy muzyczno-ruchowe, zmienia się ich tempo, rytm oraz charakter. Kultura taneczna staje się zatem strukturą dynamicznie się rozwijającą by sprostać oczekiwaniom uczestników. Formy taneczne wchodzi i wychodzi z mody odpowiadając na potrzeby kobiet i ich upodobania. Rozwój tych form aktywności, szeroką ich promocja oraz potrzebę uczestnictwa w nich kobiet można łączyć również z obecnym wizerunkiem kobiety w mediach (zadbanej, wysportowanej, której towarzyszy luksus) co zachęcić ma do pracy nad sobą (Foucault 1998).

Rynek fitness wykorzystując trend na wysportowaną sylwetkę nie został w tyle. W klubach fitness oraz innych miejscach nastawione na budowanie rynku fitness sprzedawane są porady dietetyków, trenerów personalnych, suplementy czy dietetyczne posiłki. Można zauważyć bogatą ofertę zajęć w tym zajęć muzyczno-ruchowych. Różnią się poziomem zaawansowania, stylem tańca a także formą uczestnictwa. Są wśród nich: Salsa, Latino solo, Dance fitness, Marengu, Bachata, Salsation, Taniec towarzyski Salsation czy Zumba Fitness. Można zauważyć trend w kierunku latynoskich rytów, które w ostatnich latach przełomem wdarły się na europejskie parkiety. W Polsce od kilku lat rośnie w siłę rynek fitness. W 2008 roku w Polsce karnety na siłownię i fitness posiadało 300 tysięcy osób (International Health, Racquet & Sportsclub Association 2008), w 2013 roku ich liczba wzrosła do 800 tysięcy (International Health, Racquet & Sportsclub Association 2013). Rozwój rynku fitness wpisuje się w ogólny wzrost udziału w aktywności fizycznej Polaków, jedną z najczęściej wybieranych form aktywności jest korzystanie z oferty klubów fitness (MultiSport Index 2018). Według raportu Deloitte The

European Health&fitness Market (2018) już prawie 3 miliony osób w Polsce jest członkami klubów fitness, co stanowi 7,7% populacji kraju. Zdaniem ekspertów rynku to szeroka oferta ćwiczeń grupowych staje się siłą kształtującą trendy na polskim rynku fitness.

Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika (2012), że w 2008 roku odsetek osób uczestniczących w sporcie i rekreacji ruchowej wynosił 37,5%, w 2012 zwiększył się do 45,9% (wśród mieszkańców dużych miast: w miejscowościach powyżej 500 tysięcy mieszkańców uprawianie sportu deklarowało 52,3% osób, a w miastach o liczbie mieszkańców 200–499 tysięcy – 51,5%). W 2013 roku Centrum Badań Opinii Społecznej opublikowało wyniki, według których aktywność fizyczną uprawia 66% mieszkańców Polski. W świetle badań CBOS-u na fitness, gimnastykę bądź aerobik uczęszczało 13% badanych, na zajęcia taneczne – 10% a zdecydowana większość z nich deklarowała, że udział w zajęciach jest dla niej przyjemnością.

W roku 2018 w badaniach Centrum Badania Opinii Społecznej wśród wszystkich respondentów odsetek osób deklarujących uprawianie aktywności fizycznej wyniósł 61%. Zmalała, w stosunku do badań z 2013 roku, liczba osób uczęszczających na zajęcia muzyczno-ruchowe typu zumba do 6%. W raporcie czytamy natomiast, że zajęcia grupowe o charakterze muzyczno-ruchowym należą do grupy najbardziej popularnych form aktywności fizycznej, na którą badani (częściej kobiety niż mężczyźni) uczęszczają regularnie. Motywem podejmowania przez kobiety aktywności fizycznej jest przede wszystkim chęć zadbania o sylwetkę a także przyjemność czerpana z uczestnictwa w zajęciach grupowych o charakterze muzyczno-ruchowym. (CBOS 2018)

Przeprowadzone przeze mnie zestawienie zainteresowania formami muzyczno-ruchowymi w trójmieście oraz obserwacja frekwencji na tych zajęciach wskazują na wciąż dużą popularność zajęć muzyczno-ruchowych w tym Zumba fitness. ~~Potwierdziło to zestawienie światowych trendów fitness z 2011 roku, gdzie Zumba uplasowała się na 9 miejscu pod względem popularności form fitness, a formy takie jak ABT czy TBC odnotowały delikatny spadek zainteresowania (Thompson, 2011).~~ Widoczny staje się trend wzrostu popularności takich form aktywności, gdzie struktura zajęć pozwala na większą swobodę ruchu, w których to zajęcia oparte są na zabawie a instruktor pełni rolę animatora aktywności fizycznej. Takimi zajęciami są np. zajęcia Zumba Fitness, na uczestniczkach tych właśnie zajęć zostały przeprowadzone badania w tej pracy.

Zumba fitness to zainspirowana latynoskimi rytмами niezwykle ekspresyjna forma fitnessu, która poprzez świetną zabawę wpływa na sylwetkę ćwiczących oraz na ich dobre samopoczucie. Są to zajęcia z wykorzystaniem choreografii, która łączy hip-hop, różnego rodzaju rytmy latynoamerykańskie, sztuki walki, oraz elementy Bollywood i tańca brzucha. Zumba kilka lat temu stała się fenomenem. Ta forma zajęć muzyczno-ruchowych stała się

popularna na całym świecie (Perez 2009) a za sukcesem popularności Zumby stoi prężnie działająca firma Zumba LLC, z siedzibą w Hallande na Florydzie.

Zumba ma swoją historię powstania, która głosi, że instruktor fitnessu, Kolumbijczyk Beto Perez zapomniał kiedyś płyt na zajęcia. Zaimprovizował więc zajęcia do swojej ulubionej latynoskiej muzyki, co spotkało się z dobrym odbiorem grupy. Zainspirowało to Beto do pójścia tą drogą. Kilka lat później zainteresował swoim pomysłem dwóch biznesmenów i tak w 2001 powstała firma Zumba LLC. Do Polski Zumba dotarła w 2008 roku.

Każda jednostka treningowa (zajęcia Zumba fitness) trwa 60 minut, składa się z kilkunastu odrębnych układów tanecznych wykonywanych do różnych utworów- każda piosenka to inny układ łączących elementy tradycyjnego aerobiku i uproszczonych kroków z wielu stylów tanecznych. Podstawowe rytmy wykorzystywane w Zumbie to salsa (taniec latynoamerykański pochodzenia karainskiego, rozpowszechniony na Kubie), marengue (taniec mający korzenie na Dominikanie, cumbia (kolumbijski taniec ludowy) oraz reggaeton (gatunek pochodzący z Portoryko). Zajęcia rozpoczynają się od rozgrzewki (warm up) trwającej 7 nawet do 16 minut -w zależności od zawansowania grupy - podczas której wykonywane są proste ruchy, kroki fitness, podstawowe kroki wykorzystywanych przez instruktorów tańców. Celem warm up jest podniesienie tętna uczestników zajęć i przygotowanie organizmu do części głównej. Składa się od 2 do nawet 4 utworów (124-128 bpm) Główna część (main part) jednostki treningowej trwa około 40-45 minut. Składa się na nią połączenie kroków w przód, bok, tył, obroty, zwroty oraz podskoki. Połączenie i złożoność zadań ruchowych ulega coraz bardziej zaawansowanym formom, w miarę jak zaawansowana jest grupa. Tempo utworów jest również różnorodne (91-120 bpm). Na koniec odbywa się część końcowa (cool down) trwająca około 8 minut, który ma na celu wyciszenie organizmu, obniżenie tętna (75-80 bpm) (Donath i in. 2013).

Zajęcia Zumby są promowane są jako rodzaj animacji, zabawy, na której niczym przy okazji odbywa się trening. Sprzyja temu muzyka, czasami oświetlenie a także charakterystyczne, sygnowane logo Zumby stroje, najczęściej kolorowe. Wśród głównych zalet Zumby wymienia się połączenie wysokiej efektywności treningu z zabawą, możliwość nawiązywania relacji wśród uczestników. Zumba staje się zatem sposobem zastąpienia braków z życia prywatnego, metodą relaksu i zapomnienia o codziennych troskach, staje się „terapeutyczną rekreacją” (therapeutic leisure), czyli taką formą aktywności, która ma być remedium na codzienne problemy (Sassatelli 2010). Jest swego rodzaju terapią tańca, która w

literaturze definiowana jest jako forma wykorzystująca ruch, której celem jest osiągnięcie przez ćwiczącego integracji psychofizycznej (Kran 2001). Wydaje się, że twórcy tej formy odrobili doskonale lekcje i przyswoili tendencje obecne we współczesnym fitnessie, gdzie receptą na utrzymanie popularności wśród ćwiczących ma być nacisk na rozrywkę i zabawę (Sassatelli 2010).

Zajęcia Zumby prowadzone w formie animacji, w przyjaznej atmosferze zabawy, pozwalającej odsunąć na bok troski z życia codziennego, są dzisiaj odpowiedzią na wyzwanie jakie stoi przed współczesną jednostką, czyli jak kontrolować ciało, aby jednocześnie uwolniło się od kontroli (Bauman 1995). Pozwala realizować strategię wyrachowanego (Featherstone 1982) lub tamowanego (Sassatelli 2010) hedonizmu czyli balansowania między dążeniem do przyjemności a samodyscypliną. Pogodzenie tych dwóch celów staje się dzisiaj wyzwaniem także dla kobiet, które stoją w rozkroku między orientacją na porządek, ekonomię wysiłku ukierunkowaną na „użyteczność” (Bourdieu 2005; Gdula, Sadura 2012) oraz uwolnienia się od wszelkich obowiązków i osiągnięcia pełni życia (Jacyno 2007). Według Roberta Crawforda w Polsce zauważono trend pójścia w stronę ideologii healthismu (Crawford 1980; Borowiec, Lingowska 2012) z racji, że praktyki skoncentrowane na zdrowiu stają się sposobem na godzenie pracy i przyjemności (Borowiec, Lingowska 2012).

Do wzrostu popularności form muzyczno- ruchowych typu Zumba, Salsation czy Dance fitness przyczynił się zapewne również wzrost zainteresowania tańcem w ostatnich latach. W Polsce i na świecie jeszcze kilka lat temu zauważyć można było oszałamiające zainteresowanie nauką tańca towarzyskiego, co pociągnęło za sobą również promocję innych form tanecznych. Współczesna kobieta oczekuje aktywności, podczas której odpocznie zapominając o problemach i obowiązkach, zajęć które charakteryzują się dużą dynamiką i nie pozwalają uciec myślom do obowiązków dnia codziennego, w których ważna jest zabawa a nie rywalizacja.

Kobiety wyjaśniają podejmowanie aktywności muzyczno-ruchowej tym, iż sprawia im przyjemność, lubią tańczyć, to ich odpręża. Forma zajęć tanecznych jako wybieranej aktywności fizycznej, jest dla nich atrakcyjna z racji obecności muzyki, licznych choreografii, oraz przydatności nabytych umiejętności w życiu. Uczestnicząc w zajęciach realizują własne zainteresowania łącząc je z treningiem oraz spotkaniem z innymi ludźmi. Podkreślają, że obecność muzyki, innych osób oraz różnorodność rytmów sprawia, iż zmęczenie nie jest tak silnie odczuwalne jak w innych formach aktywności co pozwala im ćwiczyć dłużej. Kobiety dostrzegają zmiany w sferze fizycznej (poprawa postawy ciała, zmniejszenie masy ciała) ale też

psychicznej (poprawa samopoczucia, obniżenie poziomu stresu, zwiększenie pewności siebie). Kobiety zauważają również poprawę w zakresie funkcjonowania społecznego (nawiązywanie relacji) (Stożek, Ridan, Kulczyk, Curyło 2016).

3.4. Psychospołeczne uwarunkowania dbałości o ciało kobiet w wieku średnim

W życiu współczesnej kobiety aktywność fizyczna odgrywa bardzo ważną rolę, gdyż stanowi źródła zaspokojenia nie tylko potrzeb zdrowotnych, ale również potrzebę bycia społecznie akceptowaną, potrzebę sukcesu, zabawy, rozładowania stresu czy oderwania się od codziennych obowiązków (Nies, Motyka 2006; Ritvanen, Louhevaara, Helin, Halonen, Hänninen 2007; Blomstrand, Bjorkelund, Arai, Lissner, Bengtsson 2009; Rotem, Epstein, Ehrenfeld 2009). Stanowi również o podniesieniu własnej wartości oraz pewności siebie, dzięki niej poprawia się ogólny wygląd, korzystnie wpływa na pracę naszego mózgu a co z tym związane także na polepszenie procesów intelektualnych (Napierała, Szark-Eckardt, Żukowska, Kluska, Zukow 2014; Kaźmierczak, Radzimińska, Dzierżanowski, Bułatowicz, Strojek, Srokowski, Zukov 2015) a umiejętność określonego motywowania do podejmowania aktywności fizycznej staje się jedną z ważniejszych kompetencji instruktorów fitness (Maguire 2001).

W ówczesnych czasach kobieta, przed którą stoi możliwość kariery zawodowej, rozwój dowolnych umiejętności i kompetencji, boryka się również z połączeniem tych możliwości jakie przyniosła nowa rzeczywistość z rolą przypisaną przez tradycję, czyli rolą matki, opiekunki ogniska domowego, strażniczki potrzeb dzieci oraz często rodziców wymagających zainteresowania z racji wieku. Ilość obowiązków i balansowanie na granicy, i związany z tym dylemat któremu z obszarów poświęcić więcej uwagi, sprawia że kobieta potrzebuje posiadać wentyl dla ujścia tych napięć (liczne sytuacje stresowe oraz nagromadzenie emocji, obniżenie poczucia skuteczności). Potrzebuje również miejsca i czasu by zadbać tylko o siebie, o własne ciało. Badania (Umstattd, Wilcox, Dowda 2011) pokazały, że udział kobiety w wieku średnim w aktywności fizycznej jest skorelowany z poprawą oceny funkcjonowania i wyglądu własnego ciała. Potwierdzają to polskie badania, w których kobiety wskazywały motywację podejmowania aktywności w postaci zajęć tanecznych, a wśród nich: zachowania sprawności,

poznanie nowych ludzi czy oderwanie od obowiązków. Badane wskazywały również, że taniec jest doskonałą metodą odpoczynku i relaksu (Banio, Banio-Surmiak 2017).

Motywacji do podejmowania aktywności fizycznej (w tym aktywności muzyczno-ruchowej) upatruje się m.in. w czynnikach interpersonalnych: chęć samorealizacji, poczucie skuteczności, odczuwane wsparcie społeczne a także oczekiwane wyniki (Trost i wsp., 2002; Hallam, Petosa, 2004; Umstattd, Halla, 2006), czynnikach środowiskowych: poziom zamożności rodzin, wykształcenie, zawód, liczbę dzieci w rodzinie (Malina 2004) oraz pochodzenie etniczne i rasowe (Osiński 2003). Kobiety napotykają, w porównaniu z mężczyznami, więcej przeszkód stojących im na drodze do podejmowania regularnej aktywności fizycznej a związane są one z licznymi obowiązkami przypisywanymi pełnionym rolom społecznym oraz uwarunkowaniami biologicznymi (Prince, Reed, Martinello, Adamo, Fodor, Hiremath 2016). Brak motywacji do podejmowania aktywności fizycznej może być ulokowany także w barierach takich jak: wiek, stan zdrowia, status ekonomiczno-społeczny, środowisko fizyczne i społeczne (Duffy, MacDonald 1990; Hovell i wsp., 1991; Booth i wsp., 1993; Horne 1994; Crespo 2000). Istnieją także inne bariery w podejmowaniu aktywności ruchowej, w tym w formach muzyczno-ruchowych. Wymieniane są wśród nich między innymi brak motywacji i chęci, ale także niski poziom życia i brak czasu związany z licznymi obowiązkami (Banio, Banio-Surmiak 2017). Przyczyny braku podejmowania aktywności fizycznej różnią się też w zależności od: grupy społecznej i zawodowej, płci, wieku, miejsca zamieszkania czy por roku (Drabik i wsp. 2010). Obserwacje ukazują mniejszą aktywność fizyczną wśród kobiet w porównaniu z mężczyznami (Malina, Biuchard 1991; Sallis 1994; Raczek 1995; Ainsworth 2000; Bielski, 2000; Fromel i wsp., 2000; Sallis i wsp., 2000, 2002; Umiastowska, 2003; Woynarowska i wsp. 2005; Krasicki, 2006), a także zmniejszenie aktywności fizycznej wraz z wiekiem (Blair i wsp., 1992; Sallis i wsp., 2000; Fuemmeler i wsp., 2011).

Presja dbania o ciało może stać się również czynnikiem determinującym lub zniechęcającym do podjęcia aktywności fizycznej. Nośnikami społeczno-kulturowego wzorca idealnego ciała są niewątpliwie mass media (Tiggemann, Polivy, Hargreaves 2009). Wśród nośników informacji o trendach aktualnie przyjętego wzorca idealnego ciała są kolorowe magazyny, gdzie głównie pojawiają się artykuły dotyczące atrakcyjności fizycznej (Głębocka 2005) a ekspozycja wzorca szczupłego, idealnego ciała prowadzi do wzrostu wśród kobiet niezadowolenia z ciała (Dittmar, Halliwell, Iwe 2006). Media, często wspierane finansowo

przez instytucje i duże koncerny, stosując zabiegi oddziałujące na sferę emocjonalną wzmacniają i ukierunkowują uwagę (głównie kobiet) na działania związane z dbałością o zdrowie zarówno swoje jak i najbliższych (Roy 2007; Polzer, Knabe 2012). Promowane są działania na rzecz dbania o urodę jako recepta na sukces i szczęście, a sama uroda staje się w tym przekazie środkiem, ale i też warunkiem „lepszego życia” (Kaur, Arumugam, Yunus 2013).

Aktywność fizyczna staje się narzędziem do poprawienia własnej samooceny związanej z sferą fizyczną (Buckworth, Dishman 2002), a także jest silnie z nią związana (Sonstroem, Speliotis, Fava 1992). Sonstroem (1998) uznał, że udział w aktywności fizycznej wiąże się z podwyższeniem samooceny, Fox (2000) sformułował wniosek, że aktywność fizyczną można wykorzystać w kształtowaniu pozytywnego obrazu własnej osoby. Ze względu na potencjał prozdrowotny, jaki posiada aktywność fizyczna (zwłaszcza ta podejmowana regularnie), jest ona rekomendowana jako ważny element utrzymania zdrowego stylu życia (Anshel 2014).

W badaniach potwierdzono pozytywny wpływ na podniesienie samooceny u kobiet ćwiczeń takich jak: aerobic, spacer, trening siłowy (Buckworth, Dishnam 2002). W literaturze czytamy jednak, że nie każda aktywność fizyczna będzie korzystnie wpływała na samoocenę, w tym samoocenę ciała. Leith (1994) zwraca uwagę na odpowiedni dobór aktywności fizycznej do określonego celu osoby ją podejmującej, zaleca również unikanie sytuacji rywalizacji, gdyż przegrana może mieć wpływać negatywnie na samoocenę. Ważny jest również staż podejmowanie aktywności fizycznej. Różni autorzy badań zalecają inny czas trwania programu ćwiczeń dla uzyskania spójnych wyników potwierdzających wzrost własnej samooceny, od minimum 12 tygodni (Leith 1994; DiLorenzo i in. 1999), po minimum 15-20 tygodni (Sonstroem, Morgan 1989), aż do 20 tygodni (McAuley, Mihalko, Bane 1997). Zgodni są co do czasu trwania jednostki podejmowanej aktywności fizycznej, wskazując na 60 minut z uwzględnieniem rozgrzewki i wyciszenia w tym czasie).

Jak wynika z badań u osób podejmujących aktywność fizyczną regularnie, pod wpływem ćwiczeń fizycznych następuje zmniejszenie się dystresu, występuje mniejszy wzrost napięcia emocjonalnego oraz niższy poziom negatywnych emocji w sytuacjach stresowych (Rostad, Long 1996). B.C. Long (1984, 1985, 1993) w swoich badaniach wskazywała, że osoby podejmujące aktywność fizyczną aerobową wykorzystywały ćwiczenia fizyczne do redukcji napięcia mięśniowego oraz metodę, która pozwalała na zwalczanie stresu. Inne badania przeprowadzone na ponad 20 tysiącach osób dorosłych (Corazon, Stigsdotter, Ekholm, Pedersen, Scopelliti, Giuliani 2010) wskazują, że aktywność fizyczna daje ulgę w stresie.

Ponadto stwierdzono, że osoby prowadzące aktywny styl życia często korzystają z form aktywności fizycznej w celu łagodzenia odczuwanego stresu.

Uczestnictwo w zajęciach tanecznych ma szerokie oddziaływanie na organizm człowieka. W literaturze pojawia się coraz więcej prac wskazujących na fizyczne, psychologiczne i społeczne korzyści związane z uczestnictwem w zajęciach muzyczno-ruchowych. Formy muzyczno-ruchowe stają się skuteczną, a zarazem szeroko dostępną dzisiaj, formą aktywności promującą zdrowie i osiąganie dobrostanu psychicznego (Jain, Brown 2001). Udział w zajęciach muzyczno-ruchowych wpływa korzystnie na układ krążeniowo-oddechowy, komunikację, koncentrację, procesy pamięciowe, zdolność do zachowania statycznej i dynamicznej równowagi, koordynację, precyzję wykonywanych ruchów i orientację przestrzenną, pozwala na zwiększenie gibkości i zakresu ruchu w układzie kostno-stawowym. Kształtuje też prawidłową postawę ciała (Karpińska 2000, Poznańska 2005, Wojtuś-Sikora 2006, Stożek, Ridan, Kulczyk, Curyło 2013). Taniec dodaje pewności siebie w relacjach z otoczeniem, pomaga pokonać nieśmiałość (Kuźmińska 2002), sprzyja integracji osobowości człowieka, stając się niejako symbolem integracji (Tomaszewski 1991).

Potwierdzają to również uczestniczki zajęć tanecznych zwracając uwagę na pozytywne aspekty udziału w tej aktywności fizycznej. Kobiety zauważają znaczną poprawę kondycji dostrzegają wzrost energii i wigoru, czują się bardziej zrelaksowane i odprężone, lepiej śpią, przyznają również, że wraz z uczestnictwem w zajęciach muzyczno-ruchowych zwiększyło się ich zainteresowanie tematyką zdrowego stylu życia, a także dbałość o swój wygląd zewnętrzny. Zmiany dotyczą również zdrowia psychicznego. Subiektywna ocena wskazuje na lepsze samopoczucie i zmniejszenie poziomu odczuwanego stresu, wzrost poczucia ich własnej wartości i atrakcyjności (Banio, Banio-Surmiak 2017).

Niezwykle ważna jest też ocena ciała jaką kobieta formułuje wobec siebie samej, a więc samoocena ciała rozumiana jako zbiór odczuć pozytywnych i negatywnych w stosunku do własnego ciała (Lipowska, Lipowski 2013). W procesie kształtowania samooceny jednostka porównuje się z obowiązującymi w danym społeczeństwie kanonami, z innymi osobami z otoczenia, wyznaczając tym samym cechy, którymi chciałaby się charakteryzować wśród tych cech ważne miejsce zajmuje atrakcyjność fizyczna (Wojciszke 1991). Zadowolenie z własnego zdrowia i wyglądu ma bezpośredni wpływ na kształtowanie obrazu samego siebie (Lipowska, Lipowski 2006).

W literaturze czytamy również, że poczucie własnej skuteczności związane z aktywnością fizyczną, skierowaną na dbałość o ciało, związane jest też z jakością życia (Elavsy i in., 2005). Osoby przekonane o własnej skuteczności lepiej formułują cele, częściej osiągają sukcesy. (Bandura 1997). Osoby zaangażowane w dbałość o własne ciało, podejmujące aktywność fizyczną, odczuwają wzrost poczucia własnej skuteczności, a systematycznie podejmowana aktywność fizyczna sprzyja osiąganiu celu osobistego poprzez efektywną kontrolę zachowań (Tucker 1990; Long 1993). Własna skuteczność powiązana jest z przekonaniem jednostki o jej możliwościach działania w kierunku osiągnięcia zamierzonego celu, niezależnie od napotkanych przeszkód (Bandura 1997) co dla kobiet, które dzisiaj mierzą się z liczną grupą obowiązków i oczekiwa społecznych jest bardzo ważne. Silne poczucie własnej skuteczności ułatwia radzenie sobie ze stresem, sprzyja szybszemu przetwarzaniu informacji, lepszemu wykorzystaniu własnych zasobów poznawczych.

3. JAKOŚĆ ŻYCIA I STRES KOBIET W OKRESIE ŚREDNIEJ DOROSŁOŚCI

Omawiając okres średniej dorosłości, nie można pominąć tematyki zaangażowania się kobiet w tym okresie w pełnienie różnych ról społecznych i związanej z nimi jakości życia (Oleś, Baranowska 2003). Kobiety łączące pracę z życiem rodzinnym mają dużo obowiązków, co prowadzić może do nadmiernego stresu związanego z przeciążeniem określonymi rolami (Shellenbarger 2005, Wright 2005). Mimo narzuconych wielu ról społecznych, związanych przede wszystkim z życiem rodzinnym, kobiety chcą rozwijać swoją karierę zawodową i podkreślają chęć osiągania w niej sukcesów. Zwracają jednak uwagę na potrzebę utrzymania większej równowagi między obowiązkami zawodowymi i domowymi oraz utrzymaniem jakości życia (Gordon, Whelan 1998).

Współcześnie kobiety mogą pełnić i pełnią w społeczeństwie wiele ról. Nie ze wszystkimi rolami i zadaniami im stawianymi są pogodzone. Pewne role są przez nie akceptowane w pełni, ale inne mogą być w zupełności odrzucane, co stanowi przyczynę stresu a to obciąża znacznie ich system osobowości (Kwiatek 2014). Istniejący społeczny nacisk na to, by kobieta odnalazła się w roli matki i jednocześnie oczekiwanie od niej rozwoju zawodowego powodują napięcia, gdyż często oddanie się w pełni obowiązkom w jednym obszarze staje się przeszkodą, by efektywnie sprostać zadaniom w innych obszarach (Kowalczyk, Rzepa 2015). Konsekwencją tego jest chroniczne napięcie i przeciążenie zwane stresem (dystresem).

W literaturze czytamy, że znacznie więcej kobiet niż mężczyzn cierpi na zaburzenia lękowe i zaburzenia nastroju, czemu winny jest stres związany z negatywnymi wydarzeniami życiowymi i kryzysowymi sytuacjami (Thoits 1984); kobiety częściej niż mężczyźni narażone są na przeżywanie negatywnych, stresujących wydarzeń życiowych (Cleary, Mechanic 1983), częściej doświadczają społecznej izolacji, trudności ekonomicznych czy problemów ze zdrowiem (Belle 1990), a stresujące wydarzenia życiowe stanowią różnego rodzaju wyzwania (Zautra, Reich, Guarnaccia 1989). Czytamy również, że stres związany z opiekowaniem się innymi jest podstawowym czynnikiem mającym związek ze zdrowiem psychicznym (Belle 1990).

W obecnych czasach życie staje się wyzwaniem dla współczesnego człowieka, a w szczególności kobiet (ze względu na pełnione liczne role). Żyjemy szybko, pracujemy dużo,

nawarstwiają się konflikty interpersonalne, brak nam czasu na realizację planów zawodowych i osobistych, świat „pędzi” a my nie mamy czasu na wypełnienie stawianych przed nami oczekiwań we wszystkich obszarach życia (szczególnie kobiety zostały obarczone koniecznością godzenia wielu różnych ról społecznych) co często indukuje narastający stres a wraz z nim pogorszenie się również zdrowia. Jak czytamy w literaturze występujące stresory w pracy mogą mieć wpływ na zdrowie człowieka. Ze zdrowiem, fizycznym jak i psychicznym, związane są również czynniki psychospołeczne występujące w najbliższym otoczeniu tj. jak utrapienia, zmartwienia czy zdarzenia traumatyczne. Czynniki te, jak podkreśla Tobiasz-Adamczyk (1998), mogą wpływać nie tylko na rzeczywisty stan zdrowia, lecz także na jego subiektywne oceny i zachowania zdrowotne.

Poradzenie sobie z nadmiarem zadań i sytuacjami trudnymi wymaga dużej odporności psychicznej, a szczególnie ważna staje się promocja umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz promocja możliwości rozładowania napięć. W badaniach (Umstattd, Wilcox, Dowda 2011) zaobserwowano, że większa aktywność fizyczna kobiet w wieku średnim jest skorelowana rzecz jasna z wyglądem ciała i jego lepszym funkcjonowaniem psychicznym, poza tym daje poczucie sukcesu, rozładowania napięcia emocjonalnego i oderwania się od codziennych obowiązków w celu poprawy poczucia jakości życia (Nies, Motyka 2006; Rotem, Epstein, Ehrenfeld 2009).

3.1. Jakość życia kobiet we współczesnym świecie

Jakość życia jest pojęciem bardzo złożonym i wewnętrznie powiązanim (Peace 1990, Brown 1997). Dokonując przeglądu definicji jakości życia, można zauważyć, że w pojęciu tym zawierają się aspekty psychologiczny, medyczny, pedagogiczny oraz socjologiczny. Są one związane z oceną funkcjonowania jednostki w społeczeństwie. Jakość życia jest dla niektórych pojęciem bardzo szerokim, znaczącym prawie wszystko, a dla innych to jedynie pewne elementy życia (Kane 2002). Najprościej termin ten można ująć jako możliwość realizowania podstawowych potrzeb (Welsh 2010), które powiązane są z odczuwaną satysfakcją z życia (Wojewoda 2018).

Pomimo rozbieżności wokół definicji i teorii jakości życia istnieją założenia co do których badacze są zgodni. Po pierwsze jakość życia składa się z wielu obszarów: fizycznego

(sprawność funkcjonalna), psychologicznego (poznawczego i emocjonalnego funkcjonowania), społecznego (relacji z innymi ludźmi, wsparcia społecznego, pełnienia ról społecznych), oraz obszaru duchowego. Po drugie jakość życia ma charakter obiektywny (rozumiany jako zespół warunków życia i działań człowieka w różnych sferach życia, takich jak: rodzina, edukacja, praca i wypoczynek, ochrona zdrowia, życie społeczne) i subiektywny (ocena i wartościowanie różnych sfer życia i życia jako całości). Po trzecie w określaniu jakości życia decydującą rolę odgrywa indywidualna ocena jednostki, która jest ekspertem swojego życia. Po czwarte jakość życia nie jest statyczna, zmienia się z upływem czasu i jest podatna na oddziaływanie czynników zewnętrznych i wewnętrznych (Dziurawicz-Kozłowska 2002). Ważnymi składnikami jakości życia związanymi ze zdrowiem są wigor i energia życiowa (predyktory zdrowia) (Dixon, Dixon, Hickey 1993; Wilson, Cleary 1995; Byra 2010).

Z praktycznego punktu widzenia warto podkreślić, że koncepcje jakości życia wykorzystywane są do określania postępów w przywracaniu człowiekowi zdrowia (Wrześniewski 2006), a ogólna jakość życia związana jest ze zdrowiem i wynika z:

- 1) obiektywnie określanego stanu organizmu na poziomie narządowym czy komórkowym;
- 2) postrzegania objawów i ich oceny przez pacjenta;
- 3) ewaluacji funkcjonalnej w obszarach fizycznym, psychicznym, społecznym czy duchowym;
- 4) ogólnej oceny zdrowia w różnych sferach;
- 5) globalnego zadowolenia z życia jako całości.

Rozważania nad jakością życia warto jednak rozpocząć od analizy danych historycznych. Początków zainteresowania pojęciem jakości życia szukać należy w czasach starożytnych. Wielcy myśliciele próbowali zgłębić, co jest fundamentem szczęśliwego i satysfakcjonującego życia (Taraszkiewicz 2001). Dla Hipokratesa stan wewnętrznej równowagi był oznaką życia szczęśliwego. Arystoteles uważał natomiast, że najważniejszym celem dającym gwarancję szczęścia miało być dążenie do eudajmonii, a zatem możliwie najwyższego osiągalnego dobra, dążenie do doskonałości. Według Sokratesa prawdziwa wiedza o tym, co słuszne i sprawiedliwe, prowadzi do cnoty, która jest warunkiem dobra i szczęścia. Epikur i jego następcy głosili natomiast etykę hedonistyczną opartą na założeniu, że szczęście polega na doznawaniu przyjemności, którą definiowali jako brak cierpienia, a wystarczającym warunkiem ujawnienia się wrodzonej radości jest zdrowie ciała i spokój duszy (Taraszkiewicz

2001). Inaczej pojęcie szczęścia rozumiane było przez filozofów wywodzących się ze Wschodu. W Chinach szczęście to równowaga pomiędzy pierwiastkami Yang i Yin. W filozofii buddyjskiej stan ten osiągalny miałby być z kolei dzięki mitycznej nirwanie (Zhan 1992).

W XX wieku terminu „jakość życia” po raz pierwszy użył prawdopodobnie Pigou (1920) w książce o ekonomii, dobrobycie i pomocy społecznej. Oznaczało ono wtedy „dobre życie”, jednakże odnosiło się tylko do aspektów konsumpcyjnych i posiadania znaczących dóbr materialnych. Dopiero później pojęcie jakości życia rozszerzyło się na obszar „być” zamiast „mieć”, co spowodowało wprowadzenie nowych kryteriów oceny jakości życia: edukacji, wolności, zdrowia, szczęścia (Gruszczyński 2004).

Pojęcie jakości życia doczekało się niezliczonej ilości definicji, podobnie jak było to z pojęciem szczęścia. Jakość życia rozumiana jest w różnoraki sposób, a definicję tworzą nie tylko eksperci, ale także laicy. Część definicji ma charakter opisowy, traktuje jakość życia w sposób holistyczny, bardziej ogólny. Druga grupa dostosowana jest do konkretnego paradygmatu badawczego, a co za tym idzie czasami ogranicza się tylko do kilku aspektów bądź jest bardziej uszczegółowiona (Dziurawicz-Kozłowska 2002).

Definicje holistyczne jakości życia odnoszą się do globalnej oceny życia jako całości, rozumianej jako poczucie satysfakcji z życia, własna pomyślność, dobry stan własnego życia, dobrostan psychiczny lub poczucie szczęścia. Jakość życia rozumiana jest jako zbiór wszystkich dziedzin dobrostanu człowieka, jakie są dla niego ważne (Berzon 1997). To satysfakcja osobista lub poczucie szczęścia w tych dziedzinach życia, które jednostka personalnie uznaje za ważne (Oleson 1990; Słaby 2017). Jakość życia jest również rozumiana jako: dobre życie, szczęście, zadowolenie, dobrostan, zdrowie (Stelcer 2001, Czapiński, 2004). To poczucie satysfakcji jednej osoby lub grup społecznych, wynikające z uświadomienia sobie i zaspokojenia własnych potrzeb oraz z możliwości pełnego rozwoju jednostkowego i społecznego (Słońska, Misiuna 1994). Inne definicje z kolei mówią, że jakość życia to bogactwo przeżyć, celów życiowych, wysoki poziom świadomości i aktywności, poziom zadowolenia lub niezadowolenia z życia, stopień satysfakcji z ludzkiej egzystencji (Jaracz 2002). Istotą jakości życia jest świadomość powodzenia i satysfakcji życiowej wynikającej z dobrego funkcjonowania w obrębie określonych potrzeb (Gruszczyński 2004).

Obok definicji holistycznej wyróżniamy również definicje bardziej złożone, składające się z ocen częściowych różnych obszarów czy dziedzin życia. Oceny mają charakter obiektywny (warunki dobrego życia), ale zarazem i subiektywny (odnoszący się do przeżyć człowieka). W

tym nurcie jakość życia to: brak obciążeń, trudności i dolegliwości, a także subiektywna ocena poziomu zadowolenia i satysfakcji z życia jako całości oraz jego sfer (Bowling, Gabriel, Dykes 2003). To również obraz własnego położenia życiowego będący dziełem jednostki w wybranym odcinku czasu, osobiste postrzeganie pozycji zajmowanej w życiu w kontekście kulturowym i w kontekście systemu wartości oraz odniesienie do stawianych sobie celów czy posiadanych oczekiwań (WHOQOL 1992). W końcu to też różnica między tym, co zostało osiągnięte, a tym, co według jednostki jest możliwe do osiągnięcia (Abbey, Andrews 1985).

Autorzy *Diagnozy społecznej 2015* (Janusz Czapiński i Tomasz Panek) określają ogólne wskaźniki jakości życia, wymieniając wśród nich: 1/ kapitał społeczny (aktywny udział w życiu społeczności, wyborach samorządowych i parlamentarnych, pozytywne nastawienie do demokracji); 2/dobrostan psychiczny (ocena własnego życia oraz minionego roku, poczucie szczęścia, ale także natężenie symptomów depresji); 3/dobrostan fizyczny (choroba w ostatnim czasie, nasilenie objawów somatycznych lub stresu związanego ze zdrowiem); 4/dobrostan społeczny (liczba bliskich osób, poczucie przynależności do grupy oraz bycia szanowanym); 5/poziom cywilizacyjny (wykształcenie, znajomość i posiadanie nowoczesnych technologii komunikacyjnych, znajomość języków obcych i posiadanie uprawnień do prowadzenia pojazdów); 6/ dobrobyt materialny (dochód, posiadanie nieruchomości i dóbr materialnych); 7/stres życiowy (doświadczenie stresu w zakresie: finansów, pracy, kontaktów z urzędami, wychowania dzieci, relacji w związku, ekologii); 8/ patologie (problemy z używkami, wizyty u psychiatry lub psychologa, bycie uczestnikiem zdarzeń łamiących prawo (Czapiński, Panek 2015).

W literaturze przedmiotu jakość życia określana jest także jako wielowymiarowa ewaluacja, której kryteriami są: środowisko, doświadczenia przeszłe, bieżące i antycypowane. Jakość życia może być oceniana w kategoriach wartościujących: dobra i zła, stanu pożądanego lub niepożądanego (Schipper 1990). Stanisław Otok (1981, 1987) definiuje jakość życia jako dobrobyt, stopień satysfakcji z potrzeb i pragnień jakie ma dana społeczność. Kładzie nacisk na liczbę i podział dóbr publicznych, wyróżniając wśród nich: ochronę zdrowia, kształcenie, warunki bytowe, bezpieczeństwo czy ochronę krajobrazu naturalnego i dorobku kulturowego. Zauważa jednak, że bez względu na to, jak zdefiniujemy jakość życia, będzie to zawsze zjawisko odczuwalne w kategoriach ocen subiektywnych, ponieważ nie istnieją obiektywne, uznane społecznie normy jakości życia. Anna Zalewska (2003) natomiast proponuje model transakcyjny z którego wynika, że oceny w obrębie danego obszaru oraz wszystkie obszary

jakości życia są ze sobą powiązane i mogą na siebie wpływać, a podstawowym założeniem jest, że procesy wartościowania przebiegają na dwóch poziomach: emocjonalnym (bezpośrednie doznania i stany emocjonalne) i poznawczym (sądy poznawcze i opinie).

W literaturze przedmiotu znajdujemy również podejście interakcyjne, uwzględniające ogólne wymiary wspólne dla wszystkich ludzi oraz indywidualne aspekty, charakterystyczne dla określonych jednostek (Brownie, McGee, O'Boyle 1997; Dziurawicz-Kozłowska 2002). Jednym z modeli, które znajdujemy w literaturze to Model Dobrego Życia Lawtona (1991). W modelu tym na jakość życia składają się cztery obszary: kompetencje behawioralne (zdrowie, sprawność ruchowa, funkcjonowanie poznawcze, gospodarowanie czasem, zachowania społeczne), środowisko, psychologiczny dobrostan i postrzegana jakość życia. Obszary te nakładają się na siebie i mogą być oceniane zarówno z perspektywy obiektywnej, jak i subiektywnej.

Znaleźć można również poglądy rozdzielające kryterium szczęścia i satysfakcji. Szczęście traktuje się jako kategorię emocjonalną, czyli coś nietrwałego, natomiast satysfakcję jako świadomą ocenę różnych sfer życia i życia jako całości, czyli coś trwałego i przez to bardziej użytecznego w badaniach naukowych (Campbell, Converse, Rodgers 1976). W 1991 roku opracowano definicję jakości życia, w której postrzega się ją jako indywidualne postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji w życiu. Odniesieniem staje się system wartości przyjęty przez człowieka i jego otoczenie kulturowe, stawiane sobie cele, posiadane wzorce zachowań, oczekiwania, standardy i zainteresowania, a także stopień zależności od innych, relacje społeczne oraz cechy środowiska (WHOQOL 1995).

Ciekawą definicją jest definicja Ann Bowling (1995), w której jakość życia jest określana jako możliwy do osiągnięcia najbardziej korzystny poziom zdolności fizycznych, psychicznych i intelektualnych. Zależy on od pełnionych ról społecznych i funkcjonowania w strukturach społeczeństwa, ogólnego samopoczucia, satysfakcji z życia oraz postrzegania własnego stanu zdrowia. Podobną definicję jakości życia przedstawia Grażyna Osika (2017), który dodaje do składowych świadomość realizacji ważnych dla jednostki wartości i potrzeb.

W obrębie psychologii odmienny stosunek do postrzegania jakości życia prezentuje Stanisław Kowalik (1995), który jakość życia rozpatruje w wymiarze refleksji nad bieżącym stanem własnego życia oraz doświadczania różnych stanów psychicznych (subiektywnych) w trakcie życia. Wymiary te odnoszą się do subiektywnej, indywidualnej oceny jakości życia. Według autora głównym narzędziem do oceny jakości życia jest świadomość refleksyjna, czyli

zbiór wszelkich przekonań, przypuszczeń i wątpliwości, dzięki którym człowiek ustosunkowuje się do własnego życia, może spojrzeć na nie z pewnej perspektywy i uznać je za szare i nieciekawe lub za pełne radości i sensowne. Odczuwanie własnego życia poprzez przeżywanie go zakłada bezpośrednie obcowanie z czymś zewnętrznym wobec „ja” (Kowalik 1995). Subiektywna ocena jakości życia to stopień w jakim jednostka jest skłonna zaakceptować swoje życie oraz ocenić gotowość wykorzystania własnego potencjału w drodze do osiągnięcia celu i spełnienia (Krzysztofowicz 2017).

Inną koncepcją, powstałą na gruncie psychologii, jest ujęcie jakości życia autorstwa Janusza Czapińskiego, który rozumie je jako dobrostan lub szczęście. Autor „**cebulowej teorii szczęścia**” (Czapiński 1992, 2004b) zakłada, że każdy człowiek wyposażony jest w naturalną afirmację życia, którą charakteryzuje jako „pierwotny naturalny i powszechny, niezależny zasadniczo od okoliczności życia i indywidualnej biografii, stan psychiczny, zakorzeniony we wrodzonej woli życia” (Czapiński 1992: 143). Wola życia, według „teorii cebulowej” (CTS), jest stałą gatunkową, a w przypadku różnic indywidualnych **w dobrostanie** czynniki osobowościowe przeważają nad sytuacyjnymi. Do pomiaru dobrostanu autor używa wskaźników obiektywnych, które odnoszą się do warunków życia, oraz subiektywnych, znajdujących źródło w indywidualnych kryteriach wartościowania własnego życia. W skład dobrostanu wchodzi również dwa inne wskaźniki: wola i pragnienie życia (Czapiński 1992). Prawdziwe szczęście to także zdolność do wzbudzania pozytywnych emocji, przezwyciężania trudności, zauważania i korzystania z pojawiających się życiowych szans oraz kształtowania pozytywnych cech charakteru. W takim ujęciu miarą jakości życia są satysfakcja z działania i realizacji celów życiowych oraz gratyfikacje (Czapiński 2017).

W ramach podejścia hedonistycznego (Diener, Lukas, Oishi 2004) wyróżnia się trzy główne **komponenty dobrostanu**: 1/ pozytywny oraz negatywny afekt, mierzone odrębnymi skalami; 2/ ogólne zadowolenie z życia; 3/ zadowolenie z poszczególnych dziedzin życia. Ed Diener stworzył proste i bardzo dzisiaj popularne narzędzie pomiarowe dobrostanu *Satisfaction with Life Scale* (SWLS). Składa się ono z pięciu pozycji: „1/ Pod wieloma względami moje życie zbliżone jest do ideału; 2/ Warunki mojego życia są doskonałe; 3/ Jestem zadowolony z mojego życia; 4/ W życiu osiągam najważniejsze rzeczy, na jakich mi zależy; 5/ Gdybym mógł raz jeszcze przeżyć swoje życie, to nie chciałbym prawie nic zmieniać” (Diener i in. 1985; polska adaptacja językowa: Z. Jurczyński). Odpowiedzi są umieszczane na siedmiopunktowej skali (od zdecydowanej dezaprobaty do zdecydowanej aprobaty).

Istnieją również inne narzędzia będące w częstym użyciu, takie jak: *Drabinka Cantrila* (1965), *Skala nierealistycznego optymizmu* (Weinstein 1980) czy *Skala doświadczeń i bilansu emocjonalnego* (Bradburn 1969).

Pomiarem jakości życia w podejściu eudajmonistycznym zajmuje się Carol D. Ryff, która proponuje sześć wymiarów dobrostanu, mających być uzupełnieniem jednostronnego podejścia miar hedonistycznych (Ryff 1989; Ryff, Singer 2004). Są to: 1/ samoakceptacja (poczucie własnej wartości); 2/ pozytywne relacje z innymi (satysfakcjonujące relacje z ludźmi, empatia); 3/ autonomia osobista; 4/ panowanie nad otoczeniem; 5/ sens życia (posiadanie celów życiowych); 6/ rozwój osobisty (Wołowicka 2001). Satysfakcja życiowa natomiast jest jednocześnie główną składową jakości życia i ma związek z innymi jej składnikami. Skala satysfakcji z życia (Diener i in. 2005) jest wielopozycyjna i zawiera w sobie wszystkie składniki dobrostanu psychicznego, które wchodzi w skład hierarchicznego modelu szczęścia. Model ten zakłada, że dobrostan emocjonalny jest oceną własnego życia opierającą się na afektywnych reakcjach na zdarzenia oraz kognitywnych (poznawczych) sądach dotyczących zadowolenia. Komponent poznawczy bazuje na wartościach, postawach życiowych i preferencjach danej osoby. Analizie poddawane są zarówno konkretne sfery życia (zdrowie, małżeństwo), jak i ogólne zadowolenie i spełnienie życiowe. Komponent afektywny służy do oszacowania natężenia doznań pozytywnych i negatywnych. Zarówno ocena emocjonalna, jak i poznawcza ma charakter ilościowy. Jeśli w komponencie afektywnym dominują emocje pozytywne, zaś zadowolenie z życia jest na wysokim poziomie, mamy do czynienia z wysokim dobrostanem emocjonalnym (Diener, Lucas, Scollon 2006).

Narzędzia do pomiaru ogólnej jakości życia są w pewnym stopniu uniwersalne, mogą być wykorzystywane w różnych populacjach, w różnych przedziałach wiekowych. Skale jakości życia służą badaniu stanów wpływających na komfort życia jednostki, jej samopoczucie psychiczne i funkcjonowanie społeczne. Wyróżnia się skale globalne składające się z pojedynczych pytań, które w sposób najbardziej ogólny umożliwiają pomiar jakości życia. Pytanie może dotyczyć globalnej oceny jakości życia lub wybranych jej obszarów. Przykładem takiej skali jest pierwowzór *Indeksu jakości życia* Ferrans i Powers – skala amerykańska przeznaczona dla ilościowej oceny jakości życia osób zdrowych i chorych w sposób bardzo ogólny. Część pierwsza mierzy satysfakcję z różnych dziedzin życia, a druga ważność tych dziedzin dla jednostki. Oceniane dziedziny mieszczą się w podskalach: zdrowia i funkcjonowania, socjoekonomicznej, rodzinnej, psychologicznej (Jarczak, Wołowicka, Bączyk 2001).

Innym rodzajem skal są skale niespecyficzne. Należą do nich tzw. profile zdrowia (ang. *health profiles*) lub instrumenty mierzące użyteczność (wartość, satysfakcję) danego stanu zdrowia (ang. *utility measures*). Profile zdrowia to kwestionariusze oceniające różne wymiary jakości życia związane ze zdrowiem. Przykładem skali niespecyficznej jest *The Nottingham Health Profile* (NHP) – składający się z dwóch części. Pierwsza dotyczy aktualnych problemów w funkcjonowaniu fizycznym, psychicznym i społecznym, związanych ze stanem zdrowia (sprawność ruchowa, energia życiowa, ból, zaburzenia snu, reakcje emocjonalne, izolacja społeczna), a druga odnosi się do wpływu aktualnego stanu zdrowia na następujące sfery życia: pracę zarobkową, prace domowe, życie towarzyskie, życie rodzinne, życie seksualne, zainteresowania i hobby oraz wykorzystanie czasu wolnego (Wrześniewski 1997).

Innym przykładem jest skala *Short Form Health Survey (SF-36)* – składająca się z dwóch części oceniających stan funkcjonalny (sprawność fizyczną, funkcjonowanie w społeczeństwie, ograniczenia wywołane problemami fizycznymi i emocjonalnymi) oraz zdrowie psychiczne, energię, witalność i ból (Sherbourne, Ware 1992). Wymienić warto również skalę *The WHOQOL 100/BREF Quality of Life Assessment*, która w myśl definicji jakości życia WHO pozwala ocenić funkcjonowanie w różnych dziedzinach życia, satysfakcję i poczucie szczęścia, spełnienie własnych celów i oczekiwań w określonych warunkach kulturowych. Dzięki tej skali uzyskujemy profil jakości życia w zakresie 6 dziedzin (fizycznej, psychologicznej, poziomu niezależności, relacji społecznych, środowiska, religii lub osobistych przekonań) (Kowalik, Ratajska, Szmaus 2001; Wołonica 2001).

Rozpatrując definicję jakości życia, należy odróżnić dwa terminy: „jakość życia” i „poczucie jakości życia”. Zdaniem Augustyna Bańki (2005) jakość życia to skutek procesu konstruowania indywidualnych standardów i porównań dla osiągalnych w czasie informacji oraz wypadkowa rozciągniętego w czasie procesu stawiania sądów o życiu. Według tego autora człowiek oceniający jakość życia korzysta z czterech podstawowych źródeł: przeszłych doświadczeń, teraźniejszych przeżyć, oczekiwań związanych z przyszłością oraz opinii społecznej. Pojęcie „jakość życia” odwołuje się do sfery zewnętrznej, a jej obiektywnymi miarami mogą być np.: wielkość dochodu, ilość dzieci, poziom wykształcenia, długość życia czy warunki życia. Wskaźniki te nie dotyczą satysfakcji czerpanej przez ludzi z ciągle dokonujących się zmian w ich życiu. **Inaczej jest z poczuciem jakości życia.** Poczucie jest rozbieżnością w ocenie między stanem własnego życia a standardem, do którego jest ono porównywane. Na jakość życia mają pewien wpływ obiektywne, ale także i subiektywne czynniki, takie jak aspiracje oraz stopień ich zaspokojenia

czy percepcja (Owsiński, Tarchalski 2008). Poczucie jakości życia jest pochodną refleksji nad życiem, a miernikiem jakości życia może być po prostu satysfakcja emocjonalna (Sęk 1993, Oleś 2002). Pojęcie „poczucie jakości życia” (miara subiektywna) odnosi się do uczuć i emocji wyrażanych przez ludzi. Pojęcie to oznacza stwierdzenie, że ktoś jest zadowolony z życia. Wskaźniki obiektywne mówią o różnych poziomach warunków życia, a mierniki subiektywne o odczuwanej jakości życia. Umowny podział jest jednak na ogół taki, że wskaźniki obiektywne mówią zazwyczaj o różnych stronach poziomu („warunków”) życia, a mierniki subiektywne o (postrzeganej, odczuwanej) jakości życia (Owsiński, Tarchalski 2008). Poczucie jakości życia zmienia się wraz z etapem rozwoju człowieka w ciągu życia. I tak, w rozpatrywanym w niniejszej pracy okresie średniej dorosłości dana jednostka ma jakieś cele do zrealizowania, jakieś role życiowe do spełnienia, ma marzenia, ale żyje również w jakiejś grupie społecznej mającej oczekiwania wobec niej, jednocześnie dźwiga charakteryzujący tylko ją bagaż doświadczeń. Augustyn Bańka (2005) podkreśla, że człowiek na każdym etapie życia (także w okresie średniej dorosłości) musi realizować zadania związane z szeroko rozumianą aktywnością życiową, wchodzeniem w relacje z innymi osobami i definiowaniem swojej płciowości, a sposób w jaki zмага się z wyżej wymienionymi zadaniami jest miarą i wyznacznikiem jego jakości życia.

Zaspokojenie potrzeb związanych z przetrwaniem dzisiaj nie wystarcza, by jednostka czy grupa społeczna czuła się szczęśliwa. Okazuje się, że zaspokojenie materialnych potrzeb, posiadanie dóbr materialnych niezupełnie przekłada się na jakość jej życia. Zasoby finansowe nie gwarantują bycia szczęśliwym, ponieważ nie gwarantują zaspokojenia wszystkich ważnych potrzeb. Psycholog Abraham Maslow (2006) poza podstawowymi potrzebami związanymi z bezpieczeństwem wymienia jeszcze potrzeby wyższego rzędu, m.in. uznania, miłości, samorealizacji i satysfakcji. Zasoby finansowe nie są w stanie zaspokoić ich wszystkich. Potrzeby wyższego rzędu zaspokoić można tylko ukierunkowaną na cel aktywnością jednostki.

W ostatnich latach można zaobserwować duże zainteresowanie, także wśród kobiet, stylem życia i jego jakością. Często pojawiają się pytania, co zrobić, by poprawić jakość życia i aby mieć z niego satysfakcję, a także jak radzić sobie z narastającym pędem i rosnącym stresem związanym z pogonią za sukcesem zawodowym czy pogonią związaną ze spełnianiem oczekiwań jakie stawia otoczenie. Styl życia - to modne dzisiaj pojęcie- daje szansę na rozwój rynku usług związanych z kulturą fizyczną. Rynek ten już dziś przybiera imponujące rozmiary. Kobiety, uczestnicząc w rekreacji ruchowej, w szerokim spektrum możliwości jakie rynek

dzisiaj oferuje, mogą doświadczać wiele satysfakcji, uwolnienia emocji, a tym samym poprawiać poziom jakości życia.

Należy podkreślić, że w świetle danych zaczerpniętych z literatury przedmiotu to subiektywna ocena relacji między człowiekiem a otoczeniem (w tym środowiskiem pracy) jest istotnym wskaźnikiem poziomu jakości życia (Ratajczak 1993). Życie w harmonii ze środowiskiem uwzględnia możliwość realizowania siebie w czasie wolnym, możliwość wykonywania pracy, którą uznaje się za sensowną (Salmi, Lammi-Tashula 2011). Aktywność zawodowa wiąże się z potrzebą przynależności, samorealizacji, rozwoju a satysfakcja z pracy lub jej brak, będzie przekładała się na życie osobiste człowieka, co wynika z kompensacyjnego charakteru relacji praca – życie pozazawodowe. (Tomaszewska-Lipiec 2014). Pełnienie ról zawodowych w połączeniu z rolą matki, żony, opiekunki ogniska domowego, ale także często stróża zdrowia i samopoczucia starszych członków rodziny i ilość obowiązków jakie niesie w związku z tym na barkach kobieta, może przytłaczać i generować stres. Poziom stresu jakim obarczona jest kobieta wymaga (dla jej zdrowia psychicznego) znalezienia sposobu poradzenia sobie z nim. Dzisiaj kobiety, co było badane w tej pracy, wybierają jako jedną z form poradzenia sobie z wyzwaniami życia codziennego, odreagowanie poprzez aktywność fizyczną a dokładniej wybierają formę zajęć nastawioną na zabawę, kontakt społeczny z innymi kobietami, czyli Zumbę.

3.2. Poziom stresu i style radzenia sobie kobiet w wieku średnim

O interakcjach pomiędzy zewnętrznymi i wewnętrznymi stresorami oraz stresie jako rezultacie zakłócenia równowagi pomiędzy możliwościami jednostki a wymaganiami środowiska czytamy zarówno w światowej, jak i polskiej literaturze przedmiotu (Tomaszewski 1963, 1966; Reykowski 1966; Lazarus, Folkman 1984; Strelau 1996). Zwraca się także uwagę na to, że to nie ilość pełnionych ról, a ich równowaga i jakość życia mają związek z dobrym samopoczuciem kobiet (Helson, Elliot, Leigh 1990; Lippert 1997).

Chcąc zagłębić się w koncepcje naukowe stresu warto zwrócić uwagę na koncepcję homeostazy Waltera Brandforda Cannona (1928), która zakłada, że cechą żywych organizmów jest zdolność utrzymywania stałości środowiska wewnętrznego w warunkach, gdy następuje

nacisk czy presja z zewnątrz, a warunkiem przetrwania jest zdolność adaptacyjna, która redukuje zmiany w środowisku wewnętrznym w zależności od zmian występujących w środowisku zewnętrznym (Cannon 1928). Walter Brandford Cannon jest autorem tak zwanego modelu „walcz lub uciekaj”, w którym mowa jest o pobudzeniu dwóch układów w reakcji na stres. Jednym z nich jest gruczoł przysadki, który w dużym uproszczeniu bierze udział w wydzielaniu kortyzolu. Drugim jest współczulny układ nerwowy, który pobudzony aktywuje rdzeń nadnerczy wydzielający hormony: adrenalinę oraz noradrenalinę. Odpowiadają one za szereg reakcji układu oddechowego, krążenia czy zwiększoną aktywność umysłową i fizyczną, ułatwiając szybszą reakcję organizmu na niebezpieczeństwo. Układy te oraz wydzielane hormony odgrywają ważną rolę w procesie adaptacji (pełnią funkcję „bezpieczeństwa”). Wydzielane w nadmiarze przez zbyt długi czas mogą zakłócić działanie organizmu i doprowadzić do jego wyniszczenia (Gatchel, Baum, Krantz 1989).

Omawiając różne spojrzenia na koncepcje stresu, warto przybliżyć również fizjologiczną teorię stresu Hansa Seylego (1956, 1960, 1977). Tak jak jego poprzednik, swoją uwagę skupił przede wszystkim na negatywnych fizjologicznych następstwach długotrwałego działania stresorów na organizm. Autor, prowadząc liczne badania eksperymentalne, doszedł do wniosku, że o reakcji organizmu nie decyduje rodzaj czy znak, a siła bodźca. W następstwie działania bodźca – czynników szkodliwych – na organizm powstają w nim różnorakie zmiany w obrębie grasicy czy węzłów chłonnych, może nastąpić także np. hamowanie reakcji zapalnych, wytwarzanie cukru itp. Zmiany te według Hansa Seylego mają charakter przystosowawczy. Specyficzne zmiany, które zachodzą w miejscu pojawienia się stresora, zostały nazwane lokalnym zespołem adaptacyjnym, a zmiany niespecyficzne ogólnym zespołem adaptacyjnym, który jest istotą stresu (Mietzel 1999). Tak rozumianą reakcję stresu charakteryzują trzy fazy – stadium alarmowe (bezwarunkowa reakcja, wykształcona w procesie ewolucji, mobilizacja do spotkania i konfrontacji ze stresem), stadium odporności (względna adaptacja, radzenie sobie lub stawianie oporu stresowi) oraz stadium wyczerpania (następuje, gdy organizm poddawany jest nieustannemu stresowi i nie potrafi dłużej się przystosować, mechanizm radzenia sobie wyczerpuje się). Zarówno w fazie adaptacji, jak i wyczerpania zmiany zachodzące w organizmie są mocno indywidualne i mogą być odmienne. Mogą wystąpić takie objawy, jak: wzrost poziomu hormonów, ogólne wyczerpanie, ale również mobilizacja organizmu do działania.

Teoria ta wniosła duży wkład w badania nad stresem biologicznym, jednak nie ustrzegła się krytyki. Autorowi zarzucono między innymi zbyt małą koncentrację na czynnikach psychologicznych. Hans Salye w odpowiedzi na krytykę wprowadził pojęcie „dystresu”, czyli złego stresu prowadzącego do choroby. Oprócz tego zmodyfikował również definicję stresu, który określił jako nieswoistą reakcję organizmu na stawiane przed nim zadania (Salye 1974, 1977, 1979). Autor ponadto wprowadził rozróżnienie na **eustres** (motywujący do działania, oznaczający stan zadowolenia) oraz **dystres** (prowadzący do szkodliwych konsekwencji), zaznaczając, że stres nie zawsze jest zjawiskiem szkodliwym (Salye 1979). Stan stresu negatywnego (dystresu) spowodowany jest brakiem równowagi między wymaganiami zewnętrznymi czy też wewnętrznymi a możliwościami przystosowawczymi jednostki. Składa się on z silnych emocji negatywnych, takich jak strach czy złość oraz towarzyszących temu zmian fizjologicznych i biochemicznych. Zależy on od podatności jednostki na stres oraz sytuacji, w jakiej jednostka się znalazła (Guszkowska 2003).

W literaturze psychologicznej wielu autorów zajmujących się tematem stresu definiuje stres w trojaki sposób: 1/stres jako bodziec (niekorzystna sytuacja lub szkodliwe wydarzenie wywierające wpływ na jednostkę i mogące mieć negatywne skutki) (Chmiel 2003); 2/stres jako psychologiczna i/lub fizjologiczna reakcja organizmu (objawy stresu mogą ujawnić się na wielu płaszczyznach: fizycznej, psychologicznej, behawioralnej) (James, Gilliland 2005); 3/stres jako proces (reakcje stresowe są wynikiem interakcji pomiędzy osobą a otoczeniem).

Pierwsze prace zajmujące się stresem psychologicznym (Janis 1958) mówiły o tym, że źródłem stresu jest sytuacja lub wydarzenie zewnętrzne, czyli bodziec. Powoduje on w jednostce wysoki stopień napięcia emocjonalnego, co uniemożliwia prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Bliska tej teorii jest między innymi koncepcja zmian życiowych Thomasa Holmesa (1967). Inne spojrzenie na stres (Mechanic 1962) definiuje go jako reakcję emocjonalną, która polega na poczuciu dyskomfortu, i postrzeganie to jest zbliżone do potocznego rozumienia stresu jako stanu napięcia czy poczucia zagrożenia (stres jako reakcja wewnętrzna).

Opisane teorie przyczyniły się do spojrzenia na stres jako na zjawisko interakcji pomiędzy zewnętrznymi i wewnętrznymi czynnikami. W polskiej psychologii myśli tej bliska jest koncepcji Tadeusza Tomaszewskiego (1963, 1966). Pojęcie stresu zastąpione jest tam nazwą „sytuacja trudna”, podkreślając moment zakłócenia równowagi jako warunek jej wystąpienia. Temat braku homeostazy podejmuje także Jan Strelau (1996). Według niego to

moment dysharmonii pomiędzy możliwościami jednostki a wymaganiami jej stawianymi powoduje stres, jednak warunkiem jego wystąpienia jest pojawienie się motywacji do konfrontacji z tymi wymaganiami. Innym polskim psychologiem, który reprezentuje podobne stanowisko, jest Janusz Reykowski (1966), który stres definiuje jako stosunek czynników zewnętrznych do cech człowieka i reakcji człowieka na te czynniki.

W światowej literaturze przedmiotu rozgłos zyskała koncepcja poznawczo-transakcyjna Richarda Lazarusa i Susan Folkman (1984). Zgodnie z tym ujęciem stresem jest „określona relacja między osobą a otoczeniem, oceniana jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi” (Lazarus, Folkman s. 19). Relacja ta uwzględnia wymagania otoczenia oraz indywidualne możliwości jednostki w poradzeniu sobie z zaistniałym wydarzeniem. Richard Lazarus wprowadził pojęcie „transakcji”, które odnosi się nie tylko do samego procesu interakcji, lecz także do jego efektów. Jednostka wraz z sytuacją, w której się znajduje, stanowi całość zjawiska stresu. Zderzenie wymagań otoczenia z własnymi możliwościami jednostki w poradzeniu sobie z sytuacją trudną związane jest z procesem poznawczym, który polega na ocenianiu osobistego znaczenia wydarzenia dla jednostki, a także jej własnych możliwości w poradzeniu sobie w danej sytuacji poprzez zdolność do wykorzystania posiadanych zasobów w konfrontacji ze stresorem. Każde wydarzenie jest oceniane i klasyfikowane przez jednostkę jako niemające znaczenia, sprzyjające (pozytywne) lub stresujące. Aktywność ukierunkowana na zmianę transakcji stresowej, określana mianem radzenia sobie, jest wynikiem oceny zasobów jednostki (Heszen, Sęk 2007).

Inną koncepcją relacyjnego ujęcia stresu jest teoria zachowania zasobów Stevana Hobfolla (1989). Poszukuje ona ogólnych zasad kierujących celowym zachowaniem się człowieka, które sprowadzają się do utrzymywania, pomnażania i ochrony własnych zasobów (cechy osobowe, poczucie własnej wartości, pozycja społeczna czy stan ekonomiczny). Sytuacja stresowa występuje wówczas, gdy pojawia się zagrożenie dla utraty tych zasobów lub brak możliwości ich wzrostu. Stres według Stefana Hobfolla może być oceniany w sposób subiektywny (własna ocena straty) lub obiektywny. Hobfoll kładzie nacisk na zasoby, a źródła stresu upatruje w zakłóceniach równowagi w wymianie tych zasobów między jednostką a otoczeniem (Hobfoll 1989). Reakcje stresowe są inne dla każdego z nas, ponieważ dokonujemy oceny sytuacji oraz określamy dostępne nam zasoby, dzięki którym możemy poradzić sobie ze stresującą sytuacją (Lazarus, Folkman 1984).

Pojęcie „radzenia sobie ze stresem”, wprowadzone po raz pierwszy w latach 60. XX wieku, jest uznawane za jeden z najważniejszych elementów składowych sytuacji stresowej. Pojawienie się stresora pobudza aktywność jednostki ukierunkowaną na jego usunięcie i powrót do stanu równowagi, jednak to właśnie sposób poradzenia sobie z tym stresem będzie miał związek z kosztami, jakie jednostka poniesie w konfrontacji stresowej.

Zasobami określa się te cechy, które służą przystosowaniu się, umożliwiając opanowywanie stresujących zdarzeń, uodparniając na kontakt ze stresorem i doświadczanie stresujących sytuacji oraz zmniejszając koszty zdrowotne odczuwanego stresu. Mogą one mieć charakter biologiczny lub psychiczny (Guszkowska 2003). Rozumiane są jako cenione przez jednostkę przedmioty, właściwości osobiste, okoliczności lub czynniki sprzyjające (Hobfoll 2006). O uogólnionych zasobach odpornościowych czytamy w pracach Aarona Antonovskyego (1995). Autor wyróżnia wśród zasobów między innymi siłę fizyczną (cecha przedmiotowo-materialna). Wśród zasobów inni autorzy prac wymieniają również zdrowie i energię (Lazarus, Folkman 1984), jak również inne zasoby fizyczne rozumiane jako zdrowie i atrakcyjność fizyczna (Sheridan, Radmacher 1998).

Na przebieg transakcji stresowej może wpływać aktywność fizyczna (pośrednio), która ma związek z formowaniem się właściwości psychicznych, które pełnią rolę zasobów własnych w procesie radzenia sobie ze stresem. Właściwości te wpływają moderująco na przebieg transakcji stresowej, modyfikując ocenę pierwotną (sytuacji) oraz wtórną (możliwość poradzenia sobie w danych warunkach), a także intensywność reakcji emocjonalnych, wybór sposobów radzenia sobie ze stresem i koszty zdrowotne konfrontacji z nim (Guszkowska 2005). Rolę takiego zasobu w radzeniu sobie ze stresem może więc odgrywać sprawność fizyczna, która u osób dorosłych ujemnie korelowała z poziomem stresu psychologicznego (Tucker 1990). Badania pokazały, że osoby bardziej sprawne fizycznie przyjmowały w mniejszym stopniu stresory o charakterze psychospołecznym, wskaźniki takie jak tętno czy reakcja skórno-galwaniczna szybciej wracały do normy po pojawieniu się stresora niż u osób mniej sprawnych (Crews, Landers 1987). Inne badania pokazały moderujący wpływ sprawności fizycznej na relację między stresem a zdrowiem. Silny stres wiązał się z gorszym zdrowiem u osób mniej sprawnych (Rostad, Long 1996).

Stres towarzyszy wszystkim w różnych obszarach życia. Radzenie sobie z nim jest częścią istnienia i człowiek uczy się odpowiedzi na zaistniałe stresory. Każdy jednak napotyka w swoim

życiu sytuacji, na które nie ma gotowej odpowiedzi adaptacyjnej, a wiele osób ma indywidualne sposoby radzenia sobie z sytuacją stresującą (Antonovsky 1979, 1997). To właśnie sytuacja trudna mobilizuje do aktywności, którą człowiek podejmuje w celu poprawienia stanu emocjonalnego. Jan Strelau (2000) pisał, że proces radzenia sobie ze stresem obejmuje wysiłki behawioralne i poznawcze, które stale się zmieniają i mają na celu opanowanie wewnętrznych i zewnętrznych sytuacji, ocenianych przez osobę jako trudne lub przekraczające jego zasoby.

Proces radzenia sobie ze stresem w ujęciu poznawczo-transakcyjnym to nieprzerwany wysiłek poznawczy i behawioralny, który sfokusowany jest na wymagania zewnętrzne bądź wewnętrzne oceniane jako groźne czy obciążające (Lazarus, Folkman 1984). Inaczej mówiąc to ciąg wielu zmieniających się w czasie strategii podejmowanych przez jednostkę w konkretnej sytuacji stresowej (Wrześniewski 2000), wiążących się ze zmianami stanu psychofizycznego i cech danej sytuacji (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski 2005) i obejmujący całość wysiłków jednostki zmierzających do poradzenia sobie z daną sytuacją (Ogińska-Bulik, Juczyński 2008). Styl radzenia sobie definiowany jest również jako zbiór strategii, charakterystyczny dla danej jednostki, z których część uruchamianych jest w procesie radzenia sobie z sytuacją stresową (Heszen-Niejodek 2000).

Badacze (Endler, Parker 1990) wyodrębnili trzy niezależne od siebie style radzenia sobie ze stresem i są to: 1/styl skoncentrowany na zadaniu (cehuje go podejmowaniem wysiłków, które zmierzają do rozwiązania problemu poprzez poznawczą lub behawioralną zmianę sytuacji), 2/styl skoncentrowany na emocjach (skłonność do skupiania się na własnych przeżyciach emocjonalnych – złości, lęku, poczuciu winy, napięciu emocjonalnym) oraz 3/styl skoncentrowany na unikaniu (unikanie myślenia o całej sytuacji, wystrzeganie się jej przeżywania i doświadczania). Ten ostatni styl jest podzielony na dwie podskale: angażowanie się w czynności zastępcze, np. oglądanie telewizji, ucieczka w pracę, myślenie o sprawach przyjemnych, oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich, np. odwiedzanie znajomych.

Proces radzenia sobie ze stresem może zostać oceniony jako efektywny, gdy osiągnięto trwałe rozwiązanie problemu, niepociągające za sobą dodatkowych konfliktów, a pozwalające na występowanie pozytywnego stanu emocjonalnego (Folkman, Moskowitz 2004). Jan Strelau (2000) podkreśla również, że skuteczne radzenie sobie, dopasowane do wymagań i możliwości, zmniejsza stan stresu, nieskuteczne natomiast prowadzi do jego narastania. W literaturze przedmiotu brak jednoznacznych badań wskazujących na przewagę określonego

stylu radzenia sobie ze stresem nad innymi. Jednak Irena Heszen i Helena Sęk (2007) zwracają uwagę na elastyczność strategii radzenia sobie, co oznacza, że jednostka dysponuje różnorodnymi strategiami zmieniającymi się w czasie. Susan Folkman i Judith Moskowitz (2004) wskazują na to, że zachowania zapobiegawcze korzystne dla jednej osoby mogą nie przynosić korzyści innym osobom, a także akcentują znaczenie wsparcia społecznego w procesie radzenia sobie ze stresem.

4. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

4.1. Cel pracy, przedmiot badań, problemy i hipotezy badawcze

Cel pracy:

Celem pracy jest określenie związków stresu i strategii radzenia sobie z jakością życia u dorosłych kobiet, w tym pokolenia „*sandwich generation*”, uczestniczek zajęć Zumba®.

Przedmiotem badań jest zatem: 1) dokonanie pomiaru poczucia jakości życia oraz poziomu satysfakcji życiowej (jako zmiennych wyjaśnianych), 2) określenie poziomu odczuwanego stresu i strategii radzenia sobie z nim (jako zmiennych wyjaśniających) 3) odniesienie uzyskanych wyników do udziału dorosłych kobiet, ze szczególnym uwzględnieniem z pokolenia „*sandwich generation*” w aktywności muzyczno-ruchowej Zumba®.

Szczegółowe problemy badawcze przyjmują konstrukcję następujących pytań:

1. Jaki jest związek aktywności muzyczno-ruchowej Zumba® z poziomem odczuwanego stresu i preferowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem?
2. Jaki jest związek aktywności muzyczno-ruchowej Zumba® z poczuciem jakości życia oraz satysfakcją życiową?
3. Czy istnieje związek odczuwanego stresu z poczuciem jakości życia oraz satysfakcją życiową badanych kobiet?
4. Jaka jest rola aktywności muzyczno-ruchowej Zumba® w zależności pomiędzy odczuwanym stresem a poczuciem jakości życia i satysfakcji z życia?

Hipotezy badawcze:

HIPOTEZA 1: Kobiety dorosłe, z uwzględnieniem pokolenia „*sandwich generation*”, podejmujące systematyczną aktywność muzyczno-ruchową Zumba® deklarują niższe

nasilenie odczuwanego stresu i stosują częściej aktywne strategie radzą sobie ze stresem, w porównaniu z grupą odniesienia, kobietami nie podejmującymi aktywności fizycznej w ogóle.

HIPOTEZA 2: Kobiety dorosłe, z uwzględnieniem pokolenia „sandwich generation”, podejmujące systematyczną aktywność muzyczno-ruchową Zumba®, deklarują wyższy poziom ogólnego poczucia jakości życia i subiektywnej satysfakcji z życia, w porównaniu z grupą odniesienia, kobietami nie podejmującą w ogóle aktywności fizycznej.

HIPOTEZA 3: Odczuwany przez badane kobiety stres koreluje z jakością życia i satysfakcją życiową.

HIPOTEZA 4: Aktywność muzyczno-ruchowa Zumba® pełni rolę zmiennej towarzyszącej (mediatora/moderatora) w rozpatrywanej hipotetycznie zależności między odczuwanym stresem a poczuciem jakości życia i satysfakcją z życia.

4.2. Charakterystyka osób badanych

Próbę osób badanych stanowiły 2 podgrupy:

Grupa pierwsza (n=140) to grupa dorosłych kobiet (z uwzględnieniem pokolenia „sandwich generation”), uczestnicząca w systematycznej aktywności muzyczno-ruchowej Zumba® (bez przeciwwskazań lekarskich do udziału w aktywności fizycznej).

Kobiety biorące udział w badaniu uczęszczały przez 12 tygodni na zajęcia Zumba®, które odbywały się w godzinach wieczornych, trwały 60 minut. Każda sesja treningowa przeprowadzona została przez licencjonowanego instruktora Zumba®. Rozpoczynała się ona z 10 minutowej rozgrzewki (warm up, tempo uśrednione ok 126 bmp) i składała się z trzech etapów: 1/, podstawowe kroki fitness, w step touch, step out, double step, marsz i składały się na krótką sekwencje tworząc choreografie do wybranego utworu; 2/ zachowane zostały kroki z pierwszej części oraz dodane zostały ruchy unoszenia rąk, ruchy stały się i bardziej intensywne a celem było podniesienie tętna, 3/ zaangażowane zostały partie mięśniowe przedniej i tylnej taśmy, wykonano ruchy brzuchem i biodrami w rytm latynoamerykańskiego utworu. Rozgrzewka miała na celu zwiększenie częstości akcji serca i temperatury ciała, a także przygotowanie stawów do wysiłku oraz wprowadzenie uczestniczek w charakter zajęć. Rozgrzewka miała formę zabawy i integracji grupy. Główna część zajęć (main part, tempo

uśrednione ok 103 bmp), to 8-10 głównych utworów muzyki Zumba® rekomendowanych przez autorów programu na specjalnej platformie dla licencjonowanych instruktorów. Intensywność była różnorodna, podobnie jak charakter utworu (m.in.: salsa, marengue, reggeton, flamenco, cumbia, quebradita). Każdy utwór trwał 3-5 minut. Ostatnia część zajęć (cool down, tempo uśrednione 79 bmp), to 2 spokojniejsze utwory zawierające proste ruchy, która ma na celu uspokojenie umysłu i ciała, ale nadal pozostają wierne charakterowi Zumba® a więc oparte są na choreografii i zabawie.

Badania kwestionariuszowe zostały przeprowadzone w 13 tygodniu trwania badań, warunkiem udziału w badaniach kwestionariuszowych był udział w 12 tygodniowym cyklu zajęć Zumba.

Grupa druga (n=129) to grupa referencyjna (odniesienia). Stanowiły ją kobiety dorosłe (ze szczególnym uwzględnieniem pokolenia „*sandwich generation*”), które w okresie ostatniego pół roku nie podejmowały systematycznej aktywności fizycznej, w tym aktywności muzyczno-ruchowej Zumba®. Również były to panie bez przeciwwskazań lekarskich do udziału w aktywności fizycznej.

Desygnaty badanych obiektów

Kryteriami włączającymi do badań były: a/ płeć (kobiety), b/ okres rozwoju w cyklu życia (kobiety w okresie dorosłości), c/ aktywność zawodowa (realizacja roli zawodowej), d/ dietność, e/ opieka nad osobą starszą w rodzinie (realizacja roli matki i opiekuna rodzica) oraz f/ brak przeciwwskazań lekarskich do udziału w aktywności fizycznej.

Kryteriami wykluczającymi kobiety w okresie średniej dorosłości z badań były: a/ brak jednoczesnego sprawowania opieki nad dzieckiem i rodzicem, b/ posiadanie przeciwwskazań lekarskich do uczestnictwa w zajęciach muzyczno-ruchowych oraz c/ kontakt z lekarzem psychiatrą/psychologiem/psychoterapeutą w roli pacjenta/klienta w okresie nie krótszym niż 6 miesięcy przed badaniem.

Liczba badanych obiektów

Grupa uczestnicząca w zajęciach muzyczno-ruchowych Zumba®: 140 osób.

Grupa odniesienia nie uczestnicząca w zajęciach muzyczno-ruchowych Zumba®: 129 osób.

Techniki doboru obiektów do badań

W prezentowanej koncepcji badań pomiarowi poddana została część populacji (próba, próbka). Określenie populacji zawierało trzy cechy: 1/ **rzeczową** (kto i co jest przedmiotem badań), 2/ **czasową** (w jakim momencie i czasie będzie badana populacja?) oraz 3/ **przestrzenną** (określającą zakres terytorialny i miejsce lokalizacji jednostek stanowiących populację) (Szreder 2002).

Populację osób interesujących badacza w prezentowanym projekcie badawczym stanowiły kobiety aktywne zawodowo, z uwzględnieniem kobiet z pokolenia „*sandwich generation*”, czyli sprawujące opiekę nad co najmniej jednym dzieckiem i osobą starszą.

Badania realizowane były na terenie wybranych klubów fitness województwa pomorskiego (Gdynia, Gdańsk, Sopot, Tczew, Malbork) począwszy **od pierwszego kwartału 2018 roku**. Ze względu na „sezonowość” tego rodzaju aktywności fizycznej badania nie były realizowane w okresie letnim, wakacyjnym.

Do grupy pierwszej – uczestniczącej w zajęciach muzyczno-ruchowych nastąpiło **losowanie dwustopniowe**: losowanie grup, czyli jednostek fitness (kluby fitness) a następnie wykonanie próby kwotowej (80% populacji docelowej).

W grupie odniesienia (próba ekspercka) nastąpił **wybór celowy**: „*judgmental sampling*”, „badacz w oparciu o swoją wiedzę o populacji sam wskazuje jednostki populacji, które zostają włączone do próby. Jednostki te – w opinii badacza – są albo reprezentatywne dla badanej populacji, albo z innych względów odpowiednie, spełniają określone charakterystyki” (Szreder, 2002).

4.3. Strategie i metody badawcze

Strategia badawcza to schemat lub model badań ilościowych, jakościowych lub mieszanych, który nadaje określony kierunek procedurom badawczym. Można mówić w tym kontekście o ujęciu badawczym (Creswell, 2013) lub metodologii badawczej (Mertens, 1998). **Ilościowa strategia badawcza** odwołuje się do światopoglądu pozytywistycznego i o jej istocie stanowią modele eksperymentalne (w tym złożone eksperymenty z wieloma zmiennymi czy

quasi-eksperymenty) i nieeksperymentalne (np. badania sondażowe, w tym badania korelacyjne).

Schemat badań w niniejszej pracy przyjmuje formę planu przekrojowego (nie dynamicznego).

Metoda badawcza określa sposób gromadzenia, analizy oraz interpretacji danych. W ramach opisanej wyżej strategii i organizacji badań wykorzystane są **ilościowe metody badawcze**. Do realizacji celu badań 1/ relacje między zmiennymi określone zostały w formie pytań i hipotez, 2/ zachowane zostały odpowiednie standardy rzetelności i trafności oraz 3/ do obróbki zaobserwowanych danych liczbowych zostały wykorzystana odpowiednia analiza i interpretacja statystyczna.

W niniejszej pracy wykorzystuje się głównie **badania sondażowe**. Badania sondażowe, silnie reprezentowane w naukach społecznych (np. orientacji społecznej nauk o kulturze fizycznej) wyrażają w liczbach tendencje, opinie, postawy grupy badanych osób, zwanych próbkami. W badaniach dane zbierane były głównie za pomocą kwestionariuszy, celem uogólnienia wyników otrzymanych w całej próbie (Barbie, 2004).

4.4. Zmienne i ich wskaźniki

Analiza rodzaju zmiennych i zależności między nimi została ujęta w poniższej tabeli i rycinie.

Tabela 1.

Zmienne i ich wskaźniki w odniesieniu do pytań i hipotez badawczych

Pytanie badawcze	Hipoteza badawcze	Zmienne	Wskaźniki
1. Jaki jest związek aktywności muzyczno-ruchowej Zumba® z poziomem odczuwanego stresu i preferowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem?	Kobiety dorosłe, z uwzględnieniem pokolenia „sandwich generation”, podejmujące systematyczną aktywność muzyczno-ruchową Zumba® deklarują niższe nasilenie odczuwanego stresu i stosują częściej aktywne strategie radzą sobie ze stresem, w porównaniu z grupą odniesienia, kobietami nie podejmującymi aktywności fizycznej w ogóle.	Wyjaśniana: odczuwany stres Wyjaśniająca: udział w aktywności muzyczno-ruchowej Zumba®	Wynik testu PSS-10 Wynik testu Mini-COPE Systematyczny trening 2x w tygodniu, trwający 12 tygodni
2. Jaki jest związek aktywności muzyczno-ruchowej Zumba® z poczuciem jakości życia oraz satysfakcją życiową?	Kobiety dorosłe, z uwzględnieniem pokolenia „sandwich generation”, podejmujące systematyczną aktywność muzyczno-ruchową	Wyjaśniana: poczucie jakości życia oraz satysfakcja życiowa	Wynik testu SF-36 i SWLS

	Zumba®, deklarują wyższy poziom ogólnego poczucia jakości życia i subiektywnej satysfakcji z życia, w porównaniu z grupą odniesienia, kobietami nie podejmującą w ogóle aktywności fizycznej.	Wyjaśniająca: udział w aktywności muzyczno-ruchowej Zumba®	Systematyczny trening 2x w tygodniu, trwający 12 tygodni
3. Czy istnieje związek odczuwanego stresu z poczuciem jakości życia oraz satysfakcją życiową badanych kobiet?	Odczuwany przez kobiety stres ma związek z jakością życia i satysfakcją życiową.	Wyjaśniana: poczucie jakości życia i satysfakcja życiowa Wyjaśniająca: odczuwany stres	Wynik testu SF-36 i SWLS Wynik testu PSS-10
4. Jaka jest rola aktywności muzyczno-ruchowej Zumba® w zależności pomiędzy odczuwanym stresem a poczuciem jakości życia i satysfakcji z życia?	Aktywność muzyczno-ruchowa Zumba® pełni rolę zmiennej towarzyszącej (mediatora) w rozpatrywanej hipotetycznie zależności między odczuwanym stresem a poczuciem jakości życia i satysfakcją z życia.	Wyjaśniana: poczucie jakości życia i satysfakcja z życia Wyjaśniająca: odczuwany stres i udział w aktywności muzyczno-ruchowej Zumba®	Wynik testu SF-36 i SWLS Wynik testu PSS-10 i systematyczny trening 2x w tygodniu, trwający 12 tygodni

4.5. Techniki i narzędzia badawcze

Techniki badawcze:

Większość badań przeprowadzone techniką ankiety audytoryjnej, realizowanej bezpośrednio po zakończonym cyklu 12 tygodni zajęć Zumba® (W 13 tygodniu trwania badań), w specjalnie wyodrębnionym do badań pomieszczeniu na terenie klubu fitness (w każdym przypadku w badaniu ankietowym brało udział do 5-6 osób). Badanie prowadził jeden ankieter i w razie pytań udzielał standardowych wyjaśnień.

Narzędzia badawcze:

1) Kwestionariusz SF-36

Kwestionariusz jest przeznaczony do subiektywnej oceny stanu zdrowia. Składa się z 11 pytań zawierających 36 stwierdzeń, które pozwalają określić 8 elementów tj.: funkcjonowanie fizyczne, ograniczenia z powodu zdrowia fizycznego, odczuwanie bólu, ogólne poczucie zdrowia, witalność, funkcjonowanie socjalne, funkcjonowanie emocjonalne i zdrowie psychiczne. Wskaźnik jakości życia jest sumą punktów oceny wszystkich 8 skal jakości życia i umożliwia ogólną ocenę stanu zdrowia. Według polskiej wersji kwestionariusza najwyższa

wartość punktowa oznacza najniższy stopień w ocenie jakości życia, natomiast najniższa wartość punktowa oznacza najwyższy poziom jakości życia (Tylka i Piotrowicz, 2009)

2) Skala SWLS

Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) (Diener, Emmons, Larson i Griffin 1985; za zgodą autorów polska adaptacja przygotowana przez Juczyńskiego) mierzy poczucie zadowolenia z własnych osiągnięć i warunków życia. Skala składa się z 5 twierdzeń, których prawdziwość w odniesieniu do własnej osoby badany ocenia na skali siedmiostopniowej (od „zupełnie nie zgadzam się” do „całkowicie się zgadzam”). Wskaźnik rzetelności (alfa Cronbacha) SWLS wynosi $\alpha = 0,81$ zaś dla wersji oryginalnej wskaźnik rzetelności wynosi $\alpha = 0,87$ (Diener i in., 1985; za zgodą autorów polska adaptacja przygotowana przez Juczyńskiego).

3) Kwestionariusz PSS-10

Narzędzie PSS-10 służy do oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego miesiąca. O natężeniu stresu stanowi nie ilość zdarzeń lecz ich ocena. Skala przeznaczona jest głównie do celów badawczych, ale znajduje również zastosowanie w praktyce, w badaniach przesiewowych, profilaktycznych a także w ocenie efektywności oddziaływań terapeutycznych (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009).

Rzetelność skali PSS-10 oceniono poprzez oszacowanie jej zgodności wewnętrznej i stabilności bezwzględnej. W wersji oryginalnej rzetelność wewnętrzna skali, oceniona na podstawie alfa Cronbacha, waha się od 0,84 do 0,86. Trafność kryterialną PSS-10 oceniono w kilku badaniach przeprowadzonych w latach 2002-2005 i uzyskano zadowalające wyniki.

4) Test Mini-COPE

Test stosuje się do pomiaru dyspozycyjnego radzenia sobie, tj. oceny typowych sposobów reagowania i odczuwania w sytuacjach doświadczania silnego stresu. Autorem tego narzędzia jest Charles S. Carver, adaptacji dokonali Zygfryd Juczyński i Nina Ogińska-Bulik (Juczyński Z., Ogińska-Bulik N.: Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009). Narzędzie przeznaczone jest do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych. Składa się z 28 stwierdzeń wchodzących w skład 14 strategii (po 2 twierdzenia w każdej strategii).

5) Udział w aktywności muzyczno-ruchowej Zumba®

Osoby badane wskazywały następujące wartości zmiennej: 1/ regularność udziału w zajęciach (zakres: regularnie, sporadycznie, brak), 2/ częstość udziału w zajęciach w ostatnim tygodniu (zakres: rzadziej niż raz, raz w tygodniu, 2-3 razy w tygodniu, więcej niż 3 razy w tygodniu) / miesiącu (zakres: rzadziej niż 4 razy w miesiącu, 4-6 razy w miesiącu, 8-10 razy w miesiącu, więcej niż 12 razy w tygodniu, 3/ rama czasowa podejmowania regularnej aktywności muzyczno-ruchowej (zakres: krócej niż miesiąc, miesiąc, 2-3 miesiące, 4-6 miesięcy, 6-12 miesięcy, powyżej 12 miesięcy). Odpowiadały również na pytanie „z jakich powodów (przyczyn) podejmują aktywność muzyczno-ruchową? (pytanie otwarte bez sugerowanych odpowiedzi), diagnozujące motywacje do podejmowania tego typu działań.

5. ANALIZA WYNIKÓW

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze i przetestowania postawionych hipotez przeprowadzono analizy statystyczne przy użyciu pakietu IBM SPSS Statistics w wersji 25.

Korzystając z programu dokonano analizy podstawowych statystyk opisowych wraz z testem normalności rozkładu dla zmiennych ilościowych. Zgodność z rozkładem normalnym sprawdzono za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa.

Do obliczeń wykorzystano szereg metod statystycznych. W celu ustalenia różnic między kobietami ze względu na podejmowanie aktywności muzyczno-ruchowej pod względem strategii radzenia sobie, stresu oraz jakości życia i satysfakcji z życia, przeprowadzono analizy testem *t* studenta dla prób niezależnych. W celu porównania ze sobą kobiet w zależności od okresu rozwojowego pod względem stosowanych strategii radzenia sobie, stresu, jakości życia oraz satysfakcji z życia przeprowadzono analizę testem *H* Kruskala Wallisa.

W ostatnim kroku przeprowadzono analizy mediacji, zgodnie z procedurą Barona i Kenny'ego. W związku z tym, że mediatorem była zmienna dychotomiczna w przypadku aktywności przeprowadzono procedurę analiz w oparciu o metodę MacKinnona i Dwyera (1993).

Jako poziom istotności na potrzeby interpretacji analiz, przyjęto $\alpha = 0,05$.

5.1. Statystyki opisowe mierzonych zmiennych ilościowych

W pierwszym kroku wyliczone zostały podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Kołmogorowa-Smirnowa (K-S) badającym normalność rozkładu wszystkich mierzonych zmiennych na skali ilościowej, które są istotne z punktu widzenia problemów badawczych. Analiza wykazała, że żadna z analizowanych zmiennych nie przyjmuje rozkładu zgodnego z krzywą Gaussa. Niemniej wartość skośności dla większości z nich nie przekracza progu 0,8 wskazuje, że odchylenie od rozkładu nie jest znaczące (George, Mallery, 2016). Zbiórce zestawienie statystyk opisowych dla obu pomiarów prezentuje tabela 2.

Tabela 2

Statystyki opisowe wraz z testem normalności rozkładu dla mierzonych zmiennych ilościowych

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>D</i>	<i>p</i>
SF-36										
Jakość życia	269	46,29	42,00	21,07	0,89	0,51	10	117	0,10	<0,001
Funkcjonowanie fizyczne	269	5,33	3,00	7,24	1,92	4,08	0	38	0,24	<0,001
Ograniczenia fizyczne	269	4,39	0,00	6,43	1,31	0,46	0	20	0,34	<0,001
Dolegliwości bólowe	269	3,13	3,00	2,08	0,54	-0,59	0	8	0,16	<0,001
Zdrowie ogólne	269	8,70	9,00	3,52	-0,23	-0,18	0	17	0,09	<0,001
Witalność	269	8,30	8,00	3,35	0,05	0,07	0	19	0,07	0,005
Funkcje społeczne	269	2,20	2,00	1,71	0,42	-0,57	0	7	0,14	<0,001
Ograniczenia emocjonalne	269	3,09	0,00	5,01	1,34	0,33	0	15	0,41	<0,001
Zdrowie psychiczne	269	9,27	9,00	3,97	0,28	0,16	0	23	0,08	<0,001
SWLS										
Satysfakcja z życia	269	23,48	23,00	5,64	-0,07	-0,56	7	35	0,06	0,012
PSS-10										
Stres w pracy	256	17,56	17,00	5,42	0,43	0,15	4	35	0,10	<0,001
Mini COPE										
Aktywne radzenie sobie	269	6,37	6,00	1,20	-0,39	0,11	2,00	8,00	0,21	<0,001
Planowanie	269	6,19	6,00	1,18	-0,41	0,64	2,00	8,00	0,24	<0,001
Pozytywne przewartościowanie	269	5,58	6,00	1,28	-0,14	-0,09	2,00	8,00	0,20	<0,001
Akceptacja	269	5,68	6,00	1,21	-0,29	0,03	2,00	8,00	0,24	<0,001
Poczucie humoru	269	3,68	4,00	1,25	0,51	-0,18	2,00	8,00	0,19	<0,001
Zwrot ku religii	269	4,22	4,00	1,92	0,45	-0,88	2,00	8,00	0,15	<0,001
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	269	5,87	6,00	1,45	-0,39	-0,14	2,00	8,00	0,19	<0,001
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego		5,55	6,00	1,41	-0,31	-0,31	2,00	8,00	0,22	<0,001
Zajmowanie się czymś innym	269	5,41	5,00	1,40	-0,19	-0,29	2,00	8,00	0,16	<0,001
Zaprzeczanie	269	3,61	4,00	1,37	0,60	-0,12	2,00	8,00	0,16	<0,001
Wyładowanie	269	4,83	5,00	1,26	-0,15	-0,21	2,00	8,00	0,17	<0,001
Zażywanie substancji psychoaktywnych	269	2,68	2,00	1,18	1,91	3,48	2,00	8,00	0,39	<0,001
Zaprzestanie działań	269	3,39	3,00	1,17	0,45	-0,52	2,00	7,00	0,17	<0,001
Obwinianie siebie	269	4,66	4,00	1,37	0,30	-0,25	2,00	8,00	0,20	<0,001
Strategie skoncentrowane na problemie	269	18,10	18,00	2,73	-0,18	-0,01	10,00	24,00	0,11	<0,001
Strategie skoncentrowane na emocjach	269	13,70	14,00	2,80	0,08	-0,02	6,00	21,00	0,08	0,001
Strategie skoncentrowane na unikaniu	269	19,99	20,00	3,52	0,30	0,05	12,00	32,00	0,09	<0,001

Adnotacja. *N* – liczebność próby; *M* – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk.* – skośność; *Kurt.* – kurtoza; *Min.* – wynik minimalny; *Maks.* – wynik maksymalny; *D* – wartość testu Kołmogorowa-Smirnowa; *p* – poziom istotności

5.2. Aktywność a strategie radzenia sobie ze stresem

W pierwszym kroku sprawdzono czy ze względu na podejmowanie aktywności muzyczno-ruchowej widoczne są różnice dla stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem.

W tym celu przeprowadzono analizę testem t studenta dla prób niezależnych porównując ze

sobą osoby aktywne i nieaktywne muzyczno-ruchowo. Wyniki analizy zamieszczono w tabeli 3.

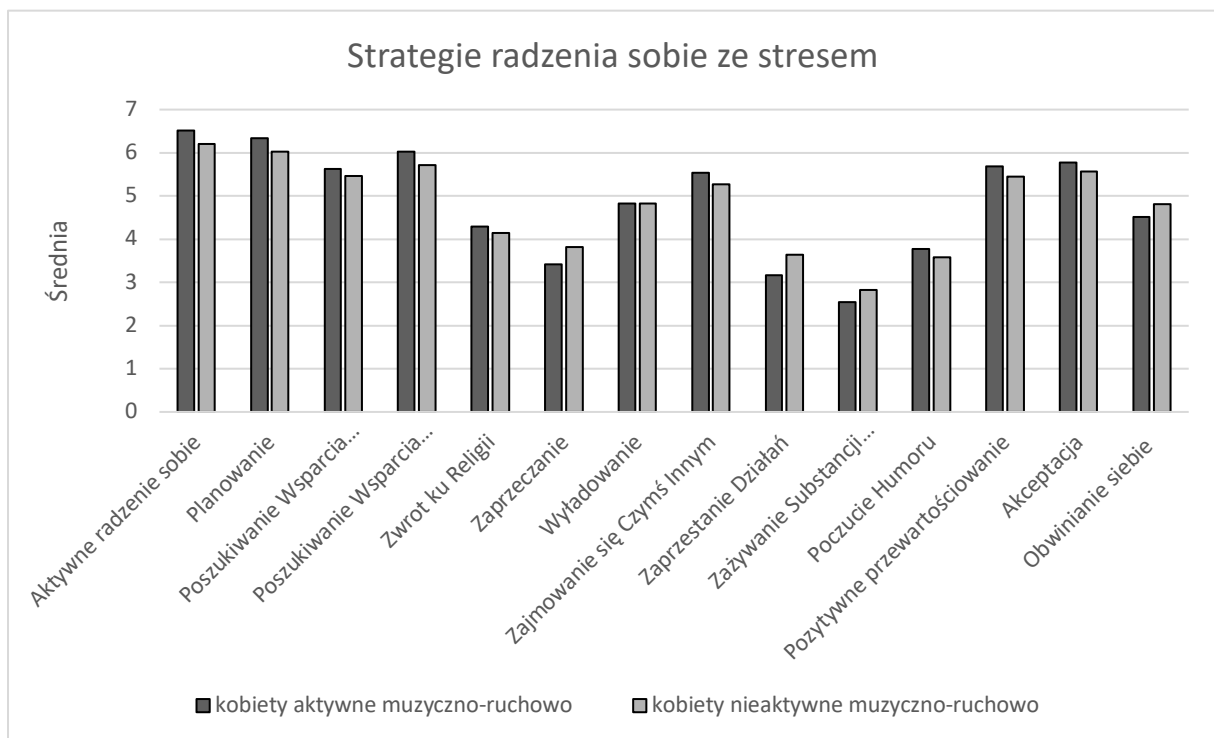
Tabela 3

Porównanie kobiet aktywnych i nieaktywnych muzyczno-ruchowo pod względem strategii radzenia sobie ze stresem

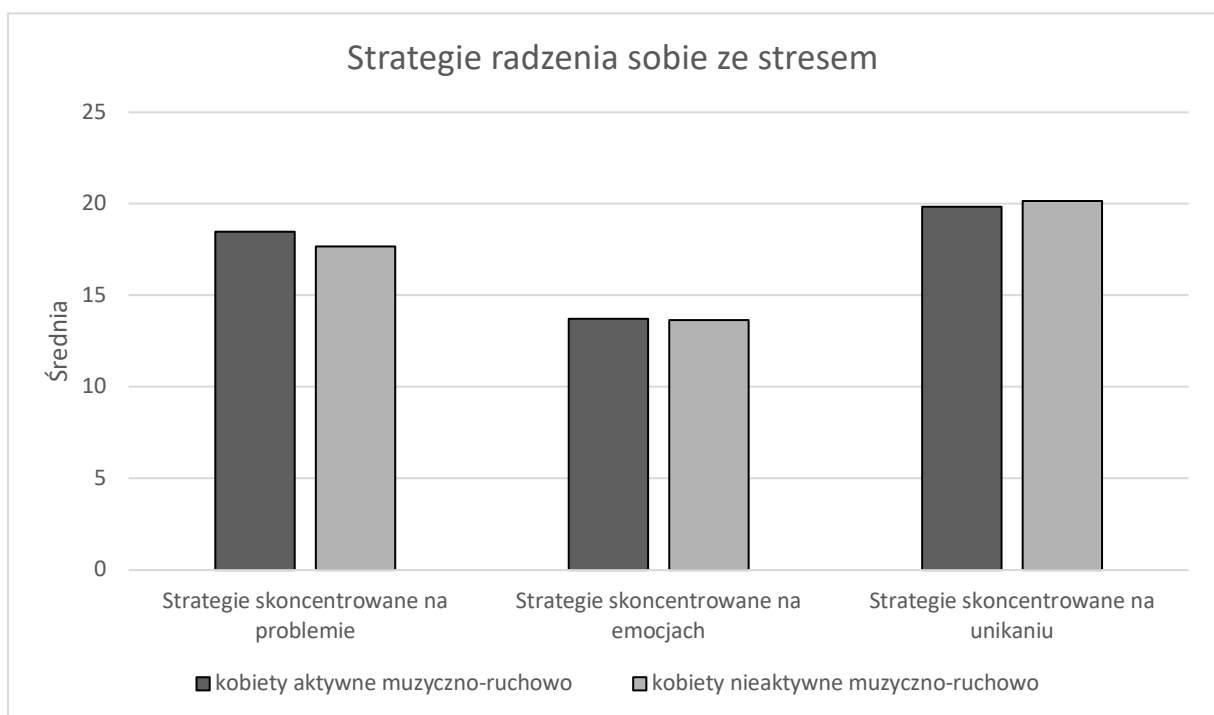
	tak (n = 140)		nie (n = 129)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Aktywne radzenie sobie	6,51	1,21	6,21	1,17	2,10	0,036	0,02	0,59	0,25
Planowanie	6,34	1,13	6,02	1,22	2,19	0,030	0,03	0,59	0,27
Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	5,63	1,38	5,46	1,44	1,00	0,320	-0,17	0,51	0,12
Strategie skoncentrowane na problemie	18,48	2,70	17,69	2,72	2,39	0,018	0,14	1,44	0,29
Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	6,02	1,28	5,71	1,59	1,74	0,083	-0,04	0,66	0,22
Zwrot ku Religii	4,29	1,93	4,14	1,93	0,65	0,515	-0,31	0,62	0,08
Zaprzeczanie	3,41	1,22	3,82	1,49	-2,49	0,014	-0,74	-0,09	0,30
Strategie skoncentrowane na emocjach	13,72	2,69	13,67	2,92	0,14	0,891	-0,63	0,72	0,02
Wyładowanie	4,83	1,32	4,83	1,19	-0,01	0,995	-0,30	0,30	0,00
Zajmowanie się Czymś Innym	5,53	1,45	5,27	1,35	1,50	0,134	-0,08	0,59	0,19
Zaprzestanie Działań	3,16	1,15	3,64	1,15	-3,42	0,001	-0,76	-0,20	0,42
Zażywanie Substancji Psychoaktywnych	2,55	1,04	2,82	1,30	-1,88	0,061	-0,56	0,01	0,23
Poczucie Humoru	3,78	1,28	3,58	1,22	1,29	0,197	-0,10	0,50	0,16
Strategie skoncentrowane na unikaniu	19,85	3,60	20,15	3,43	-0,69	0,490	-1,14	0,55	0,09
Pozytywne przewartościowanie	5,69	1,30	5,45	1,25	1,56	0,119	-0,06	0,55	0,19
Akceptacja	5,78	1,29	5,57	1,12	1,44	0,151	-0,08	0,50	0,18
Obwinianie siebie	4,52	1,33	4,81	1,40	-1,76	0,080	-0,62	0,04	0,21

Adnotacja. M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – wartość testu t; p – poziom istotności; LL i UL – dolna i górna granica przedziału ufności, d Cohena – wielkość efektu

Przeprowadzona analiza wykazała istotne różnice między grupami dla aktywnego radzenia sobie, planowania, zaprzeczania, zaprzestania działań oraz ogólnie strategii skoncentrowanych na problemie. Szczegółowa analiza wyników wykazała, że kobiety przejawiające systematyczną aktywność muzyczno-ruchową uzyskują istotnie wyższy wynik w zakresie aktywnego radzenia sobie ze stresem, planowania, ogólnych strategii skoncentrowanych na problemie, a także istotnie niższy poziom stosowania strategii zaprzeczania oraz zaprzestania działań niż kobiety nie podejmujące tego rodzaju aktywności. Dla pozostałych strategii radzenia sobie ze stresem różnice między grupami są statystycznie nieistotne.



Ryc. 1. Średnie dla strategii radzenia sobie w zależności od aktywności muzyczno-ruchowej kobiet.



Ryc. 2. Średnie dla strategii radzenia sobie – czynniki główne w zależności od aktywności muzyczno-ruchowej kobiet.

5.3. Aktywność a jakość życia i satysfakcja z życia

Analogiczne analizy przeprowadzono dla określenia różnic dla jakości życia i satysfakcji z życia ze względu na podejmowanie aktywności muzyczno-ruchowej. Wyniki analizy zamieszczono w tabeli 4.

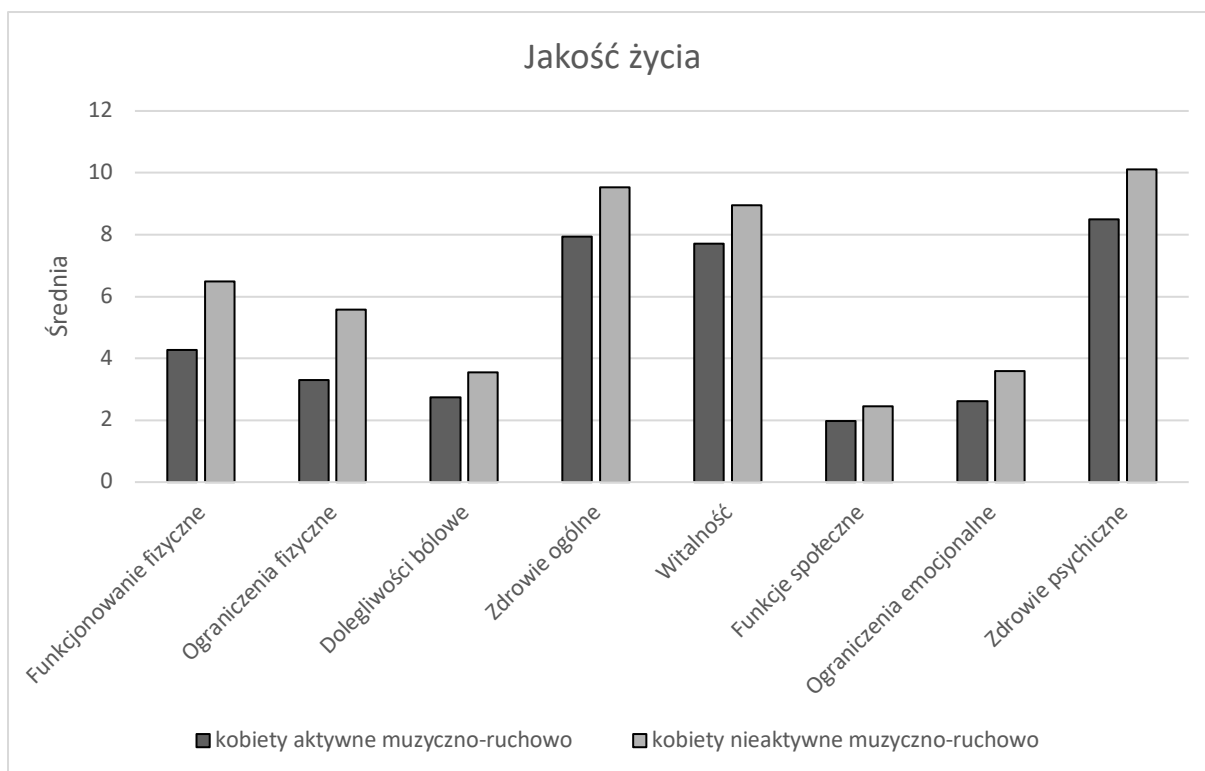
Tabela 4

Porównanie kobiet aktywnych i nieaktywnych muzyczno-ruchowo pod względem jakości życia i satysfakcji z życia

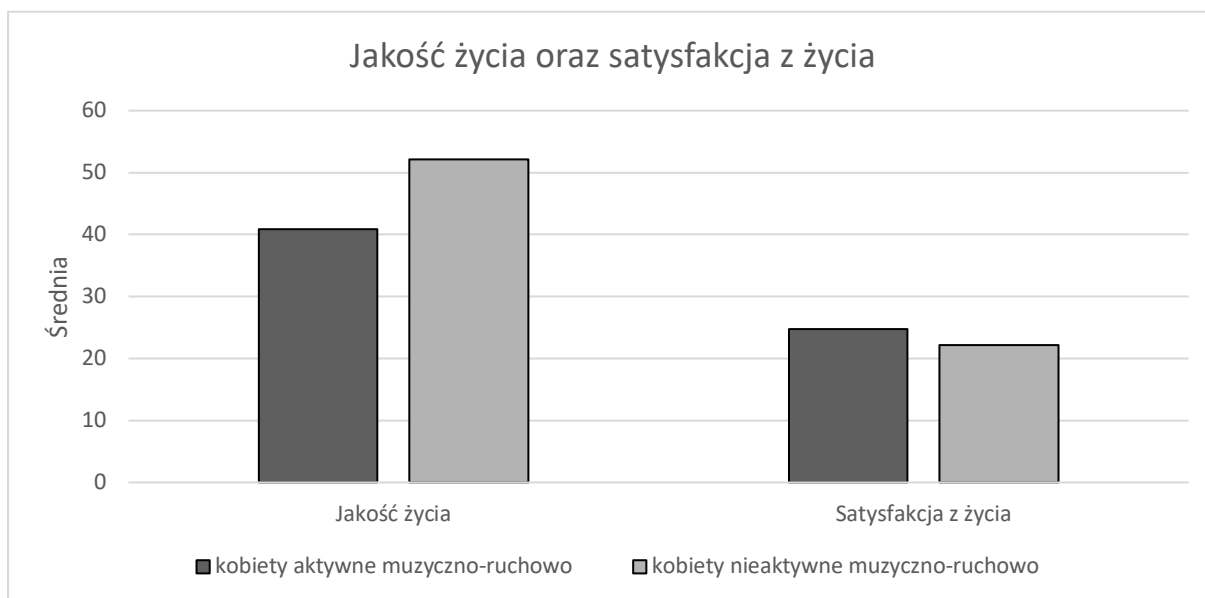
	tak (n = 140)		nie (n = 129)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Jakość życia	40,89	19,19	52,15	21,52	-4,54	<0,001	-16,15	-6,37	0,55
Funkcjonowanie fizyczne	4,27	6,74	6,49	7,60	-2,52	0,012	-3,95	-0,49	0,31
Ograniczenia fizyczne	3,29	5,84	5,58	6,84	-2,95	0,003	-3,83	-0,76	0,36
Dolegliwości bólowe	2,75	2,05	3,54	2,05	-3,17	0,002	-1,28	-0,30	0,39
Zdrowie ogólne	7,94	3,66	9,53	3,18	-3,83	<0,001	-2,42	-0,78	0,47
Witalność	7,71	3,29	8,95	3,30	-3,08	0,002	-2,03	-0,45	0,38
Funkcje społeczne	1,98	1,71	2,45	1,68	-2,28	0,024	-0,88	-0,06	0,28
Ograniczenia emocjonalne	2,62	4,62	3,60	5,38	-1,60	0,110	-2,19	0,23	0,20
Zdrowie psychiczne	8,50	3,55	10,11	4,24	-3,38	0,001	-2,54	-0,67	0,41
Satysfakcja z życia	24,70	5,81	22,16	5,14	3,78	<0,001	1,22	3,86	0,46

Adnotacja. M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t – wartość testu t; p – poziom istotności; LL i UL – dolna i górna granica przedziału ufności, d Cohena – wielkość efektu

Jak wynika z tabeli 4, istotne różnice między porównywanymi grupami występują dla prawie wszystkich wymiarów jakości życia (poza ograniczeniami emocjonalnymi) oraz dla satysfakcji z życia. Kobiety będące aktywne muzyczno-ruchowo przejawiają istotnie niższy wynik dla jakości życia, funkcjonowania fizycznego, dolegliwości bólowych, zdrowia ogólnego, witalności, funkcjonowania społecznego, zdrowia psychicznego, co oznacza, że osoby, które są aktywne muzycznie-ruchowo przejawiają istotnie wyższą jakość życia w tych obszarach niż osoby nieaktywne. Dodatkowo kobiety aktywne uzyskują istotnie wyższy poziom satysfakcji z życia niż osoby, które nie są aktywne muzyczno-ruchowo.



Ryc. 3. Średnie dla wymiarów jakości życia w zależności od aktywności muzyczno-ruchowej kobiet.



Ryc. 4. Średnie dla jakości życia oraz satysfakcji z życia w zależności od aktywności muzyczno-ruchowej kobiet.

5.4. Aktywność a poziom stresu w pracy

Również za pomocą analizy testem *t* studenta dla prób niezależnych porównano obie grupy kobiet ze względu na odczuwany poziom stresu w pracy. Wyniki zamieszczono w tabeli 5.

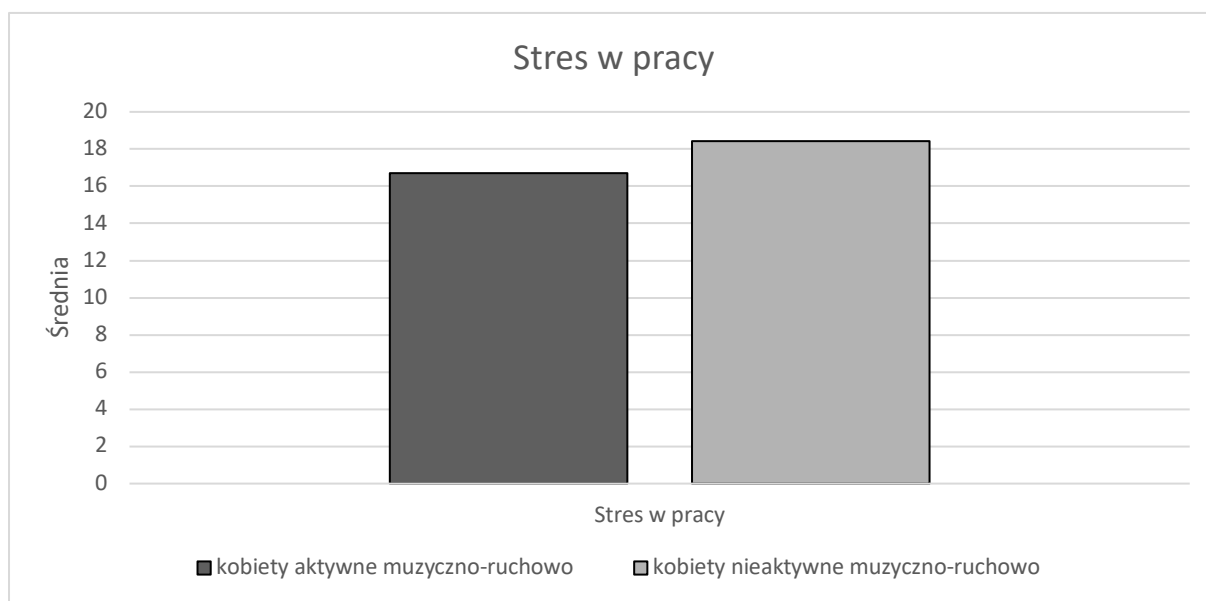
Tabela 5

Porównanie kobiet aktywnych i nieaktywnych muzyczno-ruchowo pod względem poziomu stresu w pracy

	tak (n = 140)		nie (n = 129)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Stres w pracy	16,71	5,09	18,43	5,63	-2,57	0,011	-3,04	-0,40	0,32

Adnotacja. *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *t* – wartość testu *t*; *p* – poziom istotności; *LL* i *UL* – dolna i górna granica przedziału ufności, *d* Cohena – wielkość efektu

Przeprowadzona analiza wykazała, że kobiety aktywne muzyczno-ruchowo odczuwają istotnie niższy poziom stresu w pracy w porównaniu do kobiet, które nie są aktywne.



Ryc. 5. Średnie dla poziomu stresu w pracy w zależności od aktywności muzyczno-ruchowej kobiet.

5.5. Wiek a strategie radzenia sobie ze stresem

W kolejnym kroku przeprowadzono analizy sprawdzające czy badane kobiety różnią się pod względem stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem ze względu na wiek. W tym celu przeprowadzono analizy testem H Kruskala Wallisa ze względu na znaczne dysproporcje w liczebności porównywanych grup. Wyniki przeprowadzonej analizy zaprezentowano w tabeli 6.

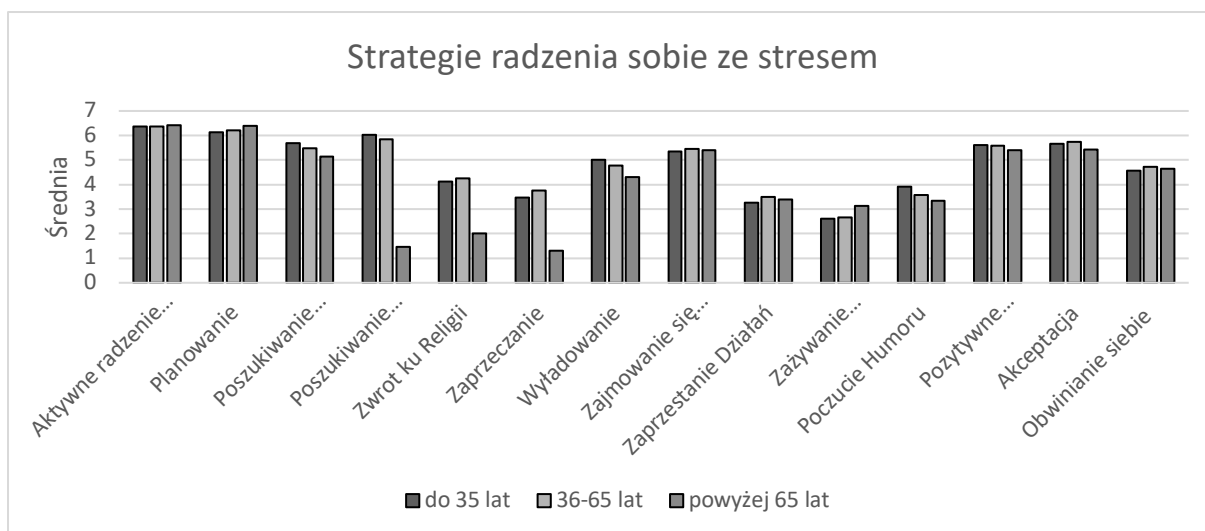
Tabela 6

Porównanie strategii radzenia sobie ze względu na wiek badanych kobiet

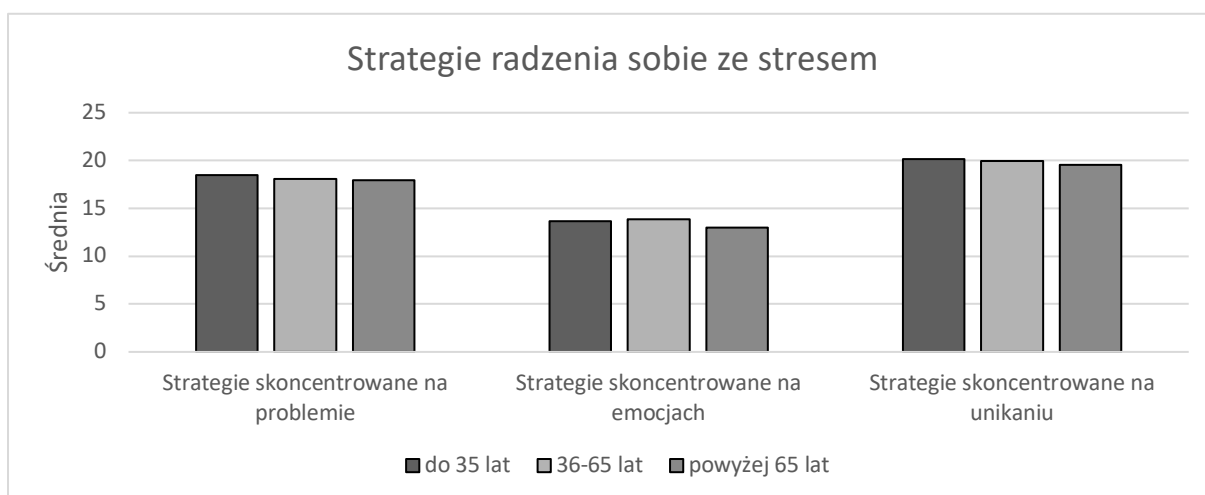
	do 35 lat (n = 108)			36-65 lat (n = 138)			powyżej 65 lat (n = 23)			H	p	η^2
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD			
Aktywne radzenie sobie	6,36	6,00	1,22	6,36	6,00	1,20	6,43	6,00	1,16	0,05	0,974	<0,01
Planowanie	6,13	6,00	1,16	6,20	6,00	1,19	6,39	6,00	1,23	0,93	0,627	<0,01
Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	5,70	6,00	1,36	5,49	6,00	1,48	5,13	5,00	1,10	3,99	0,136	0,01
Strategie skoncentrowane na problemie	18,19	18,00	2,74	18,05	18,00	2,73	17,96	18,00	2,80	0,16	0,923	<0,01
Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	6,04	6,00	1,43	5,84	6,00	1,45	5,30	6,00	1,40	4,60	0,100	0,02
Zwrot ku Religii	4,13	4,00	1,87	4,25	4,00	2,01	4,43	5,00	1,73	0,75	0,687	<0,01
Zaprzeczanie	3,48	3,00	1,44	3,76	4,00	1,30	3,26	3,00	1,36	5,41	0,067	0,02
Strategie skoncentrowane na emocjach	13,65	14,00	2,67	13,86	14,00	2,87	13,00	14,00	2,95	0,93	0,629	<0,01
Wyładowanie	5,01	5,00	1,21	4,78	5,00	1,28	4,30	4,00	1,19	5,35	0,069	0,02
Zajmowanie się Czymś Innym	5,35	5,00	1,48	5,45	5,50	1,36	5,39	6,00	1,34	0,06	0,971	<0,01
Zaprzestanie Działań	3,27	3,00	1,16	3,49	4,00	1,17	3,39	4,00	1,23	2,42	0,298	0,01
Zażywanie Substancji Psychoaktywnych	2,61	2,00	1,12	2,66	2,00	1,18	3,13	2,00	1,42	3,51	0,173	0,01
Poczucie Humoru	3,91	4,00	1,34	3,57	3,00	1,15	3,35	3,00	1,27	6,14	0,047	0,02
Strategie skoncentrowane na unikaniu	20,15	20,00	3,81	19,94	20,00	3,40	19,57	18,00	2,84	0,40	0,818	<0,01
Pozytywne przewartościowanie	5,60	6,00	1,33	5,59	6,00	1,25	5,39	5,00	1,20	1,21	0,545	<0,01
Akceptacja	5,65	6,00	1,15	5,74	6,00	1,23	5,43	6,00	1,41	1,27	0,531	<0,01
Obwinianie siebie	4,58	4,00	1,39	4,72	4,00	1,36	4,65	4,00	1,33	0,73	0,693	<0,01

Adnotacja. M – średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe; H – wartość testu Kruskala Wallisa; p – poziom istotności; η^2 – wielkość efektu

Przeprowadzona analiza wykazała istotne różnice jedynie dla poczucia humoru jako strategii radzenia sobie ze stresem. W celu ustalenia charakteru występujących różnic, przeprowadzono dodatkową analizę post hoc testem Dunna z korektą poziomu istotności Bonferroniego. Szczegółowa analiza wykazała, że po uwzględnieniu korekty poziomu istotności różnice między grupami okazały się statystycznie nieistotne ($p > 0,05$).



Ryc. 6. Średnie dla strategii radzenia sobie ze stresem w zależności od wieku badanych kobiet.



Ryc. 7. Średnie dla strategii radzenia sobie ze stresem – czynniki główne w zależności od wieku badanych kobiet

5.6. Wiek a jakość życia i satysfakcja z życia

Analogiczne analizy przeprowadzono sprawdzając różnice między grupami wiekowymi pod względem jakości życia i satysfakcji z życia. Wyniki przeprowadzonej analizy zamieszczono w tabeli 7.

Tabela 7

Porównanie jakości życia i satysfakcji z życia ze względu na wiek badanych kobiet

	do 35 lat (n = 108)			36-65 lat (n = 138)			powyżej 65 lat (n = 23)			H	p	η^2
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD			
Jakość życia	41,74	38,00	18,11	48,11	45,50	21,72	56,70	52,00	25,32	9,82	0,007	0,04
Funkcjonowanie fizyczne	2,98	0,00	5,69	6,15	3,00	7,14	11,48	9,00	9,61	35,27	<0,001	0,13
Ograniczenia fizyczne	3,38	0,00	5,29	4,93	0,00	6,81	5,87	0,00	8,35	2,19	0,335	0,01
Dolegliwości bólowe	2,94	3,00	1,91	3,23	3,00	2,23	3,43	3,00	1,95	1,30	0,523	0,00
Zdrowie ogólne	8,25	8,00	3,69	8,81	9,00	3,44	10,17	10,00	2,84	6,54	0,038	0,02
Witalność	8,31	9,00	3,25	8,36	8,00	3,46	7,96	8,00	3,27	0,45	0,801	0,00
Funkcje społeczne	2,32	2,00	1,78	2,09	2,00	1,65	2,35	3,00	1,75	1,36	0,507	0,01
Ograniczenia emocjonalne	2,78	0,00	4,60	3,19	0,00	5,16	4,00	0,00	5,98	0,92	0,631	0,00
Zdrowie psychiczne	9,06	9,00	4,02	9,41	9,00	3,98	9,43	9,00	3,75	1,17	0,558	0,00
Satysfakcja z życia	23,30	23,00	5,63	23,55	24,00	5,64	23,96	24,00	5,85	0,39	0,822	0,00

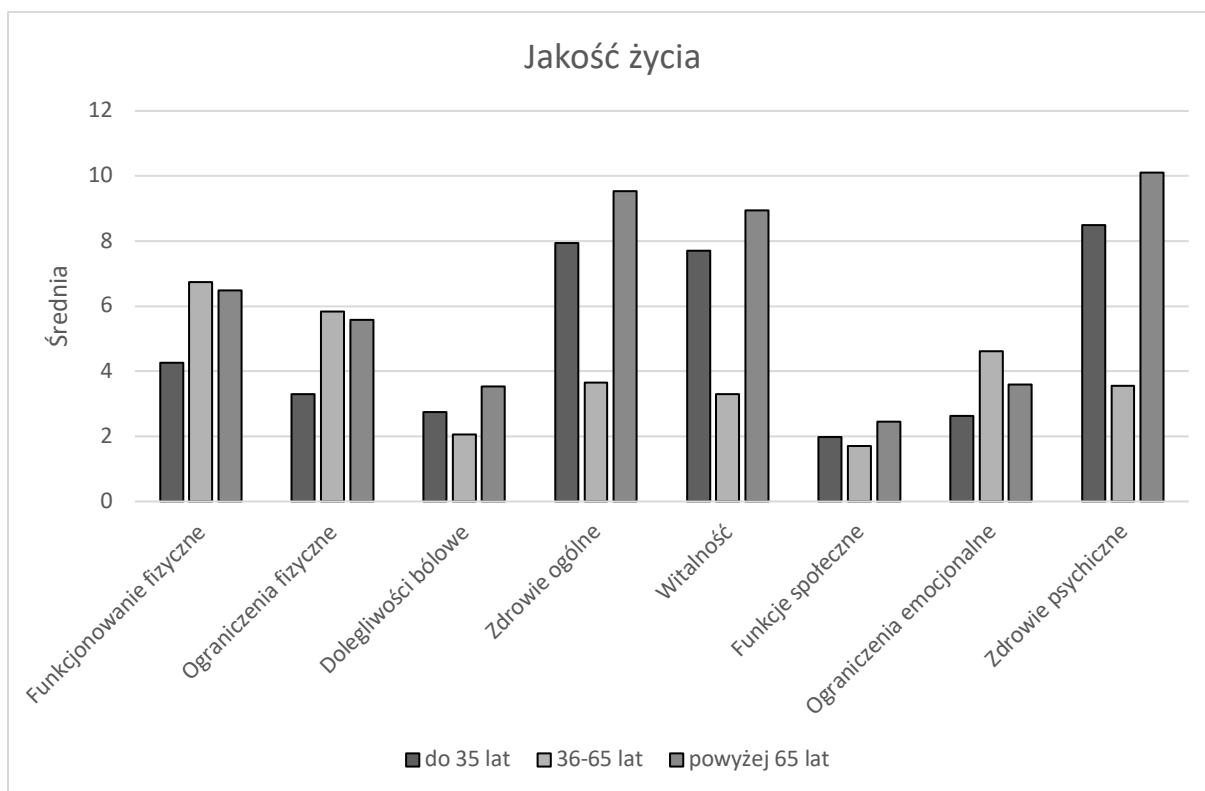
Adnotacja. M – średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe; H – wartość testu Kruskala Wallisa; p – poziom istotności; η^2 – wielkość efektu

Jak wynika z tabeli 7, istotne różnice między grupami wiekowymi występują dla wyniku ogólnego jakości życia oraz dla funkcjonowania fizycznego i zdrowia ogólnego. Chcąc ustalić w jaki sposób porównywane grupy różnią się między sobą, przeprowadzono dodatkowo analizy post hoc.

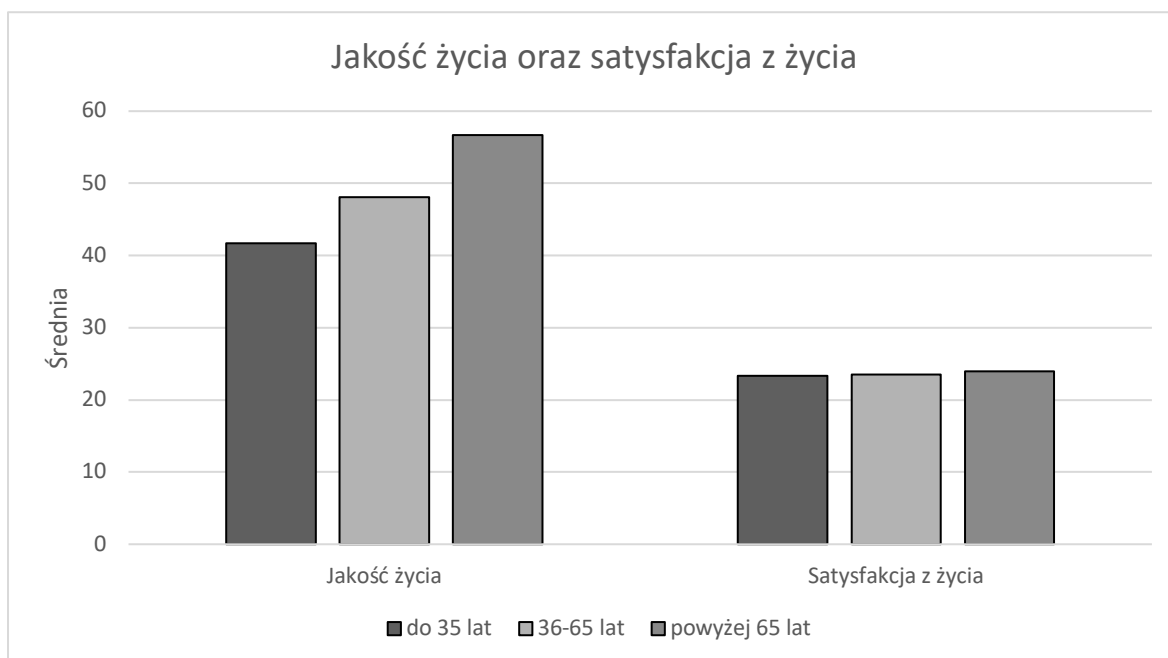
Przeprowadzona analiza wykazała, że osoby do 35 roku życia przejawiają istotnie wyższy poziom jakości życia niż osoby powyżej 65 roku życia ($p = 0,022$). Między kobietami do 35 roku życia i w wieku 36-65 lat różnice są istotne jedynie na poziomie tendencji statystycznej ($p = 0,051$), a między osobami w wieku 36-65 i powyżej 65 lat są nieistotne ($p = 0,510$).

Dla funkcjonowania fizycznego różnice są istotne między wszystkimi grupami ($p \leq 0,026$). Najgorszy poziom funkcjonowania fizycznego przejawiają osoby najstarsze, natomiast najlepszy poziom funkcjonowania – osoby najmłodsze.

Osoby najmłodsze przejawiają istotnie wyższą jakość zdrowia ogólnego niż osoby powyżej 65 roku życia ($p = 0,039$). Różnice między kobietami w wieku do 35 lat i 36-65 lat ($p = 0,541$) oraz między kobietami 36-65 lat i powyżej 65 lat ($p = 0,229$) okazały się statystycznie nieistotne.



Ryc. 8. Średnie dla wymiarów jakości życia w zależności od wieku badanych kobiet.



Ryc. 9. Średnie dla jakości życia oraz satysfakcji z życia w zależności od wieku badanych kobiet.

5.7. Wiek a poziom stresu w pracy

Również za pomocą testu H Kruskala Wallisa porównano poziom stresu odczuwany w pracy w zależności od wieku badanych kobiet. Wyniki przeprowadzonej analizy zamieszczono w tabeli 8.

Tabela 8

Porównanie poziomu stresu w pracy i w domu ze względu na wiek badanych kobiet

	do 35 roku życia (n = 108)			36-65 lat (n = 138)			powyżej 65 lat (n = 23)			H	p	η^2
	M	Me	SD	M	Me	SD	M	Me	SD			
Stres w pracy	17,11	16,50	5,84	17,92	17,00	5,07	17,50	15,50	5,44	2,04	0,361	0,01

Adnotacja. M – średnia; Me – mediana; SD – odchylenie standardowe; H – wartość testu Kruskala Wallisa; p – poziom istotności; η^2 – wielkość efektu

Przeprowadzona analiza wykazała brak istotnych różnic między grupami wiekowymi dla odczuwanego poziomu stresu.



Ryc. 10. Średnie dla poziomu stresu w pracy w zależności od wieku badanych kobiet.

5.8. Analiza mediacji

W kolejnej części przeprowadzono szereg analiz sprawdzających czy aktywność muzyczno-ruchowa oraz wiek badanych kobiet są istotnymi mediatorami między poziomem stresu (w pracy i w domu), strategiami radzenia sobie ze stresem a jakością życia i satysfakcją z życia.

Każda analiza mediacji wymaga przeprowadzenia 4 kolejnych kroków:

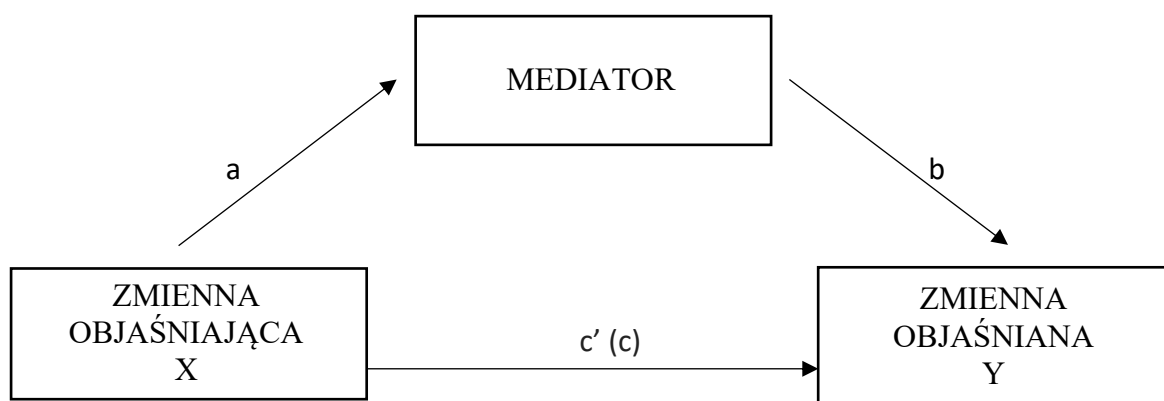
- 1) Sprawdzany jest wpływ zmiennej objaśniającej na potencjalny mediator – jeśli wpływ jest nieistotny brak jest podstaw do budowy modelu mediacji (ścieżka a)
- 2) Sprawdzamy czy zmienna objaśniająca wpływa na zmienną objaśnianą – jeśli wpływ jest nieistotny brak jest podstaw do budowy modelu mediacji (ścieżka c)
- 3) Sprawdzany jest wpływ zmiennej objaśniającej oraz potencjalnego mediatora na zmienną objaśnianą (ścieżka c')
- 4) Sprawdzenie istotności modelu mediacji za pomocą testu Sobela

Dwa pierwsze kroki są krokami weryfikującymi słuszność przeprowadzania modelu mediacji. Od tych kroków rozpoczęto wstępne analizy, na podstawie których w kolejnej części utworzone zostały modele mediacyjne.

Zmiennymi objaśniającymi w modelach były: stres w pracy, strategie skoncentrowane na problemie, na emocjach i na unikaniu.

Zmiennymi objaśnianymi: jakość życia (wynik ogólny), funkcjonowanie fizycznej, ograniczenia fizyczne, dolegliwości bólowe, zdrowie ogólne, witalność, funkcje społeczne, ograniczenia emocjonalne, zdrowie psychiczne oraz satysfakcja z życia.

Jako potencjalne mediatory w analizach uwzględniono: aktywność muzyczno-ruchową oraz wiek badanych. Na rycinie X zamieszczono schemat modelu mediacyjnego.



Ryc.11. Schemat mediacji prostej

Modele mediacyjne dla aktywności jako mediatora relacji między stresem w pracy, w domu, strategiami radzenia sobie a jakością życia i satysfakcją z życia

W pierwszej kolejności zweryfikowano wpływ zmiennej objaśniającej na potencjalny mediator (ścieżka a). W tym celu przeprowadzono szereg analiz regresji logistycznej, aby sprawdzić, która ze zmiennych wpływa na aktywność muzyczno-ruchową. Wyniki przeprowadzonej analizy zamieszczono w tabeli 9.

Tabela 9

Współczynniki regresji logistycznej dla predykcji aktywności

	B	SE	Z	p	OR	LL	UL
Stres w pracy	0,06	0,02	6,30	0,012	1,06	1,01	1,11
Strategie skoncentrowane na problemie	-0,11	0,05	5,50	0,019	0,90	0,82	0,98
Strategie skoncentrowane na emocjach	-0,01	0,04	0,02	0,890	0,99	0,91	1,08
Strategie skoncentrowane na unikaniu	0,02	0,04	0,48	0,488	1,02	0,96	1,10

Adnotacja. B – niestandardyzowany współczynnik regresji; SE – błąd standardowy; Z – wynik testu Walda; p – poziom istotności; OR – iloraz szans; LL i UL – dolna i górna granica przedziału ufności

Przeprowadzona analiza wykazała, że istotnymi predyktorami aktywnością są dwie zmienne poziom stresu w pracy, a także strategie skoncentrowane na problemie. Wraz ze wzrostem poziomu stresu w pracy i w domu, prawdopodobieństwo występowania aktywności muzyczno-ruchowej jest większe o ok 6-7%. Przy stosowaniu strategii skoncentrowanej na problemie prawdopodobieństwo aktywności muzyczno-ruchowej maleje o 10%.

W kolejnym kroku przeprowadzono analizy sprawdzające wpływ zmiennej objaśniającej na zmienną objaśnianą. W tym celu przeprowadzono szereg analiz regresji liniowej. Wyniki analiz zamieszczono w tabeli 10.

Tabela 10

Współczynniki regresji liniowej dla wpływu stresu w pracy, w domu oraz stosowanych strategii na wymiary jakości życia i satysfakcji życia

	B	SE	Beta	t	p	LL	UL	R ²
Jakość życia								
Stres w pracy	1,71	0,21	0,45	7,99	<0,001	1,29	2,13	0,20
Strategie skoncentrowane na problemie	-1,57	0,46	-0,20	-3,40	0,001	-2,48	-0,66	0,04
Strategie skoncentrowane na emocjach	0,19	0,46	0,03	0,40	0,688	-0,72	1,09	0,00

Strategie skoncentrowane na unikaniu	1,17	0,36	0,20	3,27	0,001	0,47	1,88	0,04
Funkcjonowanie fizyczne								
Stres w pracy	0,26	0,08	0,20	3,24	0,001	0,10	0,42	0,04
Strategie skoncentrowane na problemie	-0,41	0,16	-0,16	-2,56	0,011	-0,73	-0,10	0,02
Strategie skoncentrowane na emocjach	0,10	0,16	0,04	0,60	0,550	-0,22	0,41	0,00
Strategie skoncentrowane na unikaniu	0,29	0,13	0,14	2,33	0,021	0,05	0,54	0,02
Ograniczenia fizyczne								
Stres w pracy	0,23	0,07	0,20	3,22	0,001	0,09	0,37	0,04
Strategie skoncentrowane na problemie	-0,12	0,14	-0,05	-0,83	0,408	-0,40	0,16	0,00
Strategie skoncentrowane na emocjach	0,06	0,14	0,03	0,44	0,659	-0,21	0,34	0,00
Strategie skoncentrowane na unikaniu	0,19	0,11	0,11	1,75	0,082	-0,03	0,41	0,01
Dolegliwości bólowe								
Stres w pracy	0,09	0,02	0,25	4,06	<0,001	0,05	0,14	0,06
Strategie skoncentrowane na problemie	-0,04	0,05	-0,05	-0,756	0,450	-0,13	0,06	0,00
Strategie skoncentrowane na emocjach	0,02	0,05	0,02	0,37	0,711	-0,07	0,11	0,00
Strategie skoncentrowane na unikaniu	0,08	0,04	0,14	2,36	0,019	0,01	0,16	0,02
Zdrowie ogólne								
Stres w pracy	0,17	0,04	0,26	4,31	<0,001	0,09	0,25	0,07
Strategie skoncentrowane na problemie	-0,20	0,08	-0,15	-2,51	0,013	-0,35	-0,04	0,02
Strategie skoncentrowane na emocjach	-0,13	0,08	-0,11	-1,73	0,084	-0,28	0,02	0,01
Strategie skoncentrowane na unikaniu	0,05	0,06	0,05	0,74	0,463	-0,08	0,17	0,00
Witalność								
Stres w pracy	0,18	0,04	0,30	4,93	<0,001	0,11	0,25	0,09
Strategie skoncentrowane na problemie	-0,23	0,07	-0,19	-3,15	0,002	-0,38	-0,09	0,04
Strategie skoncentrowane na emocjach	0,06	0,07	0,05	0,76	0,446	-0,09	0,20	0,00
Strategie skoncentrowane na unikaniu	0,11	0,06	0,11	1,85	0,065	-0,01	0,22	0,01
Funkcje społeczne								
Stres w pracy	0,11	0,02	0,36	6,16	<0,001	0,08	0,15	0,13
Strategie skoncentrowane na problemie	-0,09	0,04	-0,14	-2,29	0,023	-0,16	-0,01	0,02
Strategie skoncentrowane na emocjach	0,01	0,04	0,01	0,20	0,843	-0,07	0,08	<0,001
Strategie skoncentrowane na unikaniu	0,07	0,03	0,15	2,48	0,014	0,02	0,13	0,02
Ograniczenia emocjonalne								
Stres w pracy	0,34	0,05	0,38	6,45	<0,001	0,24	0,44	0,14
Strategie skoncentrowane na problemie	-0,26	0,11	-0,14	-2,36	0,019	-0,48	-0,04	0,02
Strategie skoncentrowane na emocjach	0,06	0,11	0,03	0,55	0,583	-0,16	0,28	0,00
Strategie skoncentrowane na unikaniu	0,20	0,09	0,14	2,37	0,019	0,03	0,37	0,02
Zdrowie psychiczne								
Stres w pracy	0,30	0,04	0,41	7,21	<0,001	0,22	0,39	0,17
Strategie skoncentrowane na problemie	-0,22	0,09	-0,15	-2,46	0,015	-0,39	-0,04	0,02
Strategie skoncentrowane na emocjach	0,04	0,09	0,03	0,47	0,642	-0,13	0,21	0,00
Strategie skoncentrowane na unikaniu	0,17	0,07	0,15	2,48	0,014	0,04	0,30	0,02
Satysfakcja z życia								
Stres w pracy	-0,35	0,06	-0,34	-5,67	<0,001	-0,47	-0,23	0,11
Strategie skoncentrowane na problemie	0,49	0,12	0,24	4,03	<0,001	0,25	0,74	0,06
Strategie skoncentrowane na emocjach	0,05	0,12	0,03	0,42	0,676	-0,19	0,29	0,00
Strategie skoncentrowane na unikaniu	-0,14	0,10	-0,09	-1,41	0,160	-0,33	0,06	0,01

Adnotacja. B – niestandardyzowany współczynnik regresji; SE – błąd standardowy; Beta – standaryzowany współczynnik regresji; t – wynik testu t; p – poziom istotności; LL i UL – dolna i górna granica przedziału ufności; R² – współczynnik determinacji

Przeprowadzone analizy wykazały, że stres w pracy oraz strategie skoncentrowane na problemie okazały się istotnie wpływać na wszystkie wymiary jakości życia i satysfakcję z życia – jedynie dla dolegliwości bólowych oraz ograniczeń fizycznych nie odnotowano istotnego wpływu strategii skoncentrowanych na problemie.

Stres w pracy wpływa dodatnio na jakość życia i ujemnie na satysfakcję z życia, co oznacza, że im wyższy jest stres w pracy, tym jakość życia i satysfakcja z życia jest mniejsza. Stosowanie strategii skoncentrowanych na problemie wpływa ujemnie na wyniki jakości życia i dodatnio na satysfakcję z życia, co wskazuje na to, że wyższy poziom stosowania strategii skoncentrowanych na problemie poprawia jakość życia oraz poziom satysfakcji z życia.

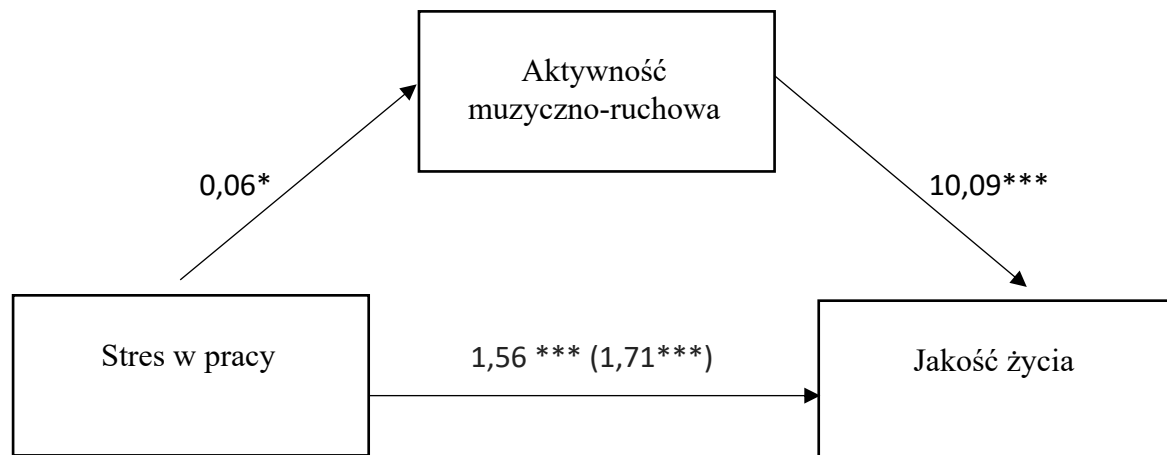
Dodatkowo, dla 6 wymiarów jakości życia: jakości życia, funkcjonowania fizycznego, dolegliwości bólowych, funkcji społecznych, ograniczeń emocjonalnych oraz zdrowia psychicznego odnotowano istotny wpływ strategii skoncentrowanych na unikaniu. Wpływ tej strategii na wyróżnione wymiary jakości jest dodatni, co oznacza, że im wyższy jest poziom stosowania tej strategii, tym poziom jakości życia w tych obszarach jest niższy – badaniu uzyskują wyższe wyniki dla tych podskal.

Strategie skoncentrowane na emocjach w żadnym przypadku nie stanowiły istotnego predyktora jakości życia i satysfakcji z życia.

Podsumowując przeprowadzone dotychczas analizy, wpływ strategii skoncentrowanych na emocjach i na unikaniu na aktywność muzyczno-ruchową okazał się statystycznie nieistotny (brak istotnego wpływu zmiennej objaśniającej na mediator). Odnotowano także brak wpływu strategii skoncentrowanych na emocjach na wymiary jakości życia i satysfakcję z życia, a także brak wpływu strategii skoncentrowanych na unikaniu na satysfakcję z życia oraz witalność, zdrowie ogólne i ograniczenia fizyczne. W związku z powyższym modele mediacji uwzględniające te strategie jako zmienne objaśniające zostały pominięte. Utworzono łącznie 18 modeli uwzględniających jako zmienne objaśniające: stres w pracy oraz strategie skoncentrowane na problemie dla wymiarów jakości życia oraz satysfakcji z życia.

W celu ustalenia istotności efektu mediacyjnego, przeprowadzono dodatkową analizę testem Z Sobela. W dalszej części omówione zostały jedynie te modele, dla których efekt

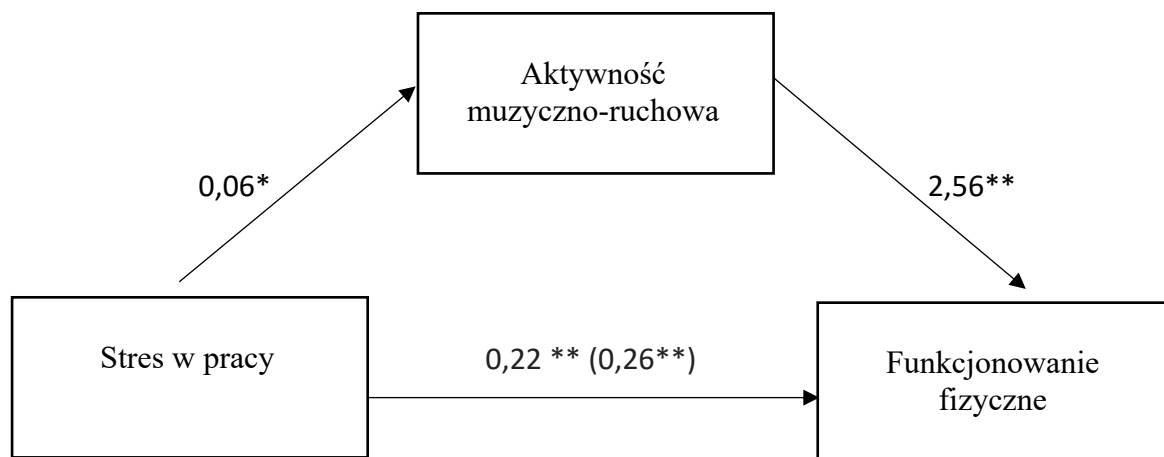
mediacyjny był istotny. Pozostałe modele wraz z dokładnymi statystykami zostały zamieszczone w aneksie 1 (dokładne wartości współczynników regresji) oraz aneksie 2 (graficzna prezentacja nieistotnych modeli mediacyjnych).



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ryc. 12. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a jakością życia – współczynniki niestandardyzowane

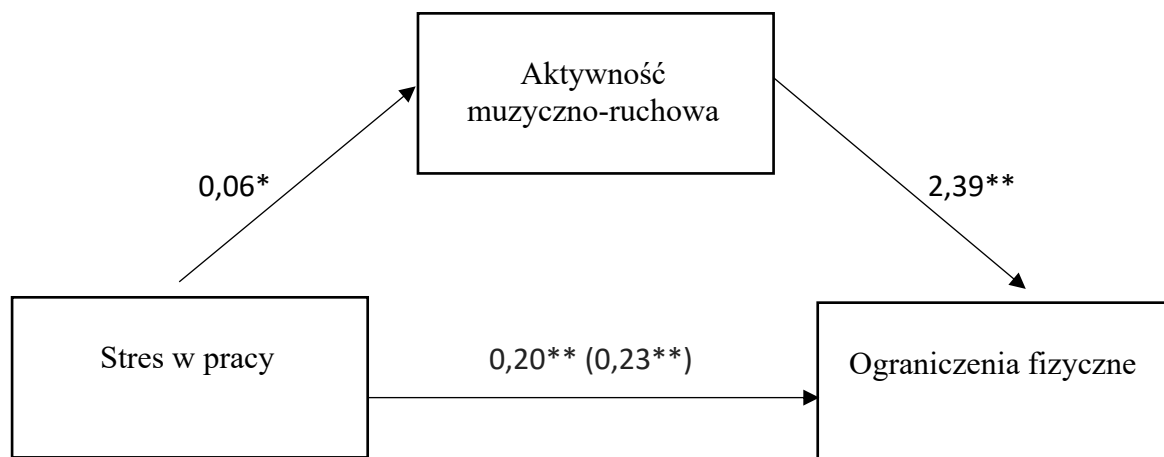
Pierwszy analizowany model uwzględniał medycijną rolę aktywności muzyczno-ruchowej na zależność między wpływem stresu w pracy a jakością życia (wynik ogólny). Bezpośredni wpływ stresu w pracy na jakość życia jest dodatni – wraz ze wzrostem poziomu stresu o jedną jednostkę, wynik dla jakości życia wzrasta o 1,71. Po dodaniu mediatora, jakim jest aktywność muzyczno-ruchowa, zależność między stresem w pracy a jakością życia maleje ($B = 1,56$; $p < 0,001$). Test Sobela wykazał, że mediacja jest statystycznie istotna ($Z = 2,49$; $p < 0,05$; efekt mediacyjny = 0,09). Kobiety aktywne muzycznie-ruchowo odczuwają mniejsze skutki stresu w pracy na ogólną jakość życia. Innymi słowy, aktywność fizyczna zmniejsza negatywne skutki stresu na jakość życia badanych kobiet. Niestandardyzowane współczynniki regresji dla analizowanego modelu zaprezentowano na rycinie 12.



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ryc. 13. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a funkcjonowaniem fizycznym – współczynniki niestandardyzowane

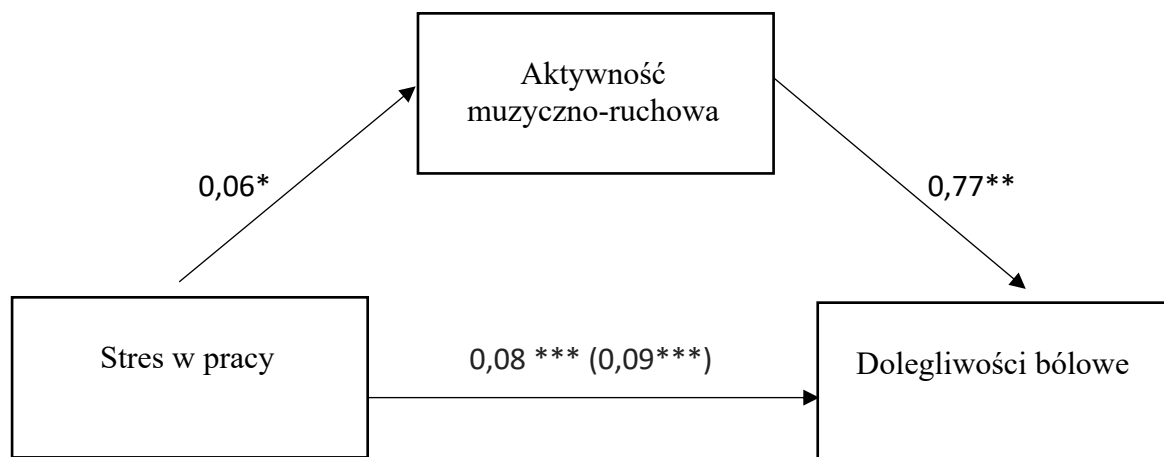
W kolejnym kroku omówiono mediacyjną rolę aktywności muzyczno-ruchowej na zależność między wpływem stresu w pracy a funkcjonowaniem fizycznym. Bezpośredni wpływ stresu w pracy na funkcjonowanie fizyczne jest dodatni – wraz ze wzrostem poziomu stresu o jedną jednostkę, wynik dla funkcjonowania fizycznego wzrasta o 0,26 jednostki, co de facto oznacza pogorszenie się funkcjonowania fizycznego. Po dodaniu mediatora, jakim jest aktywność muzyczno-ruchowa, zależność między stresem w pracy a funkcjonowaniem fizycznym maleje ($B = 0,22$; $p = 0,006$). Test Sobela wykazał, że mediacja jest statystycznie istotna ($Z = 2,11$; $p < 0,05$; efekt mediacyjny = 0,14). Wynik ten wskazuje, że aktywność muzyczno-ruchowa obniża negatywny wpływ stresu w pracy na funkcjonowanie fizyczne badanych kobiet (poprawia ich funkcjonowanie fizyczne). Niestandardyzowane współczynniki regresji dla analizowanego modelu zaprezentowano na rycinie 13.



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ryc. 14. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a ograniczeniami fizycznymi – współczynniki niestandardyzowane

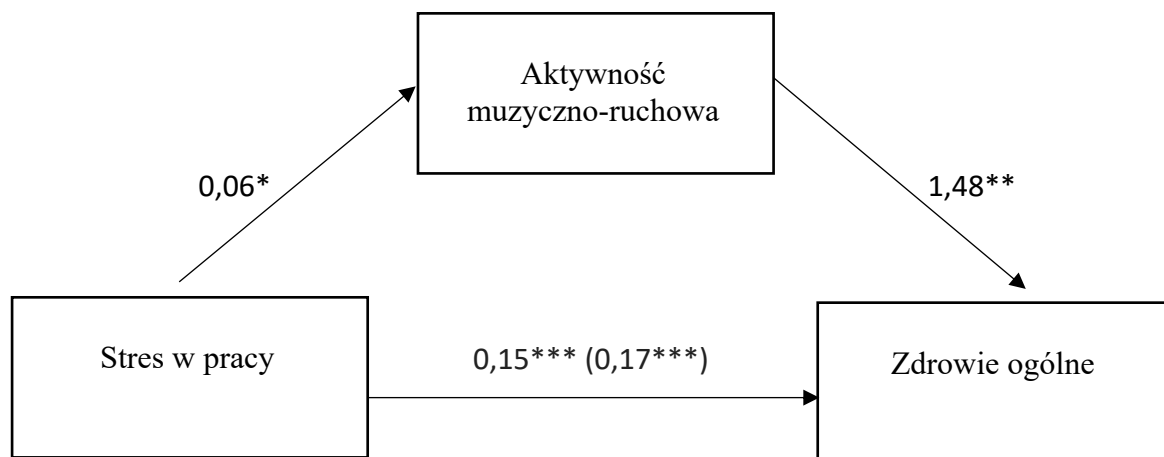
Następnie omówiono mediacyjną rolę aktywności muzyczno-ruchowej na zależność między wpływem stresu w pracy a ograniczeniami fizycznymi. Bezpośredni wpływ stresu w pracy na zmienną objaśnianą jest dodatni – wraz ze wzrostem poziomu stresu o jedną jednostkę, wynik dla ograniczenia fizycznego wzrasta o 0,23 jednostki. Po uwzględnieniu pośredniego wpływu aktywności muzyczno-ruchowej zależność między stresem w pracy a ograniczeniami fizycznymi maleje ($B = 0,20$; $p = 0,007$). Test Sobela wykazał, że mediacja jest statystycznie istotna ($Z = 2,16$; $p < 0,05$; efekt mediacyjny = 0,15). Wynik ten wskazuje, że aktywność muzyczno-ruchowa obniża negatywny wpływ stresu w pracy na ograniczenia fizyczne. Niestandardyzowane współczynniki regresji dla analizowanego modelu zaprezentowano na rycinie 14.



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ryc. 15. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a dolegliwościami bólowymi – współczynniki niestandardyzowane

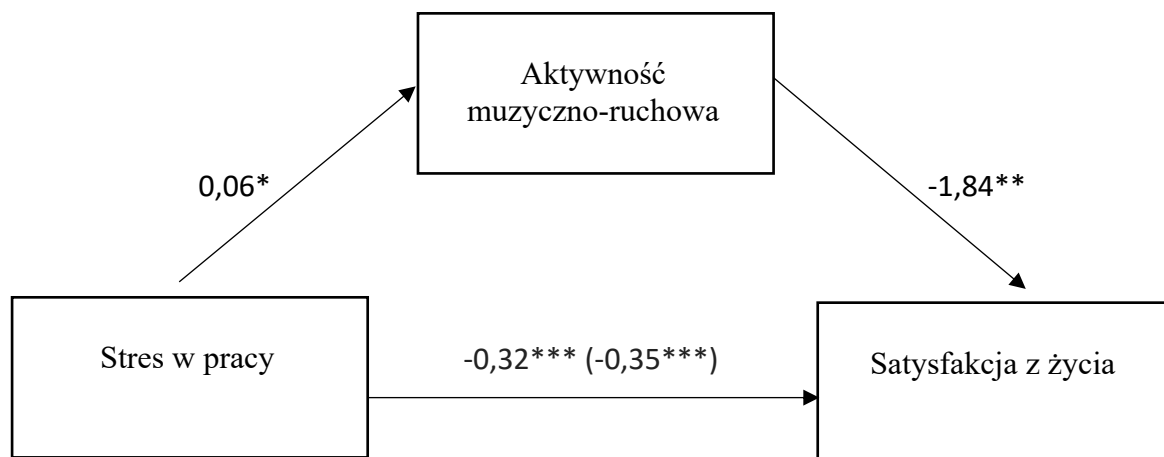
Kolejna analiza uwzględniała mediacyjną rolę aktywności muzyczno-ruchowej na zależność między odczuwanym stresem w pracy a dolegliwościami bólowymi. Bezpośredni wpływ stresu w pracy na dolegliwości bólowe jest dodatni – wraz ze wzrostem poziomu stresu o jedną jednostkę, wynik dla dolegliwości wzrasta o 0,09 jednostki. Po uwzględnieniu pośredniego wpływu aktywności muzyczno-ruchowej zależność między stresem w pracy a dolegliwościami zmniejsza się ($B = 0,08$; $p < 0,001$). Test Sobela wykazał, że mediacja jest statystycznie istotna ($Z = 2,15$; $p < 0,05$; efekt mediacyjny = 0,14). Uwzględnienie w modelu aktywności sprawia, że skutek wpływu stresu w pracy na dolegliwości bólowe jest mniej negatywny – aktywność muzyczno-ruchowa obniża negatywny wpływ stresu na dolegliwości bólowe poprawiając przy tym jakość życia badanych kobiet w tym zakresie. Niestandardyzowane współczynniki regresji dla analizowanego modelu zaprezentowano na rycinie 15.



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ryc. 16. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a zdrowiem ogólnym – współczynniki niestandardyzowane

Kolejny model testował mediacyjną rolę aktywności muzyczno-ruchowej na zależność między wpływem stresu w pracy na zdrowie ogólne. Bezpośredni wpływ stresu w pracy na zmienną objaśnianą jest dodatni – wraz ze wzrostem poziomu stresu o jedną jednostkę, wynik dla zdrowia ogólnego wzrasta o 0,17 jednostki, co wskazuje na pogorszenie jakości życia w zakresie zdrowia ogólnego. Po uwzględnieniu w modelu aktywności muzyczno-ruchowej, jako zmiennej pośredniczącej zależność między stresem w pracy a zdrowiem ogólnym maleje ($B = 0,15$; $p < 0,001$). Test Sobela wykazał, że mediacja jest statystycznie istotna ($Z = 2,28$; $p < 0,05$; efekt mediacyjny = 0,13). Wynik ten wskazuje, że aktywność muzyczno-ruchowa obniża negatywny wpływ stresu w pracy na zdrowie ogólne. Niestandardyzowane współczynniki regresji dla analizowanego modelu zaprezentowano na rycinie 16.



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ryc. 17. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a satysfakcją z życia – współczynniki niestandardyzowane

Następnie sprawdzono czy aktywność muzyczno-ruchowej wpływa na zależność między poziomem stresu w pracy a satysfakcją z życia. Bezpośredni wpływ stresu w pracy na satysfakcję z życia jest ujemny, co oznacza, że wraz ze wzrostem poziomu stresu o jedną jednostkę, satysfakcja z życia maleje o 0,35 jednostki. Po uwzględnieniu w modelu aktywności muzyczno-ruchowej jako mediatora zależność między stresem w pracy a satysfakcją z życia jest mniej negatywna ($B = -0,32$; $p < 0,001$). Test Sobela wykazał, że mediacja jest statystycznie istotna ($Z = -2,04$; $p < 0,05$; efekt mediacyjny = 0,08). Wynik ten wskazuje, że wśród kobiet, które są aktywne muzyczno-ruchowo stres w pracy wpływa mniej negatywnie na satysfakcję z życia. Aktywność pełni tutaj rolę bufora chroniącego poczucie satysfakcji z życia. Niestandardyzowane współczynniki regresji dla analizowanego modelu zaprezentowano na rycinie 17.

Modele mediacyjne dla okresu rozwojowego jako mediatora relacji między stresem w pracy, strategiami radzenia sobie a jakością życia i satysfakcją z życia

Analogiczne analizy przeprowadzono dla okresu rozwojowego jako potencjalnego mediatora. Analizy rozpoczęto od zweryfikowania wpływu zmiennej objaśniającej na potencjalny mediator (weryfikacja ścieżki a). Wykorzystano w tym celu analizę regresji porządkowej PLUM. Wyniki przeprowadzonej analizy zamieszczono w tabeli 11.

Tabela 11

Współczynniki regresji porządkowej dla predykcji okresu rozwojowego

	Oszacowanie	SE	Z	p	LL	UL
Stres w pracy	0,02	0,02	1,09	0,296	-0,02	0,07
Strategie skoncentrowane na problemie	-0,02	0,04	0,24	0,625	-0,11	0,06
Strategie skoncentrowane na emocjach	-0,01	0,04	0,04	0,846	-0,09	0,08
Strategie skoncentrowane na unikaniu	-0,02	0,03	0,50	0,479	-0,09	0,04

Adnotacja. oszacowanie – oszacowany współczynnik regresji; SE – błąd standardowy; Z - wynik testu Walda; p – poziom istotności; LL i UL – dolna i górna granica przedziału ufności

Przeprowadzona analiza wykazała, że żadna zmienna objaśniająca nie wpływa istotnie na okres rozwojowy badanych kobiet. W związku z brakiem istotnych wyników, nie ma podstaw do budowy modelu mediacji dla okresu rozwojowego jako mediatora.

5.9. Statystyki szczegółowe

5.9.1. Współczynniki ścieżek b i c' dla analizowanych modeli mediacyjnych

Tabela 12

Współczynniki regresji liniowej dla ustalenia wpływu mediatora (aktywności muzyczno-ruchowej) na zmienną objaśnianą przy uwzględnieniu zmiennej objaśniającej (ścieżka b)

Zmienna objaśniająca	B	SE	Beta	t	p	LL	UL
Jakość życia							
Stres w pracy	10,09	2,26	0,25	4,47	<0,001	5,64	14,53
Strategie skoncentrowane na problemie	10,24	2,48	0,24	4,13	<0,001	5,36	15,11
Funkcjonowanie fizyczne							
Stres w pracy	2,56	0,86	0,18	2,98	0,003	0,87	4,25
Strategie skoncentrowane na problemie	1,93	0,88	0,13	2,21	0,028	0,21	3,66
Ograniczenia fizyczne							
Stres w pracy	2,39	0,77	0,19	3,11	0,002	0,88	3,90
Dolegliwości bólowe							
Stres w pracy	0,77	0,25	0,19	3,06	0,002	0,27	1,26
Zdrowie ogólne							
Stres w pracy	1,48	0,42	0,21	3,48	0,001	0,64	2,31
Strategie skoncentrowane na problemie	1,48	0,42	0,21	3,50	0,001	0,65	2,31
Witalność							
Stres w pracy	0,89	0,40	0,13	2,21	0,028	0,10	1,68
Strategie skoncentrowane na problemie	1,08	0,40	0,16	2,68	0,008	0,29	1,87
Funkcje społeczne							
Stres w pracy	0,28	0,20	0,08	1,39	0,167	-0,12	0,67
Strategie skoncentrowane na problemie	0,41	0,21	0,12	1,98	0,049	<0,01	0,82
Ograniczenia emocjonalne							
Stres w pracy	0,57	0,58	0,06	0,99	0,324	-0,57	1,71
Strategie skoncentrowane na problemie	0,79	0,61	0,08	1,30	0,196	-0,41	1,99
Zdrowie psychiczne							
Stres w pracy	1,14	0,49	0,14	2,50	0,013	0,24	2,04
Strategie skoncentrowane na problemie	1,47	0,48	0,19	3,08	0,002	0,53	2,41
Satysfakcja z życia							
Stres w pracy	-1,84	0,66	-0,16	-2,77	0,006	-3,15	-0,53
Strategie skoncentrowane na problemie	-2,19	0,66	-0,20	-3,31	0,001	-3,50	-0,89

Adnotacja. B – niestandardyzowany współczynnik regresji; SE – błąd standardowy; Beta – standaryzowany współczynnik regresji; t – wynik testu; p – poziom istotności; LL i UL – dolna i górna granica przedziału ufności; R² – współczynnik determinacji

Tabela 13

Współczynniki regresji liniowej między zmienną objaśniającą i objaśnianą przy uwzględnieniu efektu pośredniego mediatora (ścieżka c')

Zmienna objaśniająca	B	SE	Beta	t	p	LL	UL	R ²
Jakość życia								
Stres w pracy	1,56	0,21	0,41	7,48	<0,001	1,15	1,97	0,26
Strategie skoncentrowane na problemie	-1,30	0,45	-0,17	-2,87	0,004	-2,20	-0,41	0,10
Funkcjonowanie fizyczne								
Stres w pracy	0,22	0,08	0,17	2,78	0,006	0,06	0,38	0,07
Strategie skoncentrowane na problemie	-0,36	0,16	-0,14	-2,23	0,026	-0,68	-0,04	0,04
Ograniczenia fizyczne								
Stres w pracy	0,20	0,07	0,17	2,74	0,007	0,06	0,33	0,08
Dolegliwości bólowe								
Stres w pracy	0,08	0,02	0,22	3,59	<0,001	0,04	0,13	0,09
Zdrowie ogólne								
Stres w pracy	0,15	0,04	0,23	3,79	<0,001	0,07	0,23	0,11
Strategie skoncentrowane na problemie	-0,16	0,08	-0,12	-2,03	0,043	-0,31	-0,01	0,07
Witalność								
Stres w pracy	0,17	0,04	0,27	4,55	<0,001	0,10	0,24	0,10
Strategie skoncentrowane na problemie	-0,20	0,07	-0,17	-2,77	0,006	-0,35	-0,06	0,06
Funkcje społeczne								
Stres w pracy	0,11	0,02	0,35	5,87	<0,001	0,07	0,15	0,14
Strategie skoncentrowane na problemie	-0,08	0,04	-0,12	-1,99	0,047	-0,15	0,00	0,03
Ograniczenia emocjonalne								
Stres w pracy	0,33	0,05	0,37	6,21	<0,001	0,23	0,44	0,14
Strategie skoncentrowane na problemie	-0,24	0,11	-0,13	-2,15	0,033	-0,46	-0,02	0,03
Zdrowie psychiczne								
Stres w pracy	0,29	0,04	0,39	6,80	<0,001	0,20	0,37	0,19
Strategie skoncentrowane na problemie	-0,18	0,09	-0,12	-2,03	0,044	-0,35	-0,01	0,06
Satysfakcja z życia								
Stres w pracy	-0,32	0,06	-0,31	-5,23	<0,001	-0,44	-0,20	0,14
Strategie skoncentrowane na problemie	0,44	0,12	0,21	3,58	<0,001	0,20	0,68	0,09

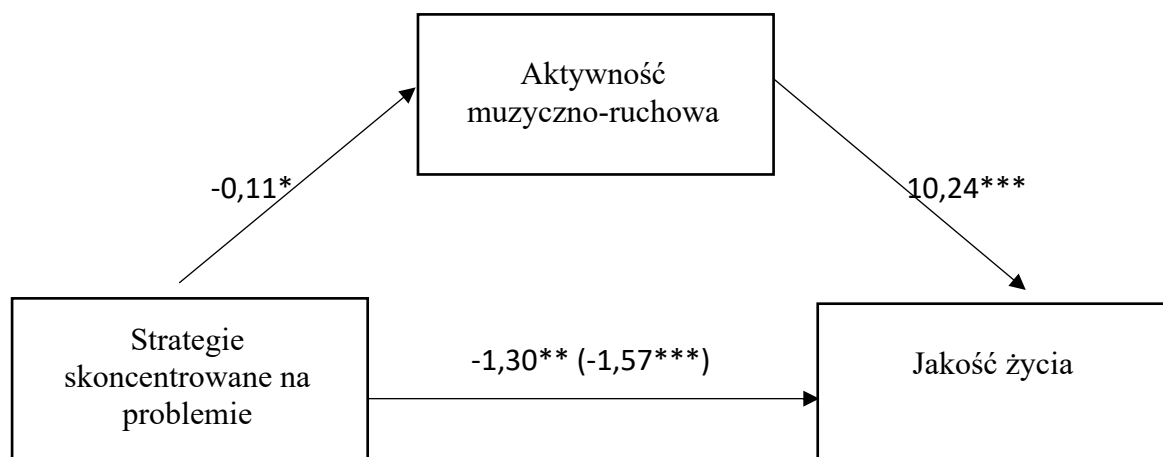
Adnotacja. B – niestandardyzowany współczynnik regresji; SE – błąd standardowy; Beta – standaryzowany współczynnik regresji; t – wynik testu t; p – poziom istotności; LL i UL – dolna i górna granica przedziału ufności; R² – współczynnik determinacji

5.9.2. Nieistotne modele mediacji

Nieistotne modele mediacji uwzględniające aktywność muzyczno-ruchową jako mediator zależności między stresem i strategiami a jakością i satysfakcją z życia.

Efekt mediacji wynosi 0,16

Test Sobela $Z = -1,94$; $p > 0,05$

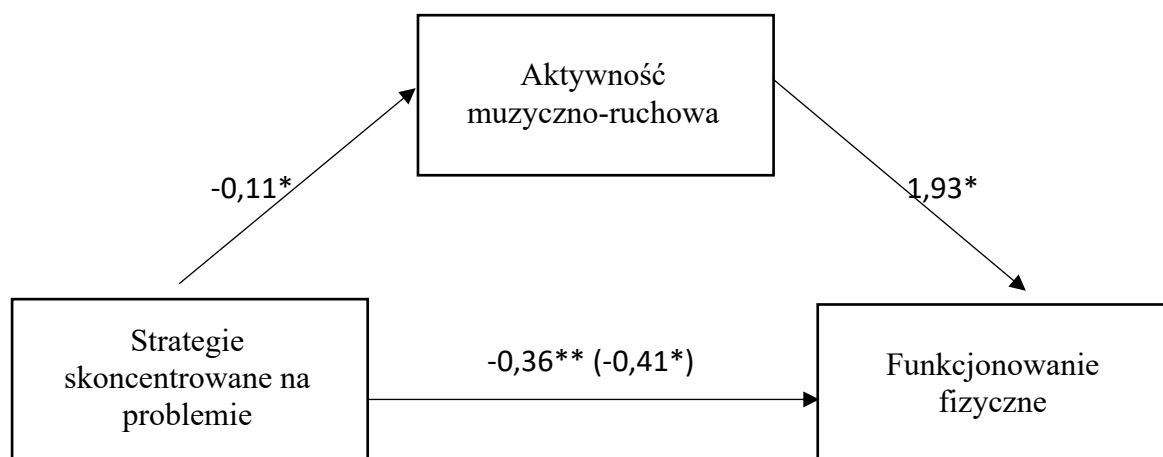


* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ryc. 18. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między strategiami skoncentrowanymi na problemie a jakością życia – współczynniki niestandardyzowane

Efekt mediacji wynosi 0,14

Test Sobela $Z = -1,55$; $p > 0,05$

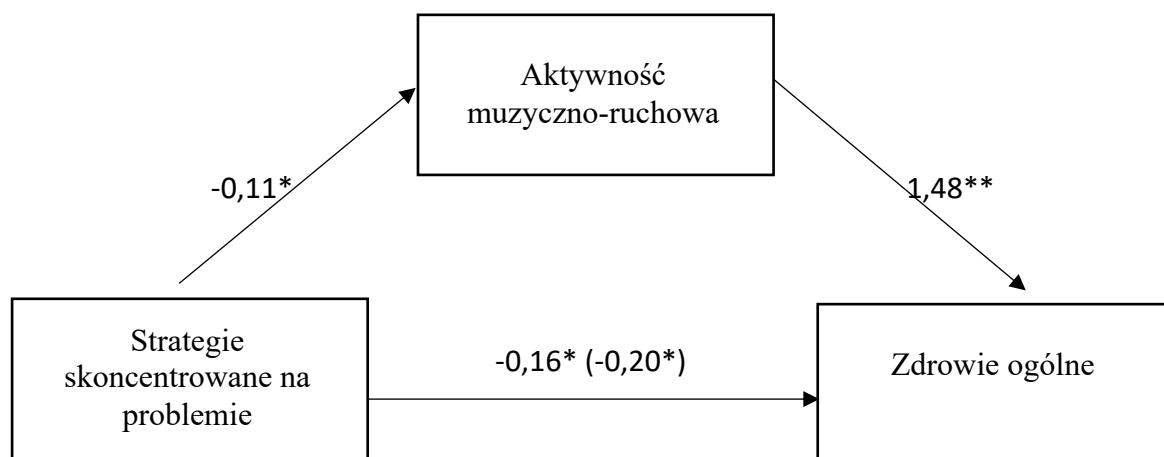


* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ryc. 19. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między strategiami skoncentrowanymi na problemie a funkcjonowaniem fizycznym – współczynniki niestandardyzowane

Efekt mediacji wynosi 0,22

Test Sobela $Z = -1,87$; $p > 0,05$

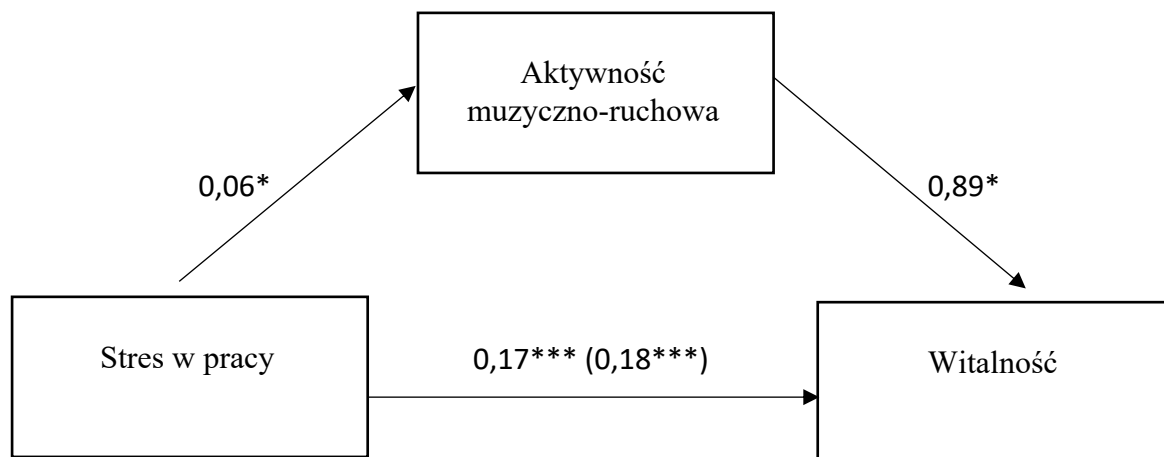


* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ryc. 20. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między strategiami skoncentrowanymi na problemie a zdrowiem ogólnym – współczynniki niestandardyzowane

Efekt mediacji wynosi 0,08

Test Sobela $Z = 1,73$; $p > 0,05$

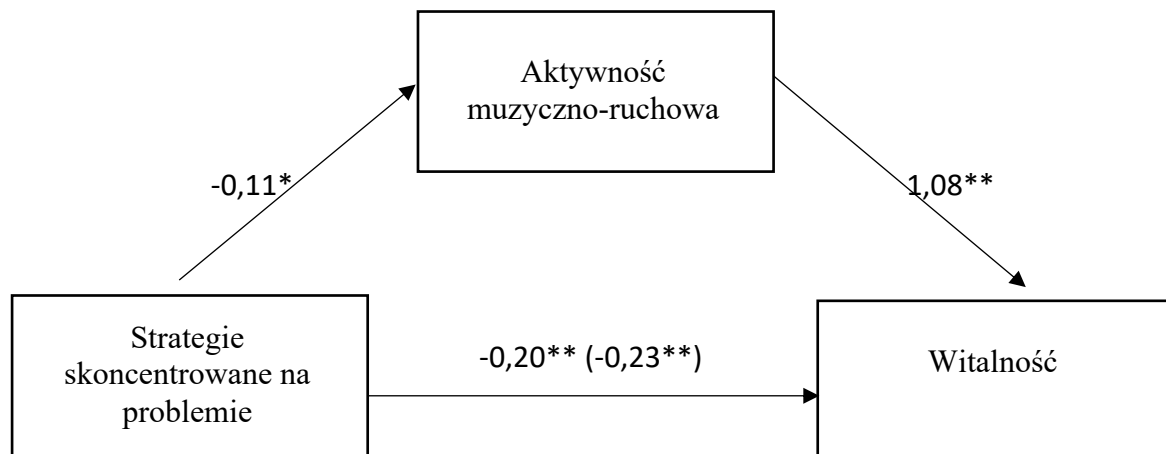


* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ryc. 21. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a witalnością – współczynniki niestandardyzowane

Efekt mediacji wynosi 0,14

Test Sobela $Z = -1,71$; $p > 0,05$

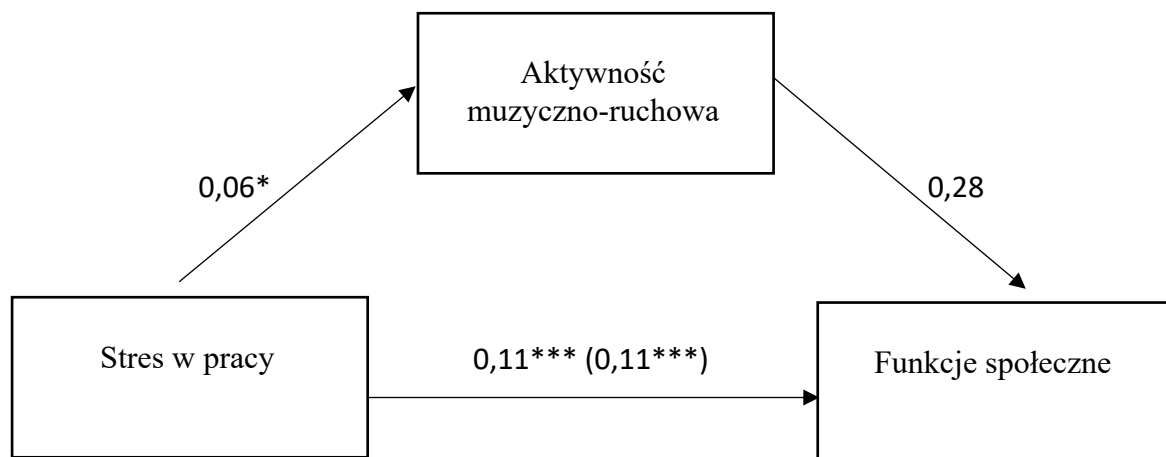


* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ryc. 22. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między strategiami skoncentrowanymi na problemie a witalnością – współczynniki niestandardyzowane

Efekt mediacji wynosi 0,04

Test Sobela $Z = 1,27$; $p > 0,05$

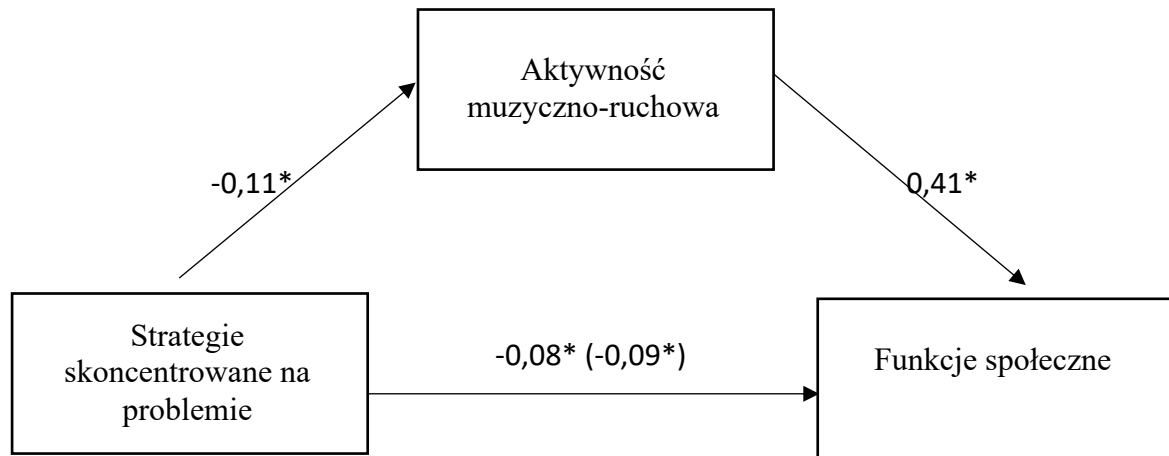


* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ryc. 23. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a funkcjami społecznymi – współczynniki niestandardyzowane

Efekt mediacji wynosi 0,14

Test Sobela $Z = -1,46$; $p > 0,05$

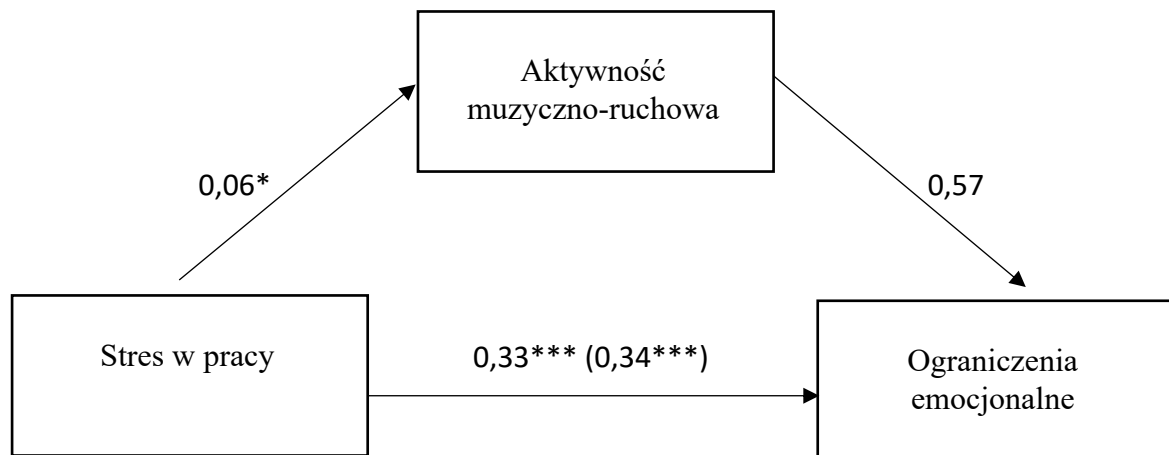


$^*p < 0,05$; $^{**}p < 0,01$; $^{***}p < 0,001$

Ryc. 24. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między strategiami skoncentrowanymi na problemie a funkcjami społecznymi – współczynniki niestandardyzowane

Efekt mediacji wynosi 0,03

Test Sobela $Z = 0,93$; $p > 0,05$

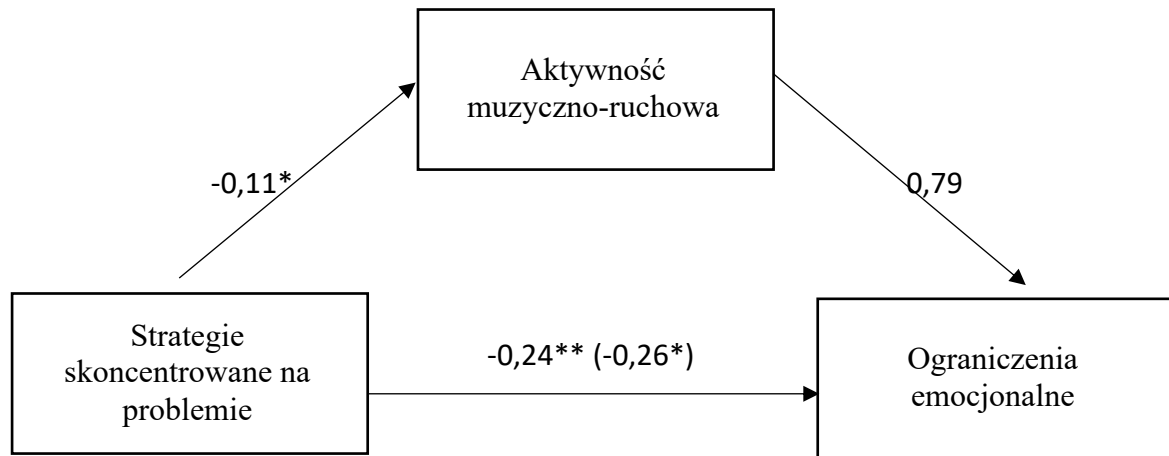


$^*p < 0,05$; $^{**}p < 0,01$; $^{***}p < 0,001$

Ryc. 25. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a ograniczeniami emocjonalnymi – współczynniki niestandardyzowane

Efekt mediacji wynosi 0,09

Test Sobela $Z = -1,12$; $p > 0,05$

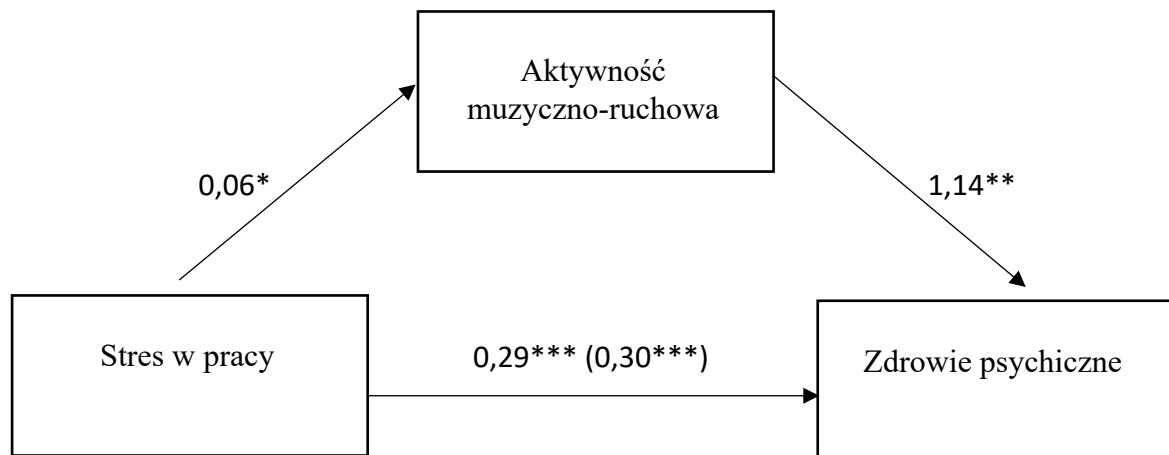


* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ryc. 26. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między strategiami skoncentrowanymi na problemie a ograniczeniami emocjonalnymi – współczynniki niestandardyzowane

Efekt mediacji wynosi 0,06

Test Sobela $Z = 1,84$; $p > 0,05$

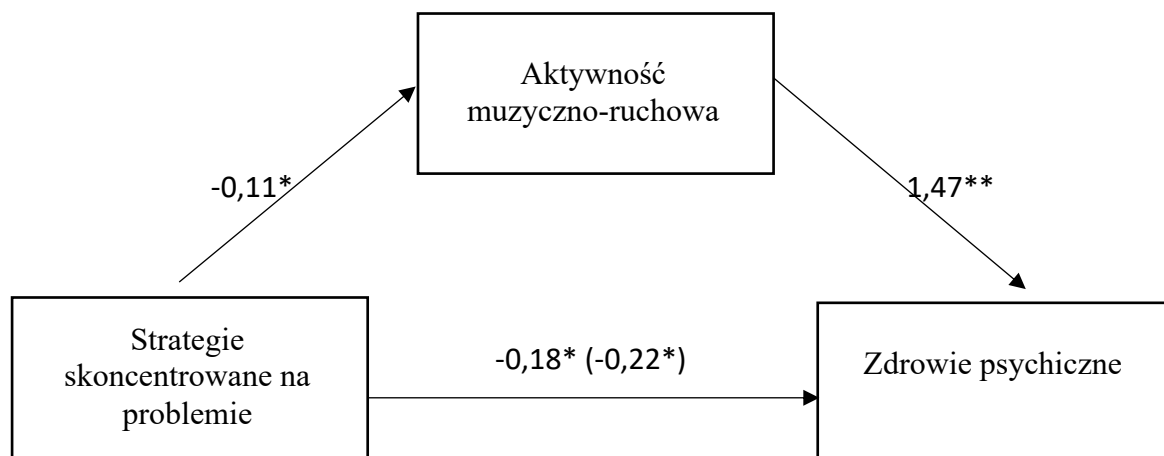


* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ryc. 27. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a zdrowiem psychicznym – współczynniki niestandardyzowane

Efekt mediacji wynosi 0,20

Test Sobela $Z = -1,79$; $p > 0,05$

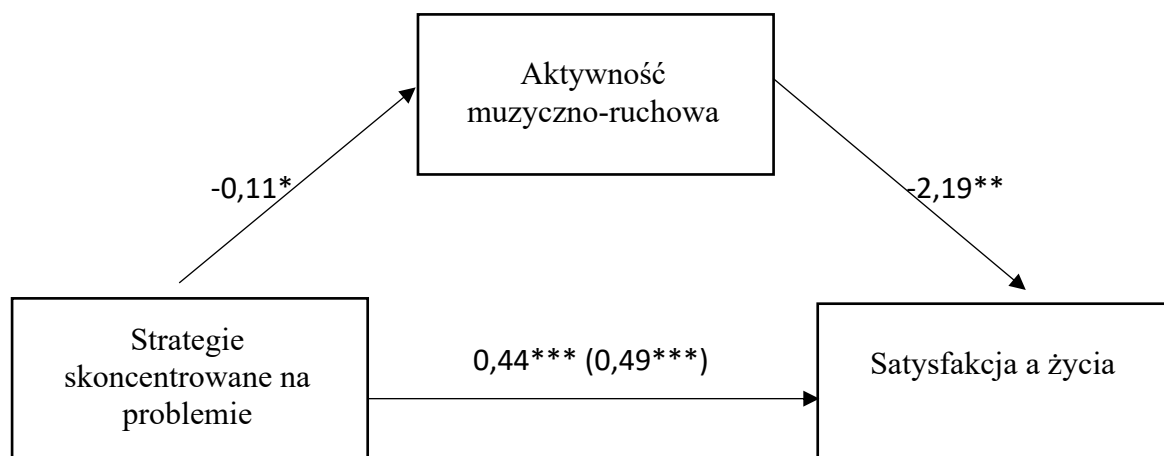


* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ryc. 28. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między strategiami skoncentrowanymi na problemie a zdrowiem psychicznym – współczynniki niestandardyzowane

Efekt mediacji wynosi 0,14

Test Sobela $Z = 1,83$; $p > 0,05$



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Ryc.29. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między strategiami skoncentrowanymi na problemie a satysfakcją z życia – współczynniki niestandardyzowane

6. DYSKUSJA

Warto zaznaczyć, że prezentowane w pracy analizy wyników dotyczą jednego z trzech poziomów analizy badań nad stresem. Stres można rozpatrywać na poziomie społecznym (relacje jednostki z otoczeniem społecznym), psychicznym (poznawczo-emocjonalna ocena stresora, reakcja emocjonalna i organizacja zachowania) i biologicznym (reakcja fizjologiczna). Poziomy te są w tym ujęciu względnie niezależne, co uzasadnia również ich rozłączne pomiarowanie. W pracy pomiarowi poddano poziom psychiczny, który z jednej strony mobilizuje jednostkę do działania, ale też może prowadzić do zaburzeń funkcjonowania organizmu.

HIPOTEZA 1: Kobiety dorosłe, z uwzględnieniem pokolenia „sandwich generation”, podejmujące systematyczną aktywność muzyczno-ruchową Zumba® deklarują niższe nasilenie odczuwanego stresu i stosują częściej aktywne strategie radzą sobie ze stresem, w porównaniu z grupą kontrolną, kobietami nie podejmującymi aktywności fizycznej w ogóle.

Zmienna wyjaśniana: nasilenie odczuwanego stresu

Przeprowadzona w tej pracy analiza wykazała, że kobiety dorosłe, z uwzględnieniem pokolenia „sandwich generation”, podejmujące systematyczną aktywność muzyczno-ruchową Zumba® uzyskują istotnie niższe (sten 5) wskaźniki nasilenia odczuwanego stresu w porównaniu do kobiet, które nie są aktywne fizycznie w ogóle (sten 6). Różnica jednego stena jest co prawda niewielka ale pokazuje pewien kierunek rozpatrywanej relacji między zmiennymi. Przeprowadzona analiza wykazała również brak związku między grupami wiekowymi dorosłych kobiet a odczuwanym nasileniem stresu. Kobiety w różnym okresie dorosłości nie różniły się nasileniem odczuwanego stresu.

Przypomnijmy, że w ujęciu Lazarusa i Folkman (1984) stres to specyficzna transakcja między jednostką a środowiskiem (stresorem), która może być oceniana jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby. Oceny poznawcze (pierwotna i wtórna) jednostki klasyfikują transakcję jako stresującą (dystres), neutralną (neustres) lub wyzwanie (eustres). Stres jest rodzajem braku równowagi między wymaganiami stawianymi przez środowisko a możliwościami zaradczymi jednostki. Z pewnym prawdopodobieństwem można przypuszczać,

że systematycznie podejmowana aktywność muzyczno-ruchowa Zumba®, zmieniając w pewnym stopniu subiektywne i obiektywne wskaźniki zdrowia kobiety (np. subiektywne poczucie braku choroby czy obiektywny poziom sprawności fizycznej powiązanej ze zdrowiem), modyfikuje jakość oceny poznawczej w reakcji jednostki na kontakt ze stresorem. I może nie zmienia w sposób istotny oceny pierwotnej (polegającej na określeniu subiektywnego znaczenia stresora dla jednostki), ale z pewnością ma wpływ na ocenę wtórną (aktywność fizyczna jako zasób zdrowotny z pewnością wpływa na ocenę zdolności do poradzenia sobie jednostki ze stresorem).

Z dużym prawdopodobieństwem możemy stwierdzić, że podejmowanie odpowiedniej (umiarkowanej, systematycznej, monitorowanej) aktywności fizycznej może stać się drogą do obniżenia napięcia emocjonalnego (Guszkowskiej 2005).

Udział w zajęciach muzyczno-ruchowych wpływa korzystnie na funkcjonowanie poznawcze (Murrock, Graor 2014), jak również emocjonalne osobowości, w ich następstwie spada napięcie będące skutkiem problemów niosących duży ładunek emocjonalny (Spruit i in. 2016), oraz pozytywnie oddziałuje na przebieg leczenia depresji (Silveria i in. 2013). Badania te skupiają uwagę na różnych grupach wiekowych, ale nie koncentrują się jednak na grupie szczególnie ważnej w tej pracy, czyli „*sandwich generation*”. Ponadto wyżej wykazane badania opisują zmienną wyjaśniającą zajęć tanecznych jako takich oraz aktywności fizycznej, a nie konkretnie zajęć Zumba®, które w swoim fundamentalnym założeniu mają wzmacniać pozytywne emocje uczestników.

Inne badania (Jayasinghe, Torres, Hussein, Freser, Lambert, Turner 2017) wskazują na to, iż kobiety w wieku 30-50 lat o niższej sprawności fizycznej (nie uczęszczające na zajęcia fitness) wykazują niższą zdolność do uzyskania adaptacyjnej reakcji na sytuacje stresowe. Grupa badanych osób była jednak niewielka, finalnie zbadano 34 kobiety. Przypomnijmy, że w badaniach społecznych (szczególnie z użyciem testów i kwestionariuszy psychologicznych) za pożądaną próbę uznaje się grupę liczącą minimum 100 osób (Brzeziński 2019). Narzędziem mierzącym poziom stresu był TSST (Trier Social Stress Test). Autorzy tych badań podkreślają natomiast znaczenie udziału osób w regularnych ćwiczeniach fizycznych nazywając je buforem chroniącym przed szkodliwymi skutkami stresu.

Stres jest zjawiskiem występującym powszechnie w miejscu pracy. W klasycznych już badaniach wykazano, że wskaźniki stresu i wypalenia zawodowego są najbardziej związane z czynnikami środowiska zawodowego (Maslach, Goldberg 1998). Stresory w miejscu pracy

związane mogą być z przeciążeniami, złożonością pracy, monotonością, dużą odpowiedzialnością, ale także warunkami pracy (hałas, brak higieny, sytuacje niebezpieczne). Innymi stresorami mogą być warunki zatrudnienia i związana z nimi praca zmianowa czy niepewność zatrudnienia. Wśród sytuacji trudnych w pracy wymienia się również trudne relacje społeczne (dyskryminacja, małe wsparcie społeczne) (Le Blanc i in. 2003). W literaturze światowej opublikowane są badania (Gnana, Priya 2016), w których autorzy koncentrują się na zameężnych kobietach aktywnych zawodowo (54 kobiety) oraz przyczynach ich stresu i strategiach radzenia sobie z nim. Kobiety, w tych badaniach, wśród przyczyn stresu związanego z pracą wskazują podobnie na duże obciążenie ilością zadań zawodowych, presję czasu w realizacji celu zawodowego oraz niskie szanse na awans, nie zawsze łatwe relacje ze współpracownikami oraz pracę z wymagającymi klientami. W badaniach tych, kobiety w radzeniu sobie ze stresem podkreślają ważność rozmów z przyjaciółmi, relaks w gronie najbliższych oraz słuchanie muzyki. Nie znajdujemy tam natomiast odniesienia do zmiennej wyjaśniającej w postaci aktywności muzyczno-ruchowej. Autorzy nie zaproponowali w badaniach sondażowych takiego problemu naukowego.

W innych publikacjach znajdujemy potwierdzenie, że jednym ze sposobów odreagowania sytuacji stresowych w pracy jest właśnie aktywność fizyczna (Chin-Tsai 2013). W badaniach zauważyć można, że podejmowanie aktywności fizycznej jako takiej motywowane jest często chęcią odreagowania stresu zawodowego oraz rozładowaniem napięcia dnia codziennego (Żak, Żmigrodzki, Żychowska, Majchrzak 2009; Slendak, Cewińska 2015; Figaj Poczta 2016; Kościuczuk, Krajewska-Kułak, Okurowska-Zawada 2016), a wśród wybieranych form aktywności jedną z popularniejszych jest grupa zajęć muzyczno-ruchowych. Badania wskazują na to, że kobiety uczęszczające na zajęcia fitness deklarują większą odporność na stres psychiczny w porównaniu z kobietami, które nie uczęszczają na tego rodzaju zajęcia rekreacyjne (Campbell, Gross, Potter, Schmitz, Duggan, Mctiernan, Ulrich 2010; Jayasinghe, Torres, Hussein i in. 2017). W treningu i edukacji zdrowotnej właściwe nawyki podejmowania choćby rekreacyjnej aktywności fizycznej, uświadamianie potrzeb ruchu i aktywnego wypoczynku mają zasadniczy wpływ na stan zdrowia i sprawności fizycznej, pełniąc zarówno rolę profilaktyczną, jak również terapeutyczną (Guszkowska 2009). Ponadto aktywność o takim charakterze zmniejsza poczucie lęku, zwiększa witalność oraz wzmacnia poziom energii organizmu (Terelak 2005). W literaturze znaleźć można również badania, które wskazują na brak znaczącej redukcji stresu w związku z udziałem w 12 tygodniowym programie

aktywności fizycznej (Soriano- Maldonado, Morillas-Laguno, Sabio, Gavilan-Carera, Rosales-Castillo, Montalban-Mendez, Saez-Uan, Callejas-ubio, Vagas-Hitos 2018). Autorzy natomiast, podsumowując badania zwracają uwagę na to, że warto prowadzić badania na większej próbie kobiet. Badania przeprowadzono na 54 kobietach, łącznie w grupie eksperymentalnej i kontrolnej.

W badaniach (Marrs 2011) przeprowadzonych na osobach „*sandwich generation*” najtrudniejszym aspektem tej roli jest, zdaniem badanych, znajdowanie równowagi i czasu dla siebie, spadek formy osób bliskich, pokonywanie barier związanych z opieką medyczną, zmaganie się z oczekiwaniami otoczenia społecznego oraz radzenie sobie z brakiem społecznego wsparcia i poczucie braku kontroli nad własnym życiem. Zaspokojenie potrzeb takich pracowników jest coraz większym problemem pracodawców.

W badaniach (Lippert, Damaske 2019) przeprowadzonych wśród młodych dorosłych kobiet czytamy, że najniższy odczuwany stres jest u par wykonujących pracę zawodową na cały etat, niezależnie od tego czy miały pod opieką dzieci czy też nie. Autorzy zwracają uwagę także, że dobór ścieżki życiowej, w której ważna jest edukacja, kariera zawodowa i związek oparty na partnerstwie korzystnie wpływa na poziom odczuwanego stresu niezależnie od posiadania, czy też nie, dzieci. Inne badania (Thagunna, Bhatta, Adhikari 2020), biorące pod uwagę kobiety powyżej 60 roku życia wskazują, że wyższy poziom stresu zgłaszają kobiety będące w związku małżeńskim niż kobiety żyjące w stanie wolnym, a także wyższy poziom stresu towarzyszy kobietom zajmującym się tylko domem (nie posiadającym „swojego dochodu”), aniżeli kobietom wykonującym pracę zawodową. Analizując literaturę dalej czytamy, że w grupie kobiet w wieku 45-66 lat, najczęstszymi stresorami w pracy są trudne relacje społeczne, brak odpowiedniego wynagrodzenia za pracę, brak wsparcia a także poczucie obciążenia psychicznego oraz nadmiernej odpowiedzialności za przydzielone zadania (Gujski, Pinkas, Juńczyk, Pawełczak-Barrszczowska, Raczkiewicz, Owoc, Boja 2017).

Zmienna wyjaśniana: strategie radzenia sobie ze stresem

Szczegółowa analiza wyników wykazała również, że kobiety podejmujące systematyczną aktywność muzyczno-ruchową Zumba® uzyskały istotnie wyższe wyniki w zakresie strategii Aktywnego radzenia sobie (Aktywne radzenie sobie, Planowania, przy czym Pozytywne

Przewartościowanie znalazło się na granicy istotności i w tym przypadku możemy mówić wyłącznie o pewnej tendencji do występowania różnicy), a także istotnie niższe wyniki stosowania niektórych strategii uznawanych za mniej skuteczne w radzeniu ze stresem, takich jak Zaprzeczania, Zaprzestania Działań, Zażywania Substancji Psychoaktywnych, Obwiniania Siebie (w przypadku dwóch ostatnich możemy mówić również o tendencji). Relatywnie najsilniejsze wielkości efektów (choć są one raczej niskie) odnotowano w przypadku Zaprzestania Działań (d Cohena=0,42), Zaprzeczania (d Cohena=0,30), Planowania (d Cohena=0,27), Aktywnego Radzenia Sobie (d Cohena=0,25) i Zażywania Substancji Psychoaktywnych (d Cohena=0,23). Zatem kobiety podejmujące systematyczną aktywność muzyczno-ruchową Zumba® stosują częściej Aktywne Radzenie sobie i Planowanie w porównaniu z kobietami nie aktywnymi fizycznie, zaś rzadziej rozpatrywana aktywność muzyczno- ruchowa ma związek ze stosowaniem Zaprzestania Działań, Zaprzeczania i Zażywania Substancji Psychoaktywnych, czyli strategii uznawanych powszechnie za mniej skuteczne w radzeniu sobie ze stresem.

Analiza wyników wykazała również brak istotnego zróżnicowania między grupami badanych kobiet a wybieranymi przez nie strategiami radzenia sobie ze stresem.

Przypomnijmy w tym miejscu, że inwentarz użyty w badaniach autorki, skonstruowany przez Charlesa Carvera i współpracowników (1989), nawiązuje do transakcyjnego modelu stresu Richarda Lazarusa (Lazarus i Folkman 1984) i modelu samoregulacji zachowania (Scheier i Carver 1988). Inwentarz Mini-COPE służy do pomiaru sposobu, w jaki ludzie reagują na stres. Radzenie sobie (rozpatrywane w niniejszym opracowaniu), będące wypadkową różnic indywidualnych jednostki i charakterystyki sytuacji, przyjmuje postać radzenia sobie dyspozycyjnego (względnie stałej dyspozycji) a nie sytuacyjnego. Za Juczyńskim i Ogińską-Bulik (2012) przyjęto założenie o bardziej adaptacyjnym charakterze strategii skoncentrowanych na problemie, a strategię polegającą na poszukiwaniu wsparcia i koncentracji na emocjach oraz unikanie uznano za mniej nieadaptacyjne. Przykładem potwierdzającym tezę może być sytuacja w którym zaprzeczanie czy wycofanie (unikanie) nie tylko nie prowadzi do zmniejszenia różnicy między stresorem a zasobami jednostki do poradzenia sobie z nim, lecz wręcz tę różnicę powiększa, i w efekcie prowadzi do nasilenia odczuwanego stresu.

W literaturze światowej (Gillett, Crisp 2017) znajdziemy badania (kobiety 23-63 lata), których wyniki przedstawiają bezpośredni związek radzenia sobie skoncentrowanym na

emocjach i na problemie z dobrostanem psychicznym. Co ciekawe, radzeniu opartemu na unikaniu przypisuje się efekt moderujący w związku z subiektywnym samopoczuciem.

Badania Agnieszki Kruczek i Małgorzaty Basińskiej wskazują na fakt, że kobiety w znacznie mniejszym stopniu stosują radzenie sobie ze stresem poprzez humor niż mężczyźni. Autorki zauważają również (odmiennie niż w badaniach własnych), że kobiety młodsze dorosłe (20-40 lat) stosują radzenie sobie poprzez humor rzadziej aniżeli kobiety w średnim i późnym okresie dorosłości (powyżej 40 roku życia) (Kruczek, Basińska 2018). Autorki zwracają uwagę, że radzenie sobie przez humor u osób po 40-stce związane jest z bogatszym doświadczeniem życiowym, a tym samym większym dystansem i przyjmowaniem postawy bardziej humorystycznej w sytuacjach stresowych, co pomaga w spostrzeganiu bodźców stresogennych jako tych o mniejszym zagrożeniu.

Inne badania (Piekarska, Martowska 2020), w których przebadano 512 kobiet w wieku 18-20 lat, wskazują na słabą korelację inteligencji emocjonalnej ze strategią radzenia sobie z stresem. Autorki sugerują, że dla osób z wysoką inteligencją emocjonalną wyzwaniem może okazać się wykorzystanie tych zasobów w radzeniu sobie ze stresem. Jest to zgodne stanowisko z badaniami skupiającymi uwagę na związku między zdolnościami takimi jak: nazywanie emocji w sobie i innych, wykorzystania emocji w podejmowaniu decyzji, rozumienie emocji oraz zarządzanie emocjami a postrzeganym stresem i radzeniem sobie z nim (Matthews et al., 2006; MacCann et al., 2011; Davies, Humphrey 2014; Ruiz- Aranda, Extremera, Pineda-Galán, 2014). Ciekawe badania zostały opublikowane w 2019 roku (Chishti, Rafiq 2019). Skupiają się na kobietach w wieku 16-52 lat (co prawda z problemem nadmiernego owłosienia). Badania te wskazują, iż rodzaje strategii radzenia sobie ze stresem mogą być rozpatrywane w kategorii predyktorów problemów psychospołecznych oraz zaburzeń zdrowia psychicznego.

HIPOTEZA 2: Kobiety dorosłe, z uwzględnieniem pokolenia „*sandwich generation*”, podejmujące systematyczną aktywność muzyczno-ruchową Zumba®, deklarują **wyższy poziom jakości życia**, w porównaniu z grupą kontrolną, kobietami nie podejmującą w ogóle aktywności fizycznej.

Przeprowadzone analizy wykazały, że kobiety będące uczestniczkami 12. tygodniowego cyklu zajęć Zumba® deklarują wyższy wskaźnik jakości życia w obszarach jakości życia, funkcjonowania fizycznego, dolegliwości bólowych, zdrowia ogólnego, witalności, funkcjonowania społecznego, zdrowia psychicznego; w porównaniu z kobietami nieaktywnymi w tym czasie w ogóle.

Dodatkowo uczestniczki cyklu zajęć Zumba® deklarują istotnie wyższy poziom satysfakcji z życia niż panie, które nie są aktywne fizycznie.

Ponadto szczegółowa analiza pokazała, że osoby do 35 roku życia przejawiają istotnie wyższy poziom jakości życia niż osoby powyżej 65 roku życia. Najniższy poziom funkcjonowania fizycznego przejawiają kobiety najstarsze, natomiast najwyższy – młode dorosłe. Kobiety najmłodsze przejawiają istotnie wyższą jakość zdrowia ogólnego niż panie powyżej 65 roku życia.

Przypomnijmy, że do wskaźników jakości życia zaliczamy: 1/ kapitał społeczny (np. aktywny udział w ramach społeczności); 2/ dobrostan psychiczny (np. ocena własnego życia, poczucie szczęścia, natężenie symptomów depresji); 3/ dobrostan fizyczny (nasilenie objawów chorobowych lub stresu związanego ze zdrowiem); 4/ dobrostan społeczny (np. ilość znajomych, poczucie bycia szanowanym); 5/ poziom cywilizacyjny (np. wykształcenie, znajomość nowoczesnych technologii komunikacyjnych, języków obcych, czy uprawnień do prowadzenia pojazdów); 6/ dobrobyt materialny (dochód, posiadanie nieruchomości i dóbr materialnych); 7/ stres życiowy (np. doświadczenie nasilenia stresu w zakresie finansów, pracy, kontaktów z urzędami, wychowania dzieci, relacji w związku, ekologii); 8/ patologie (np. problemy z używkami, wizyty u psychiatry lub psychologa, bycie uczestnikiem zdarzeń łamiących prawo (Czapiński, Panek 2015).

Związki aktywności fizycznej z jakością życia czy satysfakcją życiową, rozumianą jako subiektywna składowa dobrostanu psychicznego, możemy odnaleźć w wielu pracach. Relatywnie mniejsza ich część dotyczy badań, w których zmienną wyjaśniającą jest aktywność muzyczno-ruchową Zumba®.

Niemalże powszechnie przyjmuje się obecnie, że podejmowanie aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności (o charakterze rekreacyjnym, czyli z intencją aktywnego odpoczynku) ma związek ze zmianą stylu życia, wzrostem jakości życia i satysfakcji życiowej (m.in. Chin-Tsai 2013).

Badania (Cruz-Ferreira, Marmeleira, Formigo, Gomes, Fernandes 2015) ukazały znaczenie podejmowania się uczestnictwa w zajęciach tanecznych w budowania lepszej satysfakcji z życia. Osobami badanymi były kobiety w wieku 65-80 lat, a ich liczna wynosiła zaledwie 57 osób.

Podejmowanie aktywności fizycznej ma związek z poprawą sprawności fizycznej i subiektywną oceną zdrowia (Humphreys, McLeod, Ruseski 2014), co wpływa na jakość życia (Nowak 2010). Potwierdzono zależność udziału w aktywności fizycznej z dobrostanem osób dorosłych (Łuszczyńska 2004; Biddle, Mutrie, 2008; Kubler, Wójcik-Grzyb 2010). Podkreśla się rolę aktywności fizycznej w podnoszeniu własnej wartości oraz pewności siebie a także wzrost sprawności procesów intelektualnych (Napierała i in. 2014). Inne badania ukazują związek uczestnictwa w zajęciach fitness z postrzeganiem obrazu własnego ciała (Sterbova, Harvanova, Hrochova-Hruba, Elfmark, 2009); poprawą składu ciała i samooceny (Fong Yan, Cobley, Chan, Pappas, Nicholson, i in. 2018); wzrostem jakości życia (HRQoL) nawet przy krótkotrwałym udziale w zajęciach (Domene, Moir, Pummell, i in 2016; Barranco-Ruiz, Mandic, Paz-Viteri, i in 2017).

Jedne z bardziej aktualnych badań niosą za sobą wniosek, iż udział w zajęciach tanecznych wiąże się z korzyściami zdrowotnymi, m.in.: może zmniejszyć depresję i lęk oraz poprawić jakość życia, wzmocnić umiejętności interpersonalne i poznawcze, a także umiejętności psychomotoryczne (Koch, Riege, Tisborn, Biondo, Martin, Beelmann 2019). Podobne wyniki uzyskane zostały w badaniach sprawdzających różnice poczucia własnej skuteczności i jakości życia u kobiet, które regularnie uprawiają sport w porównaniu z kobietami nieaktywnymi fizycznie. Badania przeprowadzone przez Barbarę Grześkowiak i Annę Siwy-Hudowską (2016) pokazały, że kobiety uprawiające aktywność fizyczną mają wyższe poczucie własnej skuteczności oraz wyżej oceniają wszystkie sfery własnej jakości życia niż kobiety nieaktywne sportowo. Autorki podkreśliły również, że oprócz wyżej ocenianego zdrowia fizycznego przez osoby aktywne fizycznie, co potwierdzają też badania Moniki Guskowskiej (2013). Kobiety podejmujące aktywność wyżej punktowały także m.in. swoje samopoczucie i radzenie sobie z codziennymi wyzwaniami oraz swój czas wolny. Autorki sugerują, że może to oznaczać, iż poprzez aktywizację fizyczną, kobiety realizują swoje pasje i zainteresowania, a także mają poczucie dobrze spędzonego czasu wolnego.

Niewątpliwie aktywność fizyczna odgrywa ważną rolę w kształtowaniu jakości życia, m.in.: zwiększa pewność siebie, wiarę we własne możliwości, poprawia samopoczucie,

zmniejsza ryzyko chorób (Żukowski 2008). Na pozytywne emocje mają wpływ wydzielane podczas aktywności fizycznej hormony (endorfiny), które niosą za sobą poczucie spokoju i odprężenia, hamują wytwarzanie hormonów stresu (Łuszczyńska, 2012).

W literaturze przedmiotu czytamy o zależności między stylem życia, w którym podejmowana jest rekreacyjna aktywność fizyczna a funkcjonowaniem fizycznym, emocjonalnym, poznawczym i społecznym człowieka (Penedo, Dahn 2005; Ritvanen, Louhevaara, Helin 2007; Blomstrand, Björkelund, Arai 2009). Po fali badań osób chorych wzrosła ilość badań skupiających uwagę na jakości życia w populacji osób zdrowych. Badania analizujące poczucie szczęścia wskazuje na wyższość aktywności fizycznej nad innymi formami spędzania czasu wolnego. Potwierdzają to obserwacje czterech grupy osób, grupa pierwsza w czasie wolnym oddawała się zajęciom sportowym, druga słuchała muzyki, trzecia chodziła często do kościoła a czwarta oglądała łatwe programy telewizyjne. W badaniach tych posługując się skalą oksfordzką (Oxford Happiness Inventory OHI) wskazano, że najszczęśliwszą grupą osób są osoby uprawiające aktywność fizyczną (Hills, Argyle 2002). Odrębne badania nad jakością życia, prowadzone na dużej populacji, przeprowadzono np. w Finlandii, wykazując wyższe poczucie szczęścia u osób uprawiających aktywność fizyczną przynajmniej 2–3 razy w tygodniu (Hessmen, Koivula, Uutela 2000). Inni badacze, skupiając swoją uwagę na bliźniętach, wskazują wyższą jakość życia u osób, które preferują aktywność fizyczną jako formę spędzania czasu wolnego (Stubbe, de Moor, Boomsma, de Geus 2007). W badaniach zwraca się również uwagę, by aktywność fizyczna była umiarkowana, gdyż u osób trenujących intensywniej jakość życia była porównywalna z jakością życia osób niepodejmujących aktywności fizycznej (Vuillmin i in. 2005). Inne badania wskazują, iż osoby dorosłe, w wieku średniej dorosłości oraz osoby starsze podejmujące aktywność fizyczną o umiarkowanej intensywności deklarują wyższą satysfakcję z życia i szczęścia aniżeli osoby nie podejmujące aktywności fizycznej a poziom satysfakcji i szczęścia rósł wraz z wiekiem (An, Chen, Wang, Yang, Huang, Fan 2020). Aktywność muzyczno-ruchowa wpisuje się w gamę zajęć o umiarkowanej intensywności i niosą szereg pozytywów w obszarze funkcjonowania nie tylko fizycznego, ale także psychicznego czy społecznego. Aniela Brudnowska (2010) w swoich badaniach zwróciła uwagę na to, jak udział w zajęciach tanecznych oraz tanecznych zajęciach terapeutycznych wpływa na poprawę jakości życia. Według autorki zajęcia te mają pozytywny wpływ na sferę fizyczną, psychiczną oraz sferę duchową i społeczną, co może pozytywnie wpływać na odczuwaną jakość życia. W innych badaniach osób dorosłych (Domene, Moir, Pummell, Easton 2014)

skupiających uwagę wokół zajęć Latino, kobiety podkreślają przewagę korzyści psychospołecznych, płynących z udziału w zajęciach tanecznych nad korzyściami fizycznymi. Podobne wyniki odczytujemy w badaniach uczestniczek (studentek) zajęć Zumba fitness (Donath, Roth, Hohn, Zahner, Faude 2014), gdzie zauważono wzrost dobrostanu u kobiet uczestniczących w tych zajęciach w porównaniu z wynikiem przed rozpoczęciem zajęć, próba osób badanych to jedynie 15 osób w grupie kobiet uczestniczących w zajęciach i 14 osób w grupie kontrolnej. Kolejne przeprowadzone badania (ponad 500 osób badanych w wieku 18-65 lat) wykorzystujące zmienną Zumba potwierdzają korzystne skutki udziału w zajęciach w m.in. obszarze jakości życia (Vendramin, Bergamin, Gobbo, Cugusi i in 2016). Późniejsze polskie badania (Gałuszka 2017) mające na celu analizę porównawczą wybranych aspektów psychologicznych kobiet podejmujących aktywność taneczną potwierdziły, że kobiety (średnia wieku 52 lata) uczęszczające na zajęcia muzyczno-ruchowe uzyskują wyższe poczucie jakości życia, wyższą satysfakcję z własnego życia a także wyższy poziom samooceny (próba wykonana była na grupie 36 kobiet uczęszczających na zajęcia oraz 38 pań w grupie kontrolnej). Badania sugerują również związek podejmowania aktywności muzyczno-ruchowej Zumba® ze wzrostem motywacji wewnętrznej (Delexat 2015); poprawą jakości życia (Cugusi i in 2015; Stonnington 2020).

HIPOTEZA 3: Odczuwany przez kobiety stres ma związek z jakością życia i satysfakcją życiową.

Przeprowadzone analizy wykazały, że odczuwane nasilenie stresu (w pracy i życiu prywatnym) oraz strategie skoncentrowane na problemie okazały się istotnie korelować z wszystkimi wymiarami jakości życia i satysfakcji życiowej. Jedynie dla dolegliwości bólowych oraz ograniczeń fizycznych nie odnotowano istotnego związku ze strategią skoncentrowaną na problemie. Analiza wyników wykazała także, że im wyższy jest odczuwany stres, tym jakość życia i satysfakcja z życia jest mniejsza.

Podobne wnioski można znaleźć w innych badaniach. Warto uwypuklić tu jeden istotny fakt. W latach sześćdziesiątych ubiegłego wieku Thomas Holmes i Richard Rahe (1967) zaproponowali skalę stresu związanego z różnymi wydarzeniami życiowymi. Badane osoby za najbardziej stresujące doświadczenie uznały wówczas śmierć współmałżonka i oceniły je na

100 punktów. Znaczenie pozostałych 41. wydarzeń określono poprzez porównanie do tego doświadczenia (47 to utrata pracy). Od tamtych badań upłynęło pół wieku. Obecnie, ocena stresorów przyjmuje podobny kształt poza jednym doświadczeniem, szczególnie istotnym dla kobiet (za: Witkin 2015). Stresorem, który zmienił swoje nasilenie jest utrata pracy (obecnie utrata pracy uzyskuje wynik 74). Czy to nie jest interesujące, że właśnie to doświadczenie znajduje się na liście stresorów zaraz za śmiercią współmałżonka i rozwodem, przesunąwszy się z 8. miejsca na 3? Obecnie, kobiety stresują się utratą pracy bardziej niż mężczyźni. Z badań wynika, że 30% kobiet w ciągu ostatnich 10 lat przynajmniej raz utraciła pracę. Kobiety powyżej 35 r.ż. dotkliwiej odczuwają obciążenia finansowe, zwłaszcza gdy samotnie wychowują dzieci i próbują im zapewnić właściwe wykształcenie. Kobiety bardziej od mężczyzn zabiegają o zgromadzenie środków na kształcenie dzieci i zapewnienie emerytury.

Z uwagi na powyższe wyniki poniżej w dyskusji zaprezentowano tylko te badania, które dotyczą głównie stresu związanego z pracą.

W literaturze naukowej czytamy, że niższy poziom stresu ma związek z zadowoleniem z obszaru zawodowego i ma związek z wyższym poczuciem jakości życia (Collie i in., 2012; Pecino i in., 2019; Skaalvik i Skaalvik, 2017). Poczucie własnej skuteczności w pracy zawodowej przekłada się na mniejszy odczuwany stres i wyższe poczucie dobrostanu (składowej jakości życia) (Helms-Lorenz i Maulana, 2015; Skaalvik i Skaalvik, 2017; Katsantonis 2020).

Znana jest teza, że stres negatywnie wpływa na zdrowie psychiczne i fizjologiczne (Bong i Riding, 1991; Schonfeld i in., 2017). W artykule wydanym w tym roku (Mensah 2021) przeprowadzono analizę danych przekrojowych z 6 badań dotyczących warunków pracy (badania obejmowały łącznie ponad 14 tysięcy mężczyzn i 15 tysięcy kobiet z 35 krajów w Europie). Wyniki pokazały, że stres zawodowy miał bezpośredni negatywny wpływ na samopoczucie psychiczne wśród pracujących dorosłych kobiet, a co za tym idzie pogarszał poczucie jakości życia. Potwierdzają to badania, które wskazują że stres w pracy ma związek z pogorszeniem samopoczucia psychicznego a tym samym dobrostanu psychicznego i zdrowia (Adegoke 2014; Petarli, Zandonade, Salaroli i Bissoli 2015; Monday, Sunday 2020).

Przeprowadzona analiza wykazała, że istotnymi predyktorami aktywności są poziom stresu, a także strategie skoncentrowane na problemie. Wraz ze wzrostem poziomu stresu w pracy, prawdopodobieństwo występowania aktywności muzyczno-ruchowej Zumba® jest większe o ok 6-7%. Przy stosowaniu strategii skoncentrowanej na problemie prawdopodobieństwo aktywności muzyczno-ruchowej Zumba® maleje o 10%.

Stosowanie strategii skoncentrowanych na problemie wpływa ujemnie na wyniki jakości życia i dodatnio na satysfakcję z życia, co wskazuje na to, że wyższy poziom stosowania strategii skoncentrowanych na problemie poprawia jakość życia oraz poziom satysfakcji z życia.

Dodatkowo, dla 6 wymiarów jakości życia: jakości życia, funkcjonowania fizycznego, dolegliwości bólowych, funkcji społecznych, ograniczeń emocjonalnych oraz zdrowia psychicznego odnotowano istotny wpływ strategii skoncentrowanych na unikaniu. Wpływ tej strategii na wyróżnione wymiary jakości jest dodatni, co oznacza, że im wyższy jest poziom stosowania tej strategii, tym poziom jakości życia w tych obszarach jest niższy – badaniu uzyskują wyższe wyniki dla tych podskal.

Strategie skoncentrowane na emocjach w żadnym przypadku nie stanowiły istotnego predyktora jakości życia i satysfakcji z życia.

Podsumowując przeprowadzone dotychczas analizy, wpływ strategii skoncentrowanych na emocjach i na unikaniu na aktywność muzyczno-ruchową okazał się statystycznie nieistotny (brak istotnego wpływu zmiennej objaśniającej na mediator). Odnotowano także brak wpływu strategii skoncentrowanych na emocjach na wymiary jakości życia i satysfakcję z życia, a także brak wpływu strategii skoncentrowanych na unikaniu na satysfakcję z życia oraz vitalność, zdrowie ogólne i ograniczenia fizyczne. W związku z powyższym modele mediacji uwzględniające te strategie jako zmienne objaśniające zostały pominięte. Utworzono łącznie 18 modeli uwzględniających jako zmienne objaśniające: stres w pracy oraz strategie skoncentrowane na problemie dla wymiarów jakości życia oraz satysfakcji z życia.

HIPOTEZA 4: Aktywność muzyczno-ruchowa Zumba® pełni rolę zmiennej towarzyszącej (mediatora) w rozpatrywanej hipotetycznie zależności między odczuwanym stresem a poczuciem jakości życia.

Kobiety aktywne muzycznie-ruchowo Zumba® odczuwają mniejsze skutki stresu na ogólną jakość życia. Innymi słowy, ten rodzaj aktywności fizycznej zmniejsza negatywne skutki stresu na jakość życia badanych kobiet. Bezpośredni wpływ stresu na ogólną satysfakcję z życia jest ujemny, co oznacza, że wraz ze wzrostem poziomu stresu o jedną jednostkę, satysfakcja z życia

maleje o 0,35 jednostki. Wynik ten wskazuje, że wśród kobiet, które są aktywne muzyczno-ruchowo Zumba® odczuwany stres wpływa mniej negatywnie na satysfakcję z życia. Aktywność pełni tutaj rolę bufora chroniącego poczucie satysfakcji z życia.

Aktywność muzyczno-ruchowa Zumba® obniża negatywny wpływ stresu na funkcjonowanie fizyczne badanych kobiet (poprawia ich funkcjonowanie fizyczne). Wynik wskazuje, że aktywność muzyczno-ruchowa obniża negatywny wpływ stresu w pracy na ograniczenia fizyczne. Uwzględnienie w modelu aktywności sprawia, że skutek wpływu stresu w pracy na dolegliwości bólowe jest mniej negatywny – aktywność muzyczno-ruchowa Zumba® obniża negatywny wpływ stresu na dolegliwości bólowe poprawiając przy tym jakość życia badanych kobiet w tym zakresie.

Wynik wskazuje, że aktywność muzyczno-ruchowa Zumba® obniża negatywny wpływ stresu w pracy na zdrowie ogólne.

Aktywność muzyczno-ruchowa Zumba® obniża negatywny wpływ stresu w pracy na ograniczenia fizyczne.

W literaturze czytamy, że kobiety chcąc zadbać o własne zdrowie oraz jakość życia rzeczywiście coraz częściej podejmują aktywność fizyczną. Badania potwierdzają, że u kobiet aktywność fizyczna koreluje z czynnikami prozdrowotnymi takimi jak wzrost sprawności motorycznej czy też utrzymanie bądź poprawa dobrego samopoczucia). (Żarów i Matusik 2005). W badaniach kobiet uczestniczących w zajęciach Zumba fitness zauważono pozytywne efekty w obrębie jakości życia i ustępującego bólu (Cugusi, Wilson, Serpe, i in 2016) niezależnie od trwania ich uczestnictwa w zajęciach.

Tezę tę podkreślają badania skupiające uwagę na kobietach w wieku średnim, pracujących, posiadających siedzących tryb pracy. Badacze zwrócili uwagę na pozytywny związek udziału tych kobiet w zajęciach Zumba fitness z jakością życia (HRQoL) (Notarnicola, Maccagnano, Pesce, i in. 2015)

Stres, który towarzyszy pracy i życiu codziennemu może zwiększać zapotrzebowanie na serotoninę, a ta wpływa znacząco na przeżywane emocje (Mahar, Bambico, Mechawar, Nobrega 2014). Podczas aktywności fizycznej organizm uwalnia substancje (serotoninę i endorfiny) odpowiedzialne za powstawanie pozytywnych emocji (Meadows 2014). W literaturze czytamy, że podejmowanie regularnej aktywności fizycznej o umiarkowanym

charakterze obniża poziom kortyzolu we krwi (Gleeson 2006), a osoby aktywne fizycznie w porównaniu z osobami nieaktywnymi są bardziej odporne na stres (Lindwall, Gerber et al. 2014; Stults- Kolehmainen, Sinha 2014), co potwierdza, iż aktywność muzyczno- ruchowa obniża negatywny wpływ stresu w pracy na zdrowie ogólne. Inne badania (Kościcka, Czepczor, Brytek-Matera 2016), również wskazują na powiązania między udziałem w aktywności fizycznej a odczuwanym poziomem stresu. Wskazane wyniki badań wpisują się trend promujący zdrowy styl życia, w tym zachęcający do udziału w aktywności fizycznej. Wskazują na rolę m.in. udziału w aktywności fizycznej, w doświadczaniu emocji i stresu.

Aktywność fizyczna jest istotną częścią zdrowego stylu życia, pełni znaczącą rolę przed chorobami sercowo-naczyniowymi, zaburzeniami metabolicznymi, zaburzeniami szkieletowymi, wpływa na dobrostan psychiczny (Vendramin et al. 2016) a więc na postrzeganie i emocje związane z wizerunkiem własnego ciała, kondycją zdrowotną, samooceną itd. (Pop 2017)

Poziom życia kobiet w wieku średnim związany jest ze statusem społeczno-ekonomicznym, poziomem wykształcenia, miejscem zamieszkania, sytuacją rodzinną i zawodową. Na stan zdrowia fizycznego i psychicznego w dużym stopniu wpływa gospodarka hormonalna, szczególnie w okresie menopauzalnym i związana z nią konieczność, lub jej brak, stosowania terapii hormonalnej. Czynniki te omawiane są w kontekście wpływu na jakość życia kobiet, a pomocny w ocenie staje się kwestionariusz SF-36 (Kolarzyk 2009). Zmiany ogólnoustrojowe związane z tym okresem zwiększają podatność na czynniki stresowe (obciążenie pracą zawodową i obowiązkami domowymi) Czynniki te wpływają na kondycję psychofizyczną kobiet a tym samym satysfakcję z życia. Jak wskazują badania (Bąk-Sosnowska, Skrzypulec-Plinta 2012), podejmowanie aktywności fizycznej przez kobiety w okresie średniej dorosłości niesie za sobą korzyści zdrowotne i psychologiczne.

Obecne badanie otwiera nowe możliwości dla przyszłych badań w pokrewnych obszarach, w tym m.in. związek podejmowania AMR Zumba® z problemami psychospołecznymi kobiet SG; wpływ jakości zajęć zumba na odreagowanie stresu kobiet SG, dobór.

Badanie może mieć wpływ na szerzenie świadomości wśród terapeutów, psychologów ale także instruktorów znaczenia udziału w zajęciach Zumba dla kobiet z pokolenia SG.

WNIOSKI

W niniejszej rozprawie skoncentrowano się na problematyce dotyczącej aktywności muzyczno-ruchowej i jej związku z jakością życia i stresem kobiet w okresie średniej dorosłości, z uwzględnieniem kobiet z pokolenia sandwich generation. Na podstawie przeprowadzonych badań empirycznych oraz statystycznych analiz zgromadzonego materiału badawczego sformułowano następujące wnioski:

- 1. Kobiety dorosłe, z uwzględnieniem pokolenia „sandwich generation”, podejmujące systematyczną aktywność muzyczno-ruchową Zumba® uzyskują istotnie wskaźniki nasilenia odczuwanego stresu w porównaniu do kobiet, które nie są aktywne fizycznie w. Przeprowadzona analiza wykazała również brak związku między grupami wiekowymi dorosłych kobiet a odczuwanym nasileniem stresu. Kobiety w różnym okresie dorosłości nie różniły się nasileniem odczuwanego stresu.*
- 2. Kobiety będące uczestniczkami 12. tygodniowego cyklu zajęć Zumba® deklarują wyższy wskaźnik jakości życia w obszarach jakości życia, funkcjonowania fizycznego, dolegliwości bólowych, zdrowia ogólnego, witalności, funkcjonowania społecznego, zdrowia psychicznego; w porównaniu z kobietami nieaktywnymi w tym czasie w ogóle.*
- 3. Odczuwane nasilenie stresu (w pracy i życiu prywatnym) oraz strategie skoncentrowane na problemie okazały się istotnie korelować z wszystkimi wymiarami jakości życia i satysfakcji życiowej. Jedynie dla dolegliwości bólowych oraz ograniczeń fizycznych nie odnotowano istotnego związku ze strategią skoncentrowaną na problemie. Analiza wyników wykazała także, że im wyższy jest odczuwany stres, tym jakość życia i satysfakcja z życia jest mniejsza.*
- 4. Wśród kobiet, które są aktywne muzyczno-ruchowo Zumba® odczuwany stres wpływa mniej negatywnie na satysfakcję z życia. Ponadto aktywność muzyczno-ruchowa obniża negatywny wpływ stresu w pracy na ograniczenia fizyczne, dolegliwości bólowe, zdrowie ogólne ograniczenia fizyczne.*

BIBLIOGRAFIA

- Abbey, A., Andrews, F. M. (1985). Modeling the psychological determinants of life quality. *Social Indic. Res.*, 16.
- Adamczak, M., Sęk H. (1997). Znaczenie jakości życia w nowoczesnej opiece psychologicznej pacjentów onkologicznych. W: J. Meyza (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Warszawa: Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie.
- Adegoke, T.G. (2014). Effects of occupational stress on psychological well-being of police employees in Ibadan Metropolis. Nigeria. *African Research Review: An International Multi-disciplinary Journal*, 8(32), 302-32.
- Adkins, L., Lury, C. (2000). Making People, Making Bodies, Making Work. W: L. McKie, N. Watson (red.), *Organizing Bodies: Policies, Institutions & Work* (s. 151-165). Basingstoke: Macmillan.
- Ainsworth, B.E. (2000). Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32 (9), 498-516.
- Alwi, S. A. R., Lee, P. Y., Awi, I., Mallik, P. S., Md Haizal, M. N. (2009). The menopausal experience among indigenous women of Sarawak, Malaysia. *Climacteric*, 12(6), 548-556
- 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).
- Anderson, R. (2013). Positive Sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, nr 56 (2), 208-214.
- Anshel, M.H. (2014). *Applied health fitness psychology*. Champaign: Human Kinetics.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Warszawa: Fundacja IPN.
- Antonovsky, A. (1997). Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 206-231). Warszawa: PWN.
- Antonovsky, A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN.
- Anýžová, P., & Matějů, P. (2018). Beauty still matters: The role of attractiveness in labour market outcomes. *International Sociology*, 33(3), 269-291
- Appelt, K. (2005). Środkowy okres dorosłości, jak rozpoznać potencjał dojrzałych dorosłych. W: A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 503-552). Gdańsk: GWP.
- Appelt, K. (2015). Środkowy okres dorosłości. Jak rozpoznać potencjał dojrzałych dorosłych? W: A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 503-552). Gdańsk: GWP.
- Arcimowicz, K. (2003). *Obraz mężczyzny w polskich mediach. Prawda - fałsz - stereotyp*. Gdańsk: GWP.
- Avis, N. E., Assmann, S. F., Kravitz, H. M., Ganz, P. A., Ory, M. (2004). Quality of life in diverse groups of midlife women: assessing the influence of menopause, health status and psychosocial and demographic factors. *Quality of Life Research*, 13(5), 933-946.
- Badinter, E. (1993). XY. *Tożsamość mężczyzny*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.

- Badinter, E. (1998). *Historia miłości macierzyńskiej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Volumen.
- Bakiera, L. (2003). Rodzicielstwo a rozwój dorosłych w wieku średnim. W: B. Harwas-Napierała (red.), *Rodzina a rozwój człowieka dorosłego* (s. 47–62). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Balcerzak-Paradowska, B. (2004). *Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków*. Warszawa: IpiSS.
- Balsewicz, W. K. (2000). *Ontokinezylogia człowieka*. Moskwa: Teoria i Praktyka Fizycznej Kultury.
- Baltes, P.B., Gluck, J., Kunzmann U. (2004). Mądrość. Jej struktura i funkcje w kierowaniu pomyślnym rozwojem w okresie całego życia. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 117-146). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bandura, A. (1997) *Self-Efficacy The Exercise of Control*. New York: Freeman and Company.
- Banio, A. (2014). Taniec jako naturalna ekspresja ruchowa człowieka. W: J. Nowocień, K. Zuchora (red.), *Wychowanie fizyczne i sport jako prawo człowieka i proces ciągłej edukacji*. Warszawa: Oficyna Drukarska Jacek Chmielewski.
- Banio, A., Banio-Surmiak, J. (2017). Wpływ zajęć tanecznych na wzrost jakości życia osób starszych. *Handel wewnętrzy*, 4 (369), 5-18.
- Banister, E. M. (1999). Women's Midlife Experience of Their Changing Bodies. *Qualitative Health Research*, 9(4), 520-537.
- Banister, E. M. (2000). Women's midlife confusion: "why am I feeling this way?" *Issues in Mental Health Nursing*, 21(8), 745–764.
- Bańka, A. (2005). *Psychologia jakości życia*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Barnett, R. C. (2004). Women and Multiple Roles: Myths and Reality. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(3), 158–164.
- Barranco-Ruiz, Y., Mandic, S., Paz-Viteri, S., Guerendiain, M., Sandoval, F., Villa-González, E. (2017). A short dance-exercise intervention as a strategy for improving quality of life in inactive workers. *Health Educ. J*, 76.
- Bauman, Z. (1995). *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*. Toruń: Uniwersytet Mikołaja Kopernika.
- Bauman, Z. (2011). *Kultura w płynnej nowoczesności*. Warszawa: Narodowy Instytut Audiowizualny.
- Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Bejnarowicz, J. (1994). Zmiany stanu zdrowia Polaków i jego uwarunkowań. Wyzwania dla promocji i zdrowia. *Promocja zdrowia. Nauki społeczne i medyczne*, 9-36.
- Belle, D. (1990). Poverty and women's mental health. *American Psychologist*, 45(3), 385-389.
- Bem, S. L. (1981). Gender Schema Theory: A Cognitive Account of Sex Typing. *Psychological Review*, 88(4), 354–364.
- Bem, S.L. (2000). *Męskość i kobiecość. O różnicach wynikających z płci*. GWP: Gdańsk.
- Ben-Galim, D., Silim, A. (2013). *The Sandwich Generation Older Women Balancing Work and Care. Report Condition Britain*. London: Institute for Public Policy Research.
- Berzon, R. (1997). Dostosowanie kwestionariusza oceny zdrowotnej do międzynarodowych badań. W: J. Meyza (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Warszawa: Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie.

- Biddle, A. K., West, S. L., D'Aloisio, A. A., Wheeler, S. B., Borisov, N. N., Thorp, J. (2009). Hypoactive Sexual Desire Disorder in Postmenopausal Women: Quality of Life and Health Burden. *Value in Health*, 12(5), 763–772.
- Biddle, S.J.H., Mutrie, N. (2008). *Psychology of physical activity Determination, well-being and interventions*, London New York: Routledge,
- Bielawska-Batorowicz, E. (2005). Koncepcje menopauzy. Część I – ujęcie demograficzne i kulturowe. *Przegląd Menopauzalny*, 2, 10–18.
- Bień, B., Wojszel, Z.B., Wilmańska, J., Sienkiewicz, J. (2001). *Starość pod ochroną. Opiekunowie rodzinni niesprawnych osób starych w Polsce. Porównawcze studium środowiska miejskiego i wiejskiego*. Kraków- Białystok: Oficyna Wydawnicza TEXT.
- Bilikiewicz, A., Strzyżewski, W. (1992). *Psychiatria*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Bińkowska, M. (2011). Menopauza. W: W. Zgliczyński (red.), *Wielka Interna. Endokrynologia. Część 2* (s. 609–619). Warszawa: Wyd. Medical Tribune.
- Błędowski, P. (2012). Zaspokojenie potrzeb opiekuńczych ludzi starych. W: B. Szatur-Jaworska (red.), *Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie*. Tezy i rekomendacje (s. 55-62). Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich.
- Błędowski, P. (2013) Społeczne aspekty problemu starzenia się. Sytuacja materialna osób starszych. Problem wykluczenia społecznego. W: B. Samoliński, F. Raciborski (red.), *Zdrowe starzenie się. Biała Księga* (s. 18-21). Warszawa: Wyd. Naukowe Scholar.
- Bloch, A. (2002). Self-awareness during the menopause. *Maturitas*, 41(1), 61-68.
- Blomstrand, A., Björkelund, C., Arai, N., Lissner, L., Bengtsson, C. (2009). Effects of leisure-time physical activity on well-being among women: a 32-year perspective. *Scandinavian J Public Health*. 37(7), 706-712.
- Boas, F. (1972). *The Function of Dance in Human Society*. New York: Dance Horizons.
- Bojar, I., Witczak M., Stępnia, A., Łyszcz, R., Raczkiewicz, D., Humeniuk E. (2013). Funkcje poznawcze mierzone baterią testów CNS VS a subiektywna ocena zaburzeń pamięci, koncentracji i obniżenia jakości życia kobiet po menopauzie. *Przegląd Menopauzalny*, 5, 371–377.
- Bolin, K., Lindgren, B., Lundborg, P. (2008). Your next of kin or your own career? Caring and working among the 50+ of Europe. *Journal of Health Economics*, 27(3), 718–738.
- Bong, G. M., Riding, J.R. (1991). Occupational Stress and Satisfaction in Teaching. *British Educational Research Journal*, 17, 263- 281.
- Booth, M.L., Macaskill, P., Owen, N., Oldenburg, B., Marcus, B.H., Bauman, A. (1993). Population prevalence and correlates of stages of change in physical activity. *Health Education Quarterly*, 20, 431-440.
- Borowiec, A., Lignowska, I. (2012). Czy ideologia healthsizmu jest cechą dystynktywną klasy średniej w Polsce. *Kultura i społeczeństwo*, 3, 95–111.
- Bouchard, C. (1990). Discussion: heredity, fitness, and health. W: C. Bouchard C (red.), *Exercise, Fitness, and Health* (s. 147-153). Champaign: Hum. Kin. Publ.
- Bourdieu, P. (1984). *Distinction. Social critique of the judgement of taste*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Bourdieu, P. (2005). *Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądzienia*. Warszawa: Scholar.

- Bowling, A. (1995). *Measuring Disease: A Review of Disease-specific Quality of Life Measurement Scales*. Uniwersytet Michigan: Open University Press.
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J. (2003). Let's ask them: definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int. J. Aging. Hum. Dev.*, 56, 269.
- Bowman, H.A. (1942). *Marriage for Moderns*. New York and London: McGraw-Hill Book Co.
- Boyczuk, A. (2014). *The ebbs and flows: Stresses of sandwich generation caregivers. Unpublished thesis, Department of Kinesiology and Physical Education*. Waterloo, Canada: Wilfrid Laurier University.
- Boyd, D., Bee, H. (2008). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Zys i S-ka.
- Bradburn, N. M. (1969). *The Structure of Psychological Well-Being*. Oxford: Aldine.
- Brannon, L. (2002). *Psychologia rodzaju. Kobiety i mężczyźni: podobni czy różni?* Gdańsk: GWP.
- Brody, E. M., Philadelphia, P. (1981). "Women in the middle" and family help to older people. *Gerontologist*, 21(5), 471–479.
- Brown, G.W., Harris, T. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorders in women*. London: Tavistock.
- Brown, R.I. (1997). *Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice*. Stanley Thornes Publishers, UK: Cheltenham.
- Brownie, J.P., McGee, H.M., O'Boyle, C.A. (1997). Conceptual approaches to the assessment of quality of life, *Psychology and Health*, 12, 737.
- Brudnowska, A. (2010). Taniec i choreoterapia jako sposób na poprawę jakości życia współczesnej Polki. „*Nowiny Lekarskie*”, 79(1), 47–55.
- Brytek-Matera, A. (2010). *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Brzezińska, A. (2002). Dorosłość – szanse i zagrożenia dla rozwoju. W: A. Brzezińska, K. Appelt, J. Wojciechowska (red.), *Szanse i zagrożenia w okresie dorosłości* (s. 11-22). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Brzeziński, J. (2019). *Metodologia Badań Psychologicznych*. Warszawa: PWN.
- Buckworth, J., Dishman, R.K. (2002). *Exercise psychology*. Champaign: Human Kinetics.
- Budrowska, B. (2004) „Szklany sufit”, czyli co blokuje kariery kobiet. *Kultura i Historia*, 6, 5-19.
- Buss, D. M. (1989). Sex differences in human mate references: Evolutionary hypotheses tested in 37 cultures. *Brain nad Behavioral Sciences*, 12, 1–49.
- Buss, D. M. (2000). *Ewolucja pożądania*. Gdańsk: GWP.
- Byra, S. (2010). Rola poczucia koherencji w kształtowaniu temporalnej satysfakcji z życia osób z niepełnosprawnością nabytą. W: H. Cieśla (red.), *Człowiek- Niepełnosprawność- Społeczeństwo 2* (s. 12). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej.
- Cajdler-Łuba, A., Sobieszkańska-Jabłońska, A., Nadel, I., Salata, I. (2006). Co to jest menopauza? W: A. Lewiński (red.), *Menopauza bez tajemnic* (s. 13–22). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Caldini, R. (2016). *Wywieranie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka*. Sopot: GWP.
- Calvano, L. (2013). Tug of War: Caring for Our Elders While Remaining Productive at Work. *Academy of Management Perspectives*, 27(3), 204–218.

- Campbell, A., Converse, P.E., Rodgers, W.L., Rodgers M. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfactions*. New York.
- Campbell, P.T., Gross, M.D., Potter, J.D., Schmitz, K.H., Duggan, C., Mctiernan, A., Ulrich, C.M. (2010). Effect of Exercise on Oxidative Stress: A 12-Month Randomized, Controlled Trial. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 42(8), 1448–1453.
- Cannon, W.B. (1928). Neural organization for emotional expression. W: M.L. Reymert (red.), *Feelings and emotions: The Wittenberg symposium*. MA: Clark University Press, Worcester.
- Cantril, H. (1965). *The patterns of human concerns*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Carver, C., Scheier, M.F., Pozo, C. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- CBOS (2007). *Opinia społeczna o sytuacji kobiet w Polsce*, Warszawa.
- Cewińska, J. (2001). *Kobiety w zarządzaniu*. Łódź: Uniwersytet Łódzki.
- Chassin, L., Macy, J. T., Seo, D.-C., Presson, C. C., Sherman, S. J. (2010). The Association between Membership in the Sandwich Generation and Health Behaviors: A Longitudinal Study. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31(1), 38–46.
- Chasteen, J.C. (2004). *National Rhythmes, African Roots. The Deep History of Latin American Popular Dance*. Albuquerque: University of New Mexico Press.
- Chatterjee, C. (2000). Stressing Your Kids Out. *Psychology Today*, 33(2), 18.
- Chin-Tsai, K. (2013). The Effect of Recreational Sport Involvement on Work Stress and Quality of Life in Central Taiwan. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 41(10), 1705–1715.
- Chishti, S.H., Rafiq, M. (2019). Psychosocial Issues, Coping Strategies and Psychological Symptoms of Hirsute Women. *Pakistan Journal of Medical Research*, 58(3), 113–120.
- Chonody, J. M., Teater, B. (2016). Why do I dread looking old?: A test of social identity theory, terror management theory, and the double standard of aging. *Journal of Women & Aging*, 28(2), 112–126.
- Cianciara, D. (2010). *Zarys współczesnej promocji zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Claxton, G., Edwards, L., Scale-Constantinou, V. (2006). Cultivating creative mentalities: A framework for education. *Thinking Skills and Creativity*, 1, 57-61.
- Cleary, P.D., Mechanic, D. (1983). Sex differences in psychological distress among married people. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 111-121.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59, 676-684.
- Collie, J.R., Shapka, D.J., Perry, E.N. (2012). School Climate and Social-Emotional Learning: Predicting Teacher Stress, Job Satisfaction, and Teaching. Efficacy. *Journal of Psychology of Education*, 104, 1189-1204.
- Collins, R. (1979). *The Credential Society: An Historical Sociology of Education and Stratification*. New York: Academic Press.
- Cooper, K., Cooper, M. (1968). *Aerobics*. New York: Bantam Books.
- Cooper, K., Cooper, M. (1970). *The New Aerobics*. New York.
- Cooper, K., Cooper, M. (1972). *Aerobic for Women*. New York; Academic Press.

- Corazon, S.S., Stigsdotter, U.K., Ekholm, O., Pedersen, P.V., Scopelliti, M., Giuliani, M.V. (2010). Activities to alleviate stress and the association with leisure time activities, socioeconomic status, and general health. *Journal of Applied Behavioral Research*, 15, 161-174.
- Corbin, C.B., Welk, G.J., Corbin, W.R., Welk, K.A. (2007). *Fitness I wellness. Kondycja, sprawność, zdrowie*. Poznań: Zysk I S-ka.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, vol. 10 (3) , 365–388.
- Crespo, C.J. (2000). Encouraging physical activity in minorities: eliminating disparities by 2010. *The Physical and Sports Medicine*, 28 (10), 36-51.
- Crews, D., Landers, D.M. (1987). A meta-analytic review of aerobic fitness and reactivity to psychosocial stressors. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 19, 114-120.
- Cruz-Ferreira, A., Marmeleira, J., Formigo, A., Gomes, D., Fernandes, J. (2015). Creative Dance Improves Physical Fitness and Life Satisfaction in Older Women. *Research on Aging*, 37(8), 837-855.
- Cugusi, L., Wilson, B., Serpe, R., Medda, A., Deidda, M., Gabba, S., Satta, G., Chiappori, P., Mercurio, G. (2016). Cardiovascular effects, body composition, quality of life and pain after a Zumba fitness program in Italian overweight women. *J. Sports Med. Phys. Fitness*, 56, 328–335.
- Czapiński, J. (1992). *Psychologia szczęścia: przegląd badań teorii cebulowej*. Warszawa- Poznań: Akademos.
- Czapiński, J. (2004). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: PWN.
- Czapiński, J. (2005). *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa: PWN.
- Czapiński, J. (2017). *Psychologia szczęścia Kto, kiedy, dlaczego kocha życie i co z tego wynika czyli nowa odsłona teorii cebulowej*. PWN, Warszawa.
- Czapiński, J., Panek, T. (2015). *Diagnoza społeczna. Warunki i jakość życia Polaków*. Warszawa: Raport, Rada Monitoringu Społecznego.
- Czarnecka-Iwańczuk, M., Stanisławska-Kubiak, M., Mojs, E., Wilczak M., Samborski, W. (2013). Objawy menopauzy a satysfakcja z życia i samoocena wśród kobiet. *Przegląd Menopauzalny*, 6, 468–473.
- Czerniawska, E., Czerniawska-Far, J.M. (2007). *Psychologia węchu i pamięci węchowej*. Warszawa: WAiP.
- Czyżkowska, A., Rawińska, M., Lew-Starowicz, Z. (2011). Zaburzenia pożądania u kobiet w okresie klimakterium w praktyce klinicznej. *Przegląd Menopauzalny*, 6, 448–453.
- Dąbrowski A. (2006). *Zarys teorii rekreacji ruchowej*. Warszawa: Wyższa Szkoła Ekonomiczna.
- Daley, A., Macarthur, C., Stokes-Lampard, H., McManus, R., Wilson, S., Mutrie, N. (2007). Exercise participation, body mass index, and health-related quality of life in women of menopausal age. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 57(535), 130–135.
- Danilewicz, W. (2006). *Sytuacja życiowa dzieci w rodzinach migracyjnych*. Białystok: Wyd. Uniwersytetu Trans Humana.
- Dautzenberg, M. G. H., Diederiks, J. P. M. (1998). Women of a middle generation and parent care. *International Journal of Aging & Human Development*, 47(4), 241- 262.
- Davies, D. (1972). *Dictionary of Anthropology*. New York: Crane, Russak & Co.

- Davis, S. (1996). *Zdrowie kobiety – menopauza*. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica.
- Davis, S.K., Humphrey, N. (2014). Ability versus trait emotional intelligence: Dual influence on adolescent psychological adaptation. *Journal of Individual Differences*, 35, 54-62.
- Deaux, K., Lewis, L. (1984). Structure of gender stereotypes: Interrelationships among components and gender label. *Journal of Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 1171-1188.
- Degges-White, S. (2001). Midlife Transitions in Women: Cultural and Individual Factors. *Adultspan Journal*, 3(1), 4.
- Dehle, C., Larsen, D., Landers, J. E. (2001). Social Support in Marriage. *American Journal of Family Therapy*, 29(4), 307–324.
- Delextrat, A.A., Warner, S., Graham, S., Neupert E. (2015). An 8-week exercise intervention based on Zumba® improves aerobic fitness and psychological well-being in healthy women. *J. Phys. Act. Health*, 13(2), 131-9.
- Demel, J., Skład, A. (1986). *Teoria wychowania fizycznego dla pedagogów*. Warszawa: PWN.
- Demel, M. (1968). *O wychowaniu zdrowotnym*. Warszawa: PZWS.
- Demel, M. (1999). Pedagogika zdrowia, W: L. Turoś (red.), *Pedagogika ogólna i subdyscypliny* (s. 155-168). Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Zak.
- Demel, M. (1979). *Zdrowie. Studium teoretyczne*. Warszawa: Roczniki Naukowe AWF.
- Demel, M. (1980). *Pedagogika zdrowia*. Warszawa: WSiP.
- Demel, M. (2002). *Pedagogika zdrowia*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Demel, M. (2008). *Repetycje. Wybrane zdania o kulturze fizycznej, o zdrowiu i wychowaniu*. Warszawa: AWF.
- DeRigne, L., Ferrante, S. (2012). The sandwich generation: A review of the literature. *Florida Public Health Review*, 9, 95-105.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Diener, E., Luca, R. E., Scollon C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61, 305-314.
- Diener, E., Lucas, R. (2005). Dobrostan emocjonalny, W: M. Lewis, J. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji* (s. 415-426). Gdańsk: Wyd. GWP.
- Diener, E., Lucas, R.E., Oishi, S. (2004). Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia. Tłum. M. Szuster. W: J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka* (s. 35–50). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dillon, S., Benson, M.C. (2003). *Kobieta i poczucie własnej wartości*. Gdańsk: GWP.
- DiLorenzo, T.M., Bargman, E.P., Stucky-Ropp, R., Brassington, G.S., Frensch, P.A., LaFontaione, T. (1999). Long-term effects of aerobic exercise on psychological outcomes. *Preventive Medicine*, 28, 75-85.
- Dittmar, H., Halliwell, E., Stirling, E. (2009) Understanding the impact of thin media models on women's body-focused affect: The roles of thin-ideal internalization and weight-related self-discrepancy activation in experimental exposure effects. *Journal of social Clinical Psychology*, 28, 43-72.

- Dixon, J.K., Dixon, J.P., Hickey, M. (1993). Energy as a central factor in the self-assessment of health. *ANS Adv Nurs Sci.*, 15(4):1-12.
- Domański, H. (1999). *Zadowolony niewolnik idzie do pracy. Podstawy wobec aktywności zawodowej kobiet w 23 krajach*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.
- Domene, P.A., Moir, H.J., Pummell, E., Easton, C. (2014). Physiological and perceptual responses to Latin partnered social dance. *Hum Mov Sci*, 37, 32–41.
- Domene, P.A., Moir, H.J., Pummell, E., Knox, A., Easton, C. (2016). The health-enhancing efficacy of Zumba® fitness: An 8-week randomised controlled study. *J. Sports Sci*, 34, 1396–1404.
- Donath, L., Roth, R., Hohn, Y., Zahner, L., Faude, O. (2014). The effects of Zumba training on cardiovascular and neuromuscular function in female college students. *European Journal of Sport Science*, 14 (6), 569-577.
- Doress-Worters, P. B. (1994). Adding Elder Care to Women's Multiple Roles: A Critical Review of the Caregiver Stress and Multiple Roles Literatures. *Sex Roles*, 31(9–10), 597–616.
- Drabik, J. (1996). *Aktywność fizyczna w treningu zdrowotnym osób dorosłych*. Gdańsk: AWF.
- Drabik, J. (1997). *Aktywność, sprawność i wydolność fizyczna jako miernik zdrowia człowieka*. Gdańsk: AWF.
- Drabik, J. (2009). Aktywność fizyczna czy aktywność ruchowa? *Antropomotoryka*, 19 (46), 119-123.
- Drabik, J. (2009). Nauczyciel wobec uwarunkowań zdrowia. W: J. Drabik., M. Resiak (red.), *Nauczyciel jako pedagog i promotor zdrowia*. Gdańsk: AWFIS.
- Drabik, J. (2011). Profilaktyka zdrowia: aktywność fizyczna czy aktywność ruchowa. *Wychowanie fizyczne i zdrowotne*, 5, 4-8.
- Drabik, J., Pańczyk, W., Resiak, M., Łysak, A., Walentukiewicz, A., Wilk, B., Włodarczyk, P., Zalewska, A., Ziółkowski, A. (2010). *Promocja zdrowia i zachowań zdrowotnych*. Gdańsk: AWFIS.
- Drabik, J., Resiak, M., Ziółkowski, A. (2010). Zdrowie i jego uwarunkowania. W: J. Drabik, M. Resiak, (red.), *Styl życia w promocji zdrowia* (s. 7- 28). Gdańsk: AWFIS.
- Driver, I. (2000). *A Century of Dance. A Hundred Years of Musical Movement, from Waltz to Hip Hop*. London: Octopus.
- Drohomirecka A., Kloc K., Kotarska K. (2010). Sprawność motoryczna kobiet uprawiających taniec nowoczesny. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego* nr 631.
- Dunham, K. (1969). *Island Possessed*. Chicago: University of Chicago Press.
- Durity, A. (1991). The Sandwich Generation Feels The Squeeze. *Management Review*, 80(12), 38.
- Duxbury, L., Chiggins, C., Canadian Policy Research Networks Inc., O. (Ontario). (2001). Work-Life Balance in the New Millennium: Where Are We? Where Do We Need To Go? *CPRN Discussion Paper*.
- Duxbury, L., Chiggins, Ch. (2001). *Work-life balance in the new millennium: Where are we? Where do we need go? Work Network*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks.
- Dyczewski, L. (1994). *Rodzina społeczeństwo, państwo*. Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski.
- Dyczewski, L. (2002). *Wież między pokoleniami w rodzinie*. Lublin: KUL.
- Dye, J. (2010). *Fertility of American Women: 2008*. US Census Bureau: Current Population Reports.
- Dziurawicz-Kozłowska, A. (2002). Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości życia*, 1, 77.

- Eagly A.H., Wood, W. (1991). Explaining sex differences in social behavior: A social role perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 306-315.
- Eagly, A. H., Makhijani, M. G. (1991). What is beautiful is good, but...: A meta-analytic review of research on the physical. *Psychological Bulletin*, 110(1), 109
- Eagly, A.H. (1987). *Sex differences on social behavior: A social-role interpretation*. Hillsdale: NJ Erlbaum.
- Ebner, N. C., Luedicke, J., Voelkle, M. C., Riediger, M., Lin, T., Lindenberger, U. (2018). An Adult Developmental Approach to Perceived Facial Attractiveness and Distinctiveness. *Frontiers in Psychology*, 9, 561.
- Eby, L. T., Casper, W. J., Lockwood, A., Bordeaux, C., Brinley, A. (2005). Work and Family Research in IO/OB: Content Analysis and Review of the Literature (1980-2002). *Journal of Vocational Behavior*, 66(1), 124-197.
- Edwards, J. R., Rothbard, N. P. (2000). Mechanisms Linking Work and Family: Clarifying the Relationship between Work and Family Constructs. *Academy of Management Review*, 25(1), 178-199.
- Elavsky, S. (2010). Longitudinal examination of the Exercise and Self-Esteem Model in middle-age women. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 32, 862-880.
- Elavsky, S., McAuley, E. (2005). Physical activity, symptoms, esteem, and life satisfaction during menopause. *Maturitas*, 52(3-4), 374-385.
- Elavsky, S., McAuley, E., Motl, R., Konopack, J.K., Marquez, D.X., Hu, L. (2005). Physical activity enhances long-term quality of life in older adults: efficacy, esteem, and affective influences. *Annales of Behavioral Medicine*, 30, 138-145.
- Ellwood, I., Shekar, S. (2008). *Wonder Woman: Marketing Secrets for the Trillion Dollar Customer*. Michigan: Palgrave Macmillan.
- Endler, N.S., Parker I.D.A. (1990). *Coping inventory for stressful situations (CISS)*. Manual. Toronto: Multi- Health Systems Inc.
- Erikson, E.H. (1959, 1980). *Identity and the Life Cycle*. New York: W. W. Norton and Co.
- Erikson, E.H. (1980). *Identity and the Life Cycle*. New York: W. W. Norton and Co.
- Erikson, E.H. (1997). *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Erikson, E.H. (2002). *Dopełniony cykl życia*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Erikson, E.H. (2004). *Tożsamość a cykl życia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Etcoff, N. (2000). *Przetwarzają najpiękniejsi*. Warszawa: Wydawnictwo CiS.
- Featherstone, M. (1982). The Body in Consumer Culture. *Theory, Culture & Society*, vol. 1 (2), 18-33.
- Figaj, D., Począta, J. (2016). Motywy podejmowania aktywności fizycznej na przykładzie osób trenujących crossfit. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(6), 95-106.
- Fisher, S. (1990). *The evolution of psychological concepts about the body*. Champaign: Human Kinetics.
- Fodor, I. G., Franks, V. (1990). Woman in midlife and beyond: The new prime of life? *Psychology of Women Quarterly*, 14, 445-449.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1980) An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-231.
- Folkman, S., Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 754-774.

- Fong Yan, A., Cobley, S., Chan, C., Pappas, E., Nicholson, L.L., Ward, R.E., Murdoch, R.E., Gu, Y., Trevor, B.L., Vassallo, A.J. (2018). The Effectiveness of Dance Interventions on Physical Health Outcomes Compared to Other Forms of Physical Activity: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med*, 48, 933–951.
- Ford, M. T., Heinen, B. A., Langkamer, K. L. (2007). Work and family satisfaction and conflict: a meta-analysis of cross-domain relations. *The Journal of Applied Psychology*, 92(1), 57–80.
- Fox, K.R. (2000). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 228-240.
- Frieze, I. H., Olson, J. E., Russel, J. (1991). Attractiveness and income for men and women in management. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 1039–1057.
- Fritz, J. (1999). *Rave Culture; an insider's overview*. Canada: Smallfry Press.
- Frołowicz T. (2001). Ku edukacji zdrowotnej: Karta sprawności i zdrowia. W: I. Murawow (red.), *Zdrowie: istota, diagnostyka i strategie zdrowotne. Materiały z I Międzynarodowej Konferencji Naukowej*. Radom: ITE.
- Fuemmeler, B.F., Anderson, C.B., Masse, L.C. (2011). Parent child relationship of directly measured physical activity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8, 17-25.
- Gałdowa, A. (1995). *Powszechność i wyjątek. Rozwój osobowości człowieka dorosłego*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
- Gangiu, O.M. (2016). Sportul recreativ ca factor de socializare și promovare a activă a sănătății (Recreational sport as a factor of socialization and active health promotion). PhD Thesis, Summary. București. UNEFS, 32-35.
- Garcia-Fernández J., Elasri-Eijaberi A., Pérez-Tur F., Triadó-Ivern X., Herrera-Torres L., Aparicio -Chueca P. (2017). Social networks in fitness centres: the impact of fan engagement on annual turnover. *Journal of Physical Education and Sport*, 17(3).
- Gatchel, R.J., Baum, A., Krantz, D.S. (1989). *An introduction to health psychology*. New York: Random House.
- Gdula, M., Sadura, P. (2012). Style życia jako rywalizujące uniwersalności. W: M. Gdula, P Sadura (red.), *Style życia i porządek klasowy w Polsce s. 15-70*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- George, D., Mallery, P. (2016). IBM SPSS statistics 23 step by step: A simple guide and reference. Routledge.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity.
- Giddens, A. (2002). *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Giddens, A. (2012). *Socjologia*. Warszawa: PWN.
- Gillett, J.E., Crisp, D.A. (2017). Examining coping style and the relationship between stress and subjective well-being in Australia's "sandwich generation." *Australasian Journal on Ageing*, 36(3), 222–227.
- Giménez-Nadal, J. I., Marcén, M., Ortega, R. (2010). How do children affect parents' allocation of time? *Applied Economics Letters*, 17(17), 1715–1719
- Gimlin, D. (2007). What Is 'Body Work'? A Review of the Literature. *Sociology Compass*, 1, 353–370.

- Giza-Poleszczuk, A., Marody, M., Rychard, A. (2000). Zasoby indywidualne: faza życia a strategie działania w transformowanym systemie. W: A. Giza-Poleszczuk, M. Marody, A. Rychard (red.), *Strategie i system. Polacy w obliczu zmiany społecznej*. Warszawa: Wyd. IFIS PAN.
- Giza, A., Sikorska M. (2012). *Współczesne społeczeństwo polskie*. Warszawa: PWN.
- Głębocka A. (2009). *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Impuls.
- Gleeson, M. (2006). Can nutrition limit exercise-induced immunodepression. *Nutr Rev*, 64, 119-131.
- Gluziński, J. (1927). *Taniec i zwyczaj taneczny. Niektóre tańce i zwyczaje taneczne ludów dzikich*, Lwów.
- Gnana, D., Priya N.V (2016). The Causes of Stress and Its Coping Strategies Adopted by Working Women in Southern Part of Tirupur City – A Study. *Journal of Contemporary Research in Management*, 11(3), 3, 35-45.
- Gniazdowski, A. (1990). *Zachowania zdrowotne*. Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.
- Gochman, D.S. (1988). Health behavior: Plural perspectives. W: D.S. Gochman (red.), *Health behavior: Emerging research perspectives (s. 3-17)*. NY: Plenum.
- Goffman, E. (1976). *Gender advertisements*. New York: Harper & Row.
- Goleman, D. (2007). *Inteligencja społeczna*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Gonyea, J. G., Paris, R., de Saxe Zerden, L. (2008). Adult daughters and aging mothers: The role of guilt in the experience of caregiver burden. *Aging & Mental Health*, 12(5), 559–567.
- Goode, W.J. (2005). Teoria napięcia w roli. W: P. Sztompka, M. Kucia (red.), *Socjologia. Lektury* (s. 154-162). Warszawa: Wydawnictwo Znak.
- Gordon, J.R., Whelan, K.S. (1998). Successful professional women in midlife: How organisations can more effectively understand and respond to the challenges. *Academy of Management Executive*, 12, (1), 8-27.
- Gould, R. L. (1972). The phases of adult life: a study in developmental psychology. *The American Journal of Psychiatry*, 129(5), 521–531
- Grabe, S., Ward, L. M., Hyde, J. S. (2008). The Role of the Media in Body Image Concerns among Women: A Meta-Analysis of Experimental and Correlational Studies. *Psychological Bulletin*, 134(3), 460–476.
- Grabowski, H. (1999). *Teoria fizycznej edukacji*. Warszawa: WSiP.
- Grabowski, H. (2004). *Uwagi krytyczne o wychowaniu fizycznym i kształceniu nauczycieli*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Grabowski, H. (2016) *Mini eseje o życiu, nauce i edukacji*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Green, L. W., Kreuter, M.W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- Greenhaus, J., Allen, T. (2011). Work-family balance: A review and extension of the literature. W: J. C. Quick, E. Tetrick (red.), *Handbook of occupational health psychology* (s. 165–183). Washington: American Psychological Association.
- Grodzka-Kubiak, E. (2002). *Aerobik czy fitness*. Poznań: DDK Edycja.
- Grotowska-Leder, J., Roszak, K. (2016). *Sandwich generation? Wzory wsparcia w rodzinach trzypokoleniowych na przykładzie mieszkańców dwóch gmin województwa świętokrzyskiego*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

- Großing, S. (1997). Kultura zdrowotna jako cel zintegrowanego wychowania dla ruchu. *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, 1, 8-22.
- Gruszczyński, W., Goc, S. (2004). Pojęcie jakości życia w medycynie, *Kwartalnik Ortopedyczny*, 3, 151.
- Grześkowiak, B., Siwy-Hudowska A. (2016). Temperament, poczucie własnej skuteczności i jakość życia kobiet regularnie uprawiających sport w porównaniu z kobietami nieaktywnymi fizycznie. *Journal of Education, Health and Sport*, 6(6), 359-374.
- Gujski, M., Pinkas, J., Juńczyk, T., Pawełczak-Barszczowska, A., Raczkiewicz, D., Owoc, A., Bojar, I., Pinkas, J., Juńczyk, T., Pawełczak-Barszczowska, A. (2017). Stress at the place of work and cognitive functions among women performing intellectual work during peri- and post-menopausal period. *International Journal of Occupational Medicine & Environmental Health*, 30(6), 943–961.
- Gupta, N., Etcoff, N., Jaeger, M. (2016). Beauty in Mind: The Effects of Physical Attractiveness on Psychological Well-Being and Distress. *Journal of Happiness Studies*, 17(3), 1313–1325
- GUS (2012) Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 r. [dostęp 6 marca 2014 r.].
- Guszkowska, M. (2003). *Przebieg transakcji stresowej u młodzieży i czynniki go moderujące*. Warszawa: Wyd. AWF.
- Guszkowska, M. (2005). *Aktywność ruchowa a przebieg transakcji stresowej u młodzieży*. Warszawa: AWF.
- Guszkowska, M. (2006). Wpływ regularnych ćwiczeń aerobiku na stany emocjonalne kobiet. *Medycyna Sportowa*, 22, 163-168.
- Guszkowska, M. (2009). *Aktywność ruchowa kobiet. Formy, uwarunkowania, korzyści i zagrożenia*. Warszawa: AWF.
- Guszkowska, M. (2009). Ćwiczenia fizyczne a psychika kobiet. Korzyści i zagrożenia. W: M. Guszkowska (red.), *Aktywność ruchowa kobiet. Formy, uwarunkowania, korzyści i zagrożenia* (s. 275-288). Warszawa: Danmar.
- Guszkowska, M. (2012). Aktywność fizyczna a nastrój i zadowolenie z życia kobiet w wieku późniejszej dorosłości. W: J. Nowocień, K. Zuchora (red.), *Aktywność fizyczna i społeczne osób trzeciego wieku* (s. 217-227). Warszawa: AWF.
- Guszkowska, M. (2013). *Aktywność fizyczna i psychika*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Guszkowska, M., Sionek, S. (2011). Zmiany oceny ciała i nastroju kobiet uczestniczących w trzymiesięcznym programie ćwiczeń tlenowych. *Turystyka i Rekreacja*, 7, 121-126.
- Haas, L. (1995). Structural dimensions of the work-family interface. W: G. Bowen, J. Pittman (red.), *The work family interface: Families in focus series* (s. 113–121). Minneapolis: National Council on Family Relations.
- Hakannen, J.J., Feldt, T., Leskinen, E. (2007). Change and stability of sense of coherence in adulthood: longitudinal evidence from the Healthy Child study. *J Res Pers*, 41, 602-617.
- Halik, J. (2002). *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Hallam, J.S., Petosa, R. (2004). The Long-term impact of a four-session work-site intervention on selected social cognitive theory variables linked to adult exercise adherence. *Health Education and Behavior*, 31 (1), 88-100.
- Halliwell, E., Dittmar, H. (2003). A Qualitative Investigation of Women's and Men's Body Image Concerns and Their Attitudes Toward Aging. *Sex Roles*, 49(11–12), 675–684

- Halpern, D. (2008). Zdrowie i dobre samopoczucie. W: P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska (red.), *Socjologia codzienności* (s. 678-711). Kraków: ZNAK.
- Hamer, M., Stamatakis, E. (2012). Low-dose physical activity attenuates cardiovascular disease mortality in men and women with clustered metabolic risk factors. *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes*, 5, 494-499.
- Hamill, S.B., Golberg, W.A. (1997). Between Adolescents and Aging Grandparents: Midlife Concerns of Adults in the "Sandwich Generation". *Journal of Adult Development*, vol 4 (3), 135-147.
- Hammer, L. B., Neal, M. B. (2008). Working Sandwiched-Generation Caregivers: Prevalence, Characteristics, and Outcomes. *Psychologist-Manager Journal*, 11(1), 93-112.
- Hanna, J. L. (1987). *To Dance is Human. A Theory of Nonverbal Communication*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hanna, J. L. (1988). *Dance, Sex, Gender: Signs of Identity, Dominance, Defiance and Desire*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hanna, J.L. (1987). *To Dance Is Human*. Chicago: The University of Chicago.
- Harker, M., Solomon, M. (1996). Change in goals and values of men and women from early to mature adulthood. *Journal of Adult Development*, 3, 133-143.
- Harwas-Napierała, B., Trempała, J. (2014). *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*. Tom 2. Wydanie 3. Warszawa: PWN.
- Hassmen, P., Koivula, N., Uutela, A. (2000). Physical Exercise and Psychological Well-Being: A Population Study in Finland, *Preventive Medicine*, 30, 17-25.
- Havighurst, R.J. (1981). *Developmental tasks and education*. New York: Longman.
- Helms-Lorenz, M., Maulana, R. (2015). Influencing the psychological well-being of beginning teachers across three years of teaching: self-efficacy, stress causes, job tension and job discontent. *Educational Psychology*, 36, 569-594.
- Helson, R., Elliot, T., Leigh, J. (1990). Number and quality of roles: A longitudinal personality view. *Psychology of Women Quarterly*, 14, 83-101.
- Heszen-Niejędek, I. (2000). Stres o radzenie sobie – główne kontrowersje. W: I. Heszen-Niejędek, Z. Ratajczak Z. (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 12-43). Katowice: Wyd. UŚ.
- Heszen, I., Sęk H. (2012). Behawioralne uwarunkowania zdrowia i choroby. W: I. Heszen, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 90-104). Warszawa: PWN.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Poznań: PWN.
- Heszen, I., Sęk, H. (2008). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Hills, P., Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 1073-1082.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hobfoll, S.E. (2006). *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: GWP.
- Hoffman, C., Hurst, N. (1990). Gender stereotypes. Perception or rationalization? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (2), 197-208.

- Hofstede, G. (2000). *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*. Warszawa: PWN.
- Holmes, T.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 10, 121–132.
- Hong-kin Kwok. (2006). The Son Also Acts as Major Caregiver to Elderly Parents. *Current Sociology*, 54(2), 257–272.
- Horne, T.E. (1994). Predictors of physical activity interventions and behavior for rural homemakers. *Canadian Journal of Public Health*, 85, 132–135.
- Horney, K. (2001). *Psychologia kobiety*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Howley, E.T., Franks, B.D. (1997). *Health Fitness Instructors*. Handbook. Champaign: Human Kinetics.
- Hughes, Ch. (1958). *Men and Their Work*. Glencoe Illinois: The Free Press.
- Humphreys, B.R., McLeod, L., Ruseski, J. (2014). Physical activity and health outcomes: evidence from Canada. *Health Economics*, 23(1), 33–54.
- Huta, V., Zuroff, D. (2007). Examining Mediators of the Link Between Generativity and Well-being. *Journal of Adult Development*, 14(1/2), 47–52.
- Hvas, L. (2001). Positive aspects of menopause: a qualitative study. *Maturitas*, 39(1), 11–17.
- Igarashi, H., Hooker, K., Coehlo, D. P., Manoogian, M. M. (2013). "My nest is full:" intergenerational relationships at midlife. *Journal of Aging Studies*, 27(2), 102–112.
- Ingersoll-Dayton, B., Neal, M. B., Jung-Hwa Ha, Hammer, L. B. (2003). Redressing Inequity in Parent Care Among Siblings. *Journal of Marriage & Family*, 65(1), 201–212.
- InterAct Consortium (2012). Physical activity reduces the risk of incident type 2 diabetes in general and in abdominal lean and obese men and women: The EPIC- InterAct Study. *Diabetologia*, 55, 1944–1952.
- International Health, Racquet & Sportsclub Association (2008) „The IHRSA Global Report 2008”. Boston: IHRSA.
- International Health, Racquet & Sportsclub Association (2013) „The IHRSA European Health Club Report 2013. Boston: IHRSA.
- Izydorczyk, B., Rybicka-Klimczyk, A. (2009). Środki masowego przekazu i ich rola w kształtowaniu wizerunku ciała u zróżnicowanych wiekiem życia kobiet polskich (analiza badań własnych). *Problemy Medycyny Rodzinnej*, 3 (28), 20–32.
- Jachnis, A., Terelak, J.F. (1998). *Psychologia konsumenta i reklamy*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Jacques-Delcroze, E. (1921). *Rythmus, Music Und Erzeichnung*. Bazylea.
- Jacyno, M. (2007). *Kultura indywidualizmu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jain, S., Brown, D.R. (2001). Cultural dance: an opportunity to encourage physical activity and health in communities. *American Journal of Health Education*. Tom 32 (4), 216–222.
- James, R. K., Gilliland, B. E. (2005). *Crisis intervention strategies* (5th ed.). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Janaszczyk, A., Wengler, L., Popowski, P. (2012). *Filozoficzne, społeczne i prawne aspekty nauk o zdrowiu*. Gdańsk: PTPZ.

- Janis, I.L. (1958). *Psychological stress: Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients*. New York: Wiley.
- Jankowski, K., Czyżowska, A. (2013) Właściwości psychometryczne polskiej wersji skali zadowolenia z życia seksualnego dla kobiet. *Przegląd Seksuologiczny*, 36, 3-10.
- Jaracz, K. (2002). *Jakość życia po niedokrwiennym udarze mózgu: uwarunkowania kliniczne, funkcjonalne, psychospołeczne i czasowe: rozprawa habilitacyjna*. Poznań: Dział Wydaw. Ucz. AM.
- Jaracz, K., Wołowicka, L., Bączyk, G. (2001). Analiza walidacyjna polskiej wersji Indeksu Jakości Życia. *Postępy Rehab*, 15 (4), 65-74.
- Jaracz, K., Wołowicka, L., Kalfoss, M. (2001). Analiza walidacyjna polskiej wersji WHOQOL-100. W: L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych* (s. 291–302). Poznań: Dział Wydawnictw Uczelni Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.
- Jaworski, Z. (2005). *Koncepcje krzewienia kultury zdrowotnej w szkole polskiej (1965-2004)*. Warszawa: Oficyna Wydawniczo-Poligraficzna „Adam”.
- Jayasinghe, S.U, Torres, S.J, Hussein, M, Fraser, S.F, Lambert, G.W, Turner, A.I. (2017). Fitter Women Did Not Have Attenuated Hemodynamic Responses to Psychological Stress Compared with Age-Matched Women with Lower Levels of Fitness. *PLoS ONE*, 12(1).
- Juczyński, Z. Ogińska-Bulik, N. (2003). Zdrowie najważniejszym zasobem człowieka W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*. (s. 49-61). Łódź: UŁ.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2012). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: PTP.
- Jung, C.G. (1933/1972). *Collected works*. London: Routledge & Kagan Paul.
- Justyńska, M. (2004). Ruch a taniec. Znaczenie ruchu w kontekście wybranych technik tanecznych. *Kultura i wychowanie*, tom 1 (7) , 109-125.
- Kaczmarek, M. (2007). Określenie wieku menopauzy naturalnej w populacji polskich kobiet. *Przegląd Menopauzalny*, 2, 77–82.
- Kalińska, M., Milde, K. (2015). Efektywność grupowego i indywidualnego treningu fitness w redukcji tkanki tłuszczowej. *Zeszyty Naukowe WSKFiT* (10), 57-62.
- Kałużna-Wielobób, A. (2010). *Marzenia kobiet w wieku średnim*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.
- Kane, R.A. (2002). Quality of life. W: L. Breslow (red.), *Encyclopedia of Public Health* (s. 1003-1006). New York: Macmillan Reference.
- Karpińska, A. (2000). Możliwości kształtowania zdolności motorycznych przez taniec współczesny. *Nowa Medycyna*, 12.
- Karski, J.B. (2003). *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. Warszawa: Ce De Wu.
- Katsantonis, I. (2020). Factors Associated with Psychological Well-Being and Stress: A Cross-Cultural Perspective on Psychological Well-Being and Gender Differences in a Population of Teachers. *Pedagogical Research*, 5(4).
- Kaur, K., Arumugam, N., Yunus, N. M. (2013). Beauty Product Advertisements: A Critical Discourse Analysis. *Asian Social Science*, 9 (3), 61–71.
- Kawczyńska-Butrym, Z. (1995). *Podstawy pielęgniarstwa rodzinnego*. Warszawa: PZWL.

- Kawczyńska-Butrym, Z. (2004). *Kobiety i ich rodziny w osiedlach byłych pegeerów. Raport*. Olsztyn: Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
- Kawula, S. (2005). *Kształty rodziny współczesnej, szkice familologiczne*. Toruń: Wydawnictwo- Adam Marszałek.
- Kaźmierczak, U., Radzińska, A., Dzierżanowski, M., Bułatowicz, I., Strojek, K., Srokowski, G., Żukow, W. (2015). *Korzyści z podejmowania regularnej aktywności fizycznej przez osoby starsze*, *Journal of Education, Health and Sport*, 5 (1).
- Kealiinohomoku, J. (1970). An Anthropologist Look at Ballet as a Form of Ethnic Dance. *Impulse*, 24-33.
- Keene, J.R., Prokos, A.H. (2007). The sandwiched generation: Multiple caregiving responsibilities and the mismatch between actual and preferred work hours. *Sociological Spectrum*, 27, 365-387.
- Kimmel, M.S. (2000). *The Gendered Society*. New York: Oxford University Press.
- Kitzinger, J. (1995). Introducing focus groups. *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*, 311(7000), 299–302.
- Kłosowska, A. (2007). *Socjologia kultury*. Warszawa: PWN.
- Kłosowska, A. (1991). Kultura. W: E. Nowakowska-Sołtan (red.), *Pojęcia i problemy wiedzy o kulturze* (s.17-51). Wrocław: Wiedza o kulturze.
- Kobinowski, D. (1997). Edukacja taneczna dzieci i młodzieży. *Wychowanie na co dzień*, 4-5.
- Koch, P. B., Mansfield, P. K., Thureau, D., Carey, M. (2005). "Feeling Frumpy": The Relationships Between Body Image and Sexual Response Changes in Midlife Women. *Journal of Sex Research*, 42(3), 215–223.
- Koch, S.C., Riege, R.F.F., Tisborn, K., Biondo, J., Martin, L., Beelmann, A. (2019). Effects of Dance Movement Therapy and Dance on Health-Related Psychological Outcomes. A Meta-Analysis Update. *Front. Psychol*, 10, 1806.
- Kolasińska, E. (2012). Deprecjacja kompetencji kobiet w polskich organizacjach. *Kobieta i Biznes*, nr 1-4.
- Komarovsky, M. (1950). Functional Analysis of Sex Roles. *American Sociological Review*, 15(4), 508–516.
- Komunikat z Badań (2018) Aktywność fizyczna Polaków. Centrum Badań Opinii Społecznej nr 125/2018
- Kooij, D., Van De Voorde, K. (2011). How changes in subjective general health predict future time perspective, and development and generativity motives over the lifespan. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 84(2), 228–247
- Kościcka, K., Czepczor, K., Brytek-Matera, A. (2016). Ocena aktywności fizycznej i diety w kontekście przeżywanych emocji oraz stresu, *Rocznik Naukowy AWFis w Gdańsku*, 26, 22-34.
- Kotlarska-Michalska, A. (2001). Przemiany rodzinnych ról kobiety w okresie transformacji ustrojowej. W: Z. Tyska (red.), *Współczesne rodziny polskie- ich stan i kierunek przemian* (s. 91-103). Poznań: UAM.
- Kotlarski, K. (2011). Wschodząca i zachodząca dorosłość – rozwój czy tylko zmiany. W: P. Frąckowiak, J. Spętana (red.), *Bliskość i oddalenie horyzontu racjonalności. Codziennosc, nauka, edukacja. Próby i Szkice Humanistyczne* (s. 199-208). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Kotowska, I., Sztanderska, U., Wóycicka, I. (2007). *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce w świetle badań empirycznych*. Warszawa: Scholar.

- Kotowska, I.E. (2009). Spisy powszechne ludności jako źródło informacji o przemianach demograficznych i społecznych. *Wiadomości Statystyczne*, 9, 1-15.
- Kotre, J. (1996). *Outliving the Self: How we Live on in Future Generation*. New York: W.W. Norton&Company.
- Kotre, J., Kotre, K.B. (1998). Intergenerational buffers: "The damage stops here". W: E. Aubin, D.P. McAdams (red.), *Generativity and Adult Development: Psychosocial perspectives on caring for and contributing to the next generation*. (s. 367–389). Washington: American Psychological Association.
- Kowalczyk, J., Rzepa, T. (2015). Konflikt ról rodzinnych i zawodowych a poczucie satysfakcji z życia. *Opuscula Sociologica*, 2, 68.
- Kowalik, S. (1995). Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne. W: A. Bańska, R. Debis (red.), *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo i bezrobotnych* (s. 75-85). Poznań: Środkowoeuropejskie Centrum Ekonomii Działania Społ.
- Kowalski, M. (2002). Promocja zdrowia –uczeń i szkoła. W: A. Malinowski, J. Tatarczuk, R. Asienkiewicz; (red.), *Ontogeneza i promocja zdrowia w aspekcie medycyny, antropologii i wychowania fizycznego* (s. 182-188). Zielona Góra: Uniwersytet Zielonogórski.
- Koziełło, D. (1997). Terapia tańcem. *Kultura fizyczna*, nr 1.
- Koziełło, D. (2002). *Taniec i psychoterapia*. Poznań.
- Kozłowska, J. (2002). Choreoterapia w rehabilitacji niepełnosprawnych dzieci, młodzieży i dorosłych. *Rehabilitacja Medyczna*, t. 6, nr 2.
- Kran, M. (2001). Taniec jako forma psychoterapii. *Arka*, 36.
- Krasicki, S. (2006). Aktywność fizyczna a uwarunkowania rodzinne dzieci i młodzieży z Nowego Sącza i okolic. *Antropomotoryka*, 35, 61-68.
- Krawański, A. (2001). Niektóre dylematy towarzyszące strategii nauczania zdrowia. W: I. Murawow (red.), *Zdrowie, istota, diagnostyka i strategie zdrowotne w warunkach nauczania, pracy i sportu* (s. 259-267). Radom: Materiały Konferencyjne Międzynarodowej Konferencji Naukowej Krynica Górską 1999.
- Krawański, A. (2001). Projektowanie treningu zdrowotnego- metodyka postępowania. *Medicina Sportiva*, 5 (2), 129-146
- Krawański, A. (2003). *Ciało i zdrowie człowieka w nowoczesnym systemie wychowania fizycznego*. Poznań: AWF.
- Krawański, A. (2006). *Interaktywne uczenie się i nauczanie w wychowaniu fizycznym i fizjoterapii*. Poznań: AWF.
- Krawczyk, Z. (1990). Wspólnota narodowa. W: Z. Krawczyk (red.), *Socjologia polska* (s. 69-91). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Krawczyk, Z. (2002). Aktywność fizyczna a zdrowy styl życia w perspektywie integracji europejskiej. *Kultura Fizyczna*, 1-2.
- Kristiansen, C. M., Giuliatti, R. (1990). Perceptions of wife abuse: Effects of gender, attitudes toward women, and just-world beliefs among college students. *Psychology of Women Quarterly*, 14(2), 177-189.
- Kruczek, A., Basińska M.A. (2018). *Humor, stres i radzenie sobie z nimi u ludzi dorosłych*. *Adv Psychiatrii Neurol*; 27 (3): 181-195.

- Krzak, Z. (2007). *Od matriarchatu do patriarchatu*. Warszawa: Wydawnictwo TRIO.
- Krzysztofowicz, J. (2017). Znaki jakości życia. W: P. Żak (red.), *Jakość życia* (s. 79-94). Kielce: Wydawnictwo Charaktery.
- Kubiak, M. (2009). Psychologia zachowań zdrowotnych. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2 (32), 128-132.
- Kubler, M., Wójcik-Grzyb, A. (2010). Motives and benefits of physical activity in middle aged and elderly women's opinion. *Polish Journal of Sports Medicine*, 26, 253-259.
- Künemund, H. (2002). Die "Sandwich-Generation" – typische Belastungskonstellation oder nur gelegentliche Kumulation von Erwerbstätigkeit, Pflege und Kinderbetreuung? *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation* 22(4), 344-361.
- Kunemund, H. (2006). Changing Welfare States and the „Sandwich Generation”: Increasing Burden for the Next Generation? *International Journal of Ageing and Later Life*, 1 (2), 11-30.
- Kuński, H. (2003). *Trening zdrowotny osób dorosłych*. Warszawa: Medsportpress.
- Kurath, G. (1949). Panorama of Dance Ethnology. „Current Anthropology” nr 1.
- Kuźmińska, O. (1996). *Piękno ruchu taneczno-gimnastycznego*. Warszawa: SENS.
- Kuźmińska, O. (2002). *Taniec w teorii i praktyce*. Poznań: AWF.
- Kwiatek, A. (2014). Kobieta–matka vs. kobieta pracownica. Jakość życia pracujących zawodowo matek, „Studia Ekonomiczne. Katowice: *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach*, 179.
- Kwiatkowska, A., Nowakowska, A. (2006). *Mężczyzna polski: psychospołeczne czynniki warunkujące pełnienie ról zawodowych i rodzinnych*. Białystok: Wyd. Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Białymstoku.
- Lachman, M.E. (2004). Development in midlife. *Annual Review of Psychology*, 55, 305–331
- Lachman, M.E., Bertrand, R.M. (2001). Personality and the self in midlife, W: M.E.Lachman (red.), *Handbook of midlife development*. (s. 279–309). New York: John Wiley & Sons.
- Łaciak, B. (2005). *Obyczajowość polska czasu transformacji, czyli wojna postu z karnawalem*. Warszawa: Wydawnictwo Trio.
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadias*. Ottawa: A Working Document; Information Canada.
- Lang, S. S. (2001). Midlife crisis less common than many believe. *Human Ecology*, 29(2), 23.
- Lawrence, T. (2009). Beyond the Hustle. 1970s Social Dancing, Discotheque Culture, and the Emergence of the Contemporary Club Dancer. W: Red. J. Malning (red.), *Ballroom, Boggie, Shimmy Sham, Shake. A Social and Popular Dance Reader*. Chicago.
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. W: J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe, & D. E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (s. 3–27).
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer- Verlag.
- Le Blanc, P., De Jonge, J., Schaufeli, W. (2003). Stres zawodowy a zdrowie pracowników. W: N. Chmiel (red.), *Psychologia pracy i organizacji*, Gdańsk: GWP.
- Leith, L.M. (1994). *Foundations of exercise and mental health*. Morgantown: Fitness Information Technology.
- Leseth, A. (2014). Experiences of moving: A history of women and sport in Tanzania. *Sport in Society*, 17 (4), 479–491.

- Levinson, D.J., Darorow, C., Klein, E., Levinson, M., McKee B. (1978). *The Seasons of a Man's Life*. New York: Knopf.
- Levinson, D.J., Levinson, J. (1996). *The seasons of a woman's life*. New York: Knopf.
- Lewicki, A. (1969). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Lifton, R.J. (1979). *The broken connection: on death and the continuity of life*. New York: Simon & Schuster.
- Lindh-Astrand, L., Hoffmann, M., Hammar, M., & Kjellgren, K. I. (2007). Women's conception of the menopausal transition--a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 509–517.
- Lindwall, M., Gerber, M., Jonsdottir, I.H., Börjesson, M., Ahlborg, G, Jr. (2014). The relationships of change in physical activity with change in depression, anxiety, and burnout: a longitudinal study of Swedish healthcare workers. *Health Psychol*, 33(11), 1309-1318.
- Lindwall, M., Ljung, T., Hadzibajramovic, E., Jonsdottir, I.H. (2012). Self-reported physical activity and aerobic fitness are differently related to mental health. *Mental Health and Physical Activity*, 5, 28-34.
- Lipowska M., Lipowski M. (2006). Poziom optymizmu a akceptacja własnego ciała przez kobiety w okresie adolescencji. *Psychologia rozwojowa*, 11 (3), 89-96.
- Lipowska, M., Lipowski, M. (2006). Ocena własnej atrakcyjności przez kobiety w różnym wieku. W: A. Chybicka, M. Kaźmierczak (red.), *Kobieta w kulturze – kultura w kobiecie. Studia interdyscyplinarne* (s. 385–402). Kraków: Impuls.
- Lipowska, M., Lipowski, M. (2013). Polish normalization of the Body Esteem Scale. *Health Psychology Report*, 1 (1), 78-81.
- Lippert, A.M., Damaske, S. (2019). Finding Jobs, Forming Families, and Stressing Out? Work, Family, and Stress among Young Adult Women in the United States. *Social Forces*, 98(2), 885–914.
- Lippert, L. (1997). Women at Midlife: Implications for Theories of Women's Adult Development. *Journal of Counseling & Development*, 76(1), 16–22.
- Livson, F.B. (1981). Path to psychological health in the middle years. Sex differences. W: D. H. Eichorn, J.A. Clausen, N. Haan, M.P. Honzik, P.B. Mussen (red.) *Present and past in middle life* (s. 195-221). New York: Academic Press.
- Long, B.C. (1984). Aerobic conditioning (jogging) and stress inoculation: A comparison of stress-management interventions. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 517-542.
- Long, B.C. (1985). Stress management interventions: A 15 month follow-up of aerobic conditioning and stress inoculation training. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 471-478.
- Long, B.C. (1993). Aerobic conditioning (jogging) and stress inoculation interventions: An exploratory study of coping. *International Journal of Sport Psychology*, 24, 94-109.
- Long, B.C., Cox, T. (2000). Women's ways of coping with employment stress: A feminist contextual analysis. W: P. Dewe, M. Leiter, T. Cox, (red.), *Coping, health and organizations* (109-123). Londyn: Taylor and Francis.
- Lowenstein, A. (2007). *Intergenerational Solidarity: Strengthening Economic and Social Ties*. New York: United Nations Headquarters.
- Łuszczzyńska, A. (2004). *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Warszawa: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Łuszczzyńska, A. (2012). *Psychologia sportu i aktywności fizycznej*. Warszawa: PWN.

- MacCann, C., Fogarty, G. J., Zeidner, M., Roberts, R.D. (2011). Coping mediates the relationship between emotional intelligence (EI) and academic achievement. *Contemporary Educational Psychology*, 36, 60-70.
- MacKinnon, D.P., Dwyer, J.H. (1993). Estimating mediated effects in prevention studies. *Evaluation Review*, 17, 144-158.
- Macrae, C.N., Stangor, Ch., Hewstone, M. (1999). *Stereotypy i uprzedzenia. Najnowsze ujęcie*. Gdańsk: GWP.
- Mahar, I., Bambico, F.R., Mechawar, N., Nobrega, J.N. (2014). Stress, serotonin, and hippocampal neurogenesis in relation to depression and antidepressant effects. *Neurosci Biobehav Rev*, 38, 173-192.
- Malina, R. M. (2002). Aktywność fizyczna a rokowanie długowieczności. *Medicina Sportiva*, 9 (1), 9-16.
- Malina, R.M., Biuchard, C. (1991). *Growth maturation and physical activity*. Champaign: Human Kinetics.
- Mandal, E. (2000). *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Mandal, E. (2003). *Kobiecość i męskość*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Mandal, E. (2004). Ciało jako proces – ciało jako obiekt. Obraz ciała u studentów Akademii Wychowania Fizycznego i studentów kierunków uniwersyteckich. *Czasopismo Psychologiczne*, 10 (1), 35-48.
- Mandal, E. (2008). *Miłość władza i manipulacja w bliskich związkach*. Warszawa: PWN.
- Mannheim, K. (1972). The Problems of Generations. W: K. Mannheim (red.), *Essays on the Sociology of Knowledge* (s. 481-495). London: Routledge&Kegan Paul.
- Martin Ginis, K.A., Bassett, R.L., Conlin C. (2012). Body image and exercise. W: E. Acevedo (red.), *Oxford handbook of exercise psychology* (s. 55-75). London: Oxford University Press.
- Maslow, A.M. (1954). *Motivation and Personality*. New York.
- Maslow, A.M. (2006). *Motywacja i osobowość*. Wydanie 2. Warszawa: PWN.
- Maszorek-Szymala A. (2012). Zachowania zdrowotne kobiet i mężczyzn czynnych zawodowo. *Nowiny Lekarskie*, tom 4 (81), 360-365.
- Matsumoto, D., Juang, L. (2007). *Psychologia międzykulturowa*. Gdańsk: GWP.
- Matthews, G., Emo, A.K., Funke, G., Zeidner, M., Roberts, R., Costa, P.T. Jr., Schulze, R. (2006). Emotional intelligence, personality and task-induced stress. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 12, 96-107.
- Matthews, K.A. (1990). Influences of Natural Menopause on Psychological Characteristics and Symptoms of Middle-Aged Healthy Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 345–351.
- McAdams, D.P. (1985). *Power, Intimacy and the Life Story*. Illinois: The Dorsey Press, Homewood.
- McAdams, D.P. (2001). Generativity In midlife. W: M.E. Lachman (red.), *Hand- book of Midlife Development* (s. 395–443). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- McAdams, D.P., De St Aubin, E., Logan, R. L. (1993). Generativity among young, midlife and older adults. *Psychology and Aging*, 8, 221–230.

- McAdams, D.P., Hart, H.M., Maruna, S. (1998). The anatomy of generativity. W: E. de St. Aubin, D.P. McAdams, (red.), *Generativity and Adult Development: How and why do we care for the next generation*. (s. 7–43). Washington: American Psychological Association.
- McAdams, D.P., Logan, R.L. (2004). What is generativity?. W: E. de St. Aubin, D.P. McAdams, K. Tae-Chang (red.), *The Generative Society: Caring for Future Generations*. (s. 15–31). Washington: American Psychological Association.
- McAuley, E., Mihalko, S.L., Bane, S.M. (1997). Exercise and self-esteem in middle-aged adults: Multidimensional relationships and physical fitness and self-efficacy influences. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 67-83.
- McGarrigle, C. A., Cronin, H., Kenny, R. A. (2014). The impact of being the intermediate caring generation and intergenerational transfers on self-reported health of women in Ireland. *International Journal of Public Health*, 59(2), 301-308
- McKenzie, S. (2013). *Get in physical: The Rise of Fitness Culture in America*. Kansas: University Press of Kansas.
- Meadows, Ch.M. (2014). *A psychological perspective on joy and emotional fulfillment*. New York: Routledge.
- Mechanic, D. (1962). *Students under stress: A study in the social psychology of adaptation*. New York: Free Press.
- Mensah, A. (2021). Job Stress and Mental Well-Being among Working Men and Women in Europe: The Mediating Role of Social Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5).
- Mietzel, G. (1999). Wprowadzenie do psychologii. Gdańsk: GWP.
- Mikulska, J. (2011). Paradoksy pozycji społecznej kobiet. W: K. Slany, B. Kowalska, M. Ślusarczyk (red.), *Kalejdoskop genderowy. W drodze do poznawania płci społeczno-kulturowej w Polsce* (s. 166-167). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Miller, D. A. (1981). The “sandwich” generation: adult children of the aging. *Social Work*, 26(5), 419–423.
- Miś, L. (2000). Ery i fazy rozwoju w życiu człowieka dorosłego w ujęciu Daniela J. Levinsona. W: P. Socha (red.), *Duchowy rozwój człowieka* (s. 52-57). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Młodawska, A. (2009). Naturalne piękno patriarchatu- analiza dyskursu antyfeministycznego w Polsce na przykładzie Gazety Wyborczej, Wprost, i Naszego Dziennika. W: B. Kowalska, K. Zielińska, B. Koschalska (red.), *Gender. Kobieta w kulturze i społeczeństwie*, (s. 347-348). Kraków: Rabit.
- Moen, P., Dempster-McClain, D., Williams Jr., R. M. (1992). Successful Aging: A Life-Course Perspective on Women’s Multiple Roles and Health. *American Journal of Sociology*, 97(6), 1612–1638
- Moir, A., Jessel, D. (1995). *Płeć mózgu*. Warszawa: PIW.
- Monday, I.F., Sunday, I. E. (2020). Occupational Stress, Physical Work Environment and Psychological Well-Being: The Experience of Bank Employees. *Gender & Behaviour*, 18(2), 15382–15389.
- Mrozek, K. (2007). *Fitness zawód czy pasja?* Kraków: Agencja Wydawniczo-Reklamowa Arte.
- Muise, A., & Desmarais, S. (2010). Women’s Perceptions and Use of “Anti-Aging” Products. *Sex Roles*, 63(1–2), 126–137.
- Murrock, C.J., Graor, C.H. (2014). Effects of dance on depression, physical function, and disability in underserved adults. *J. Aging Phys. Act*, 22, 380–385.

- Muszyński, M. (2009). *Moda, konsumpcja i rozrywka jako nowe style życia*. Toruń: Adam Marszałek.
- Myers, D. G. (2003). *Psychologia społeczna*. Poznań: Zys i S-ka.
- Nadel, M. (2003). Social Dance: A Portrait of People at Play. W: M. Nadel, M. Strauss (red.), *The dance experience: Insights into history, culture and creativity*. New Jersey: Highstown.
- Napierała, M., Szark-Eckardt, M., Żukowska, H., Kuska, M. i Żukow, W. (2014). Physical activity a healthy lifestyle in junior high school in Bydgoszcz. *Journal of Health Sciences*, 4 (11), 11–32.
- Narayan, C. (2008). Is There a Double Standard of Aging? Older Men and Women and Ageism. *Educational Gerontology*, 34(9), 782–787.
- Neal, M.B., Hammer, L.B. (2007). *Working Couples Caring for Children and Aging Parents: Effects on Work and Well-Being*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Neugarten, B.L. (1968). Adult personality. Toward a psychology of life cycle. W: B.L. Neugarten (red.), *Middle age and aging. a reader in social psychology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Newcomb, M. Th., Turner, H.R., Converse, Ph.E. (1970). *Psychologia społeczna*. Wrocław: PWN.
- Nichols S.L., Junk W.V. (1997). The Sandwich Generation: Dependency, Proximity, and Task Assistance Needs of Parents. *Journal of Family and Economic*, 18, 299–326.
- Nicole-Smith, L. (1996). Casualty, menopause, and depression. A critical review of the literature. *British Medical Journal*, 313(7067), 1229-1232.
- Nies M.A., Motyka C.L. (2006). Factors Contributing to Women's Ability to Maintain a Walking Program. *J Holistic Nurs.*, 24(1), 7-14.
- Nies, M.A., Motyka, C.L. (2006). Factors Contributing to Women's Ability to Maintain a Walking Program. *J Holistic Nurs*, 24(1), 7-14.
- Niewiedział, D. (2014). Już nie kobieta? Samoocena atrakcyjności ciała starzejących się wdów. *Dyskursy Młodych Andragogów*, 15, 263–278.
- Nizalova, O. (2012). The Wage Elasticity of Informal Care Supply: Evidence from the Health and Retirement Study. *Southern Economic Journal*, 79(2), 350–366
- Nocera, S., Zweifel, P. (1996). Women's role in the provision of long-term care, financial incentives, and the future financing of long term care. W: R. Eisen, F.A. Sloan (red.), *Long-term care: Economic issues and policy solutions*. (s. 79-102). Boston: Kluwer Academic Publishers
- Nosko, J. (2005) *Zachowania zdrowotne i zdrowie publiczne*. Łódź: IMP.
- Notarnicola, A., Maccagnano, G., Pesce, V., Tafuri, S., Leo, N. Moretti, B. (2015). Is the Zumba fitness responsible for low back pain? *Musculoskelet. Surg*, 99, 211–216.
- Nowa Encyklopedia Powszechna* (1996). Warszawa: PWN.
- Nowak P. F. (2010), Biegi uliczne nośnikiem wartości prozdrowotnych we współczesnej kulturze fizycznej. W: Z. Dziubiński, P. Rymarczyk (red.), *Kultura fizyczna a globalizacja, Salezjańska Organizacja Sportowa Rzeczypospolitej Polskiej* (s. 401-410). Warszawa.
- Nowak, A., Wójcik, M. (2000). *Kobieta w rodzinie w II Rzeczypospolitej i współcześnie. Zagadnienia filozoficzne, społeczno-ekonomiczne i prawne*. Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego.
- Nowak, M. (2010). Relacje między postrzeganiem wpływu aktywności fizycznej na zdrowie a uczestnictwem w ćwiczeniach lub pasywnością fizyczną kobiet. *Polish Journal of Sport and Tourism*, 17; 179-190.

- Nowak, P.F. (2007). *Trening zdrowotny kobiet w kontekście współczesnego stylu życia*. Racibórz: PWSZ.
- Nowak, P.F. (2008). Rola treningu rekreacyjno-zdrowotnego na tle wzorców zachowań we współczesnej kulturze. W: S. Zagórny (red). *Wzory kultury somatycznej a styl życia (s. 59-70)*. Opole: PO.
- Nowak, P.F. (2013). Trening zdrowotny w szkolnym procesie wychowania fizycznego. *Probl Hig Epidemiol*, 94 (3), 413-418.
- Nowocień, J. (2008). Kompetencje komunikacyjne polskich i niemieckich instruktorów rekreacji fizycznej w ich autoocenie. *Kultura Fizyczna*, 1-2, 1-11.
- O'Connor, D. J., Wolfe, D. M. (1987). On Managing Midlife Transitions in Career and Family. *Human Relations*, 40(12), 799–816.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.
- Olech-Himkowska O. (2012). Motywy podejmowania udziału w zajęciach tanecznych oraz oczekiwania w opinii uczestników i rodziców. *Aktywność ruchowa ludzi w różnym wieku*, 16.
- Olechnicki, K., Załęcki, P. (1997). *Słownik socjologiczny*. Toruń: Wydawnictwo Graffiti BC
- Olechnik, M. (2002). Średnia dorosłość. Wiek średni. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka, tom. 2*. (s. 234–262). Warszawa: PWN.
- Olechnik, M. (2004). Średnia dorosłość. Wiek średni. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia (s. 234-262)* Warszawa: PWN.
- Oleś, P. (2000). *Psychologia przełomu połowy życia*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Oleś, P. (2002). Jakość życia w zdrowiu i chorobie. W: Oleś P., Steuden S., Toczydłowski J. (red.), *Jak świata mniej widzę. Zaburzenia widzenia a jakość życia*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin.
- Oleś, P., Baranowska, M. (2003). Przełom połowy życia u kobiet. W: J. Meder (red.), *Problemy zdrowia psychicznego kobiet (s.151–160)*. Kraków: Redakcja Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
- Oleś, P., Baranowska, M. (2003). Przełom połowy życia u kobiet. W: J. Meder (red.), *Problemy zdrowia psychicznego kobiet*, (s. 151–160). Kraków: Redakcja Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
- Oleson, M. (1990). Subjectively perceived quality of life. *Image*, 11, 187.
- Olex, D. (2004). *Fitness, metodyka i praktyka*. Katowice: Górnośląska Oficyna Wydawnicza SA..
- Osika, G. (2017). O bólu generowanym społecznie. *Ethos*, 4(120), 87-102.
- Osiński, W. (2003). *Antropomotoryka*. Poznań: AWF.
- Osiński, W. (2011). Teoria wychowania fizycznego. Poznań: AWF.
- Ossowski, S. (1986). *O strukturze społecznej: Zagadnienia struktury społecznej. Struktura społeczna w społecznej świadomości*. Łódź: PWN.
- Ostrowska, A. (1999). *Styl życia a zdrowie z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa: IFiS PAN.
- Otok, S. (1981). *Geografia społeczna*. Warszawa: PZLG.
- Otok, S. (1987). *Geografia społeczna*. Warszawa: PWN.
- Ourada, V. E., Walker, A. J. (2014). A Comparison of Physical Health Outcomes for Caregiving Parents and Caregiving Adult Children. *Family Relations*, 63(1), 163–177.

- Owsiński, J.W., Tarchalski, T. (2008). Pomiar Jakości Życia. Na marginesie pewnego rankingu. *Zeszyty Naukowe Wydziału Informatycznych Technik Zarządzania Wyższej Szkoły Informatyki Stosowanej i Zarządzania „Współczesne Problemy Zarządzania”, 8.*
- Paluch, A. (1999). Wizerunek nasz, czyli ciało na scenie ponowoczesności. W: A. Paluch (red.), *Transformacja, ponowoczesność wokół nas i w nas* (s.126). Wrocław: Uniwersytet Wrocławski.
- Pańczyk, W. (1992). *Ku zdrowej szkole. Ruch w kontakcie z przyrodą*. Zamość: WOM.
- Papalia D., Olds, S. (1995). *Human development*. New York: McGraw- Hill Book Company.
- Papini, D. R., Intrieri, R. C., & Goodwin, P. E. (2002). Attitude toward menopause among married middle-aged adults. *Women & Health*, 36(4), 55–68.
- Parson, T., Bales, R.F. (1955). *Family, Socialization and Interaction*. New York-Londyn: The Free Press and Collier MacMillan.
- Parsons, T. (1972). *Szkice z teorii socjologicznej*. Warszawa: PWN.
- Pawłucki, A. (1992). *Wychowanie jako kulturowa rzeczywistość. Na przykładzie wychowania do wartości ciała*. Gdańsk: AWF.
- Pawłucki, A. (1996). *Pedagogika wartości ciała*. Gdańsk: AWF.
- Pawłucki, A. (1997). *Nauczyciel wobec wartości zdrowia- studium krytyczne*. Gdańsk: AWF.
- Pawłucki, A. (2007). *Osoba w pedagogice ciała. Prawo pokoju olimpijskiego*. Olsztyn: Olsztyńska Szkoła Wyższa im. J. Rusieckiego.
- Peace, S.M. (1990). *Researching social gerontology. Concepts, methods and issues*. Londyn: SAGE Publications.
- Pecino, V., Mañas, A.M., Díaz-Fúnez, A.P., Aguilar-Parra, M.J., Padilla-Góngora, D., López-Liria, R. (2019). Organisational Climate, Role Stress, and Public Employees' Job Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 1792.
- Penedo, F.J., Dahn, J.R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Curr Opin Psychiatry* 18(2), 189-193.
- Perez, B., Greenwood-Robinson, M. (2009). *Zumba®: Ditch The Workout, Join The Party! The Zumba Weight Loss Program*. New York- Boston: Life& Style.
- Petarli, G.B., Zandonade, E., Salaroli, L.B., Bissoli, N.W. (2015). Assessment of occupational stress and associated factors among bank employees in Victoria, State of Espirito Santo, Brazil. *Cien and Saude Coletiva* 20 (12),
- Philips, J. (2009). *Troska*. Warszawa: Wyd. SIC.
- Piekarska, J., Martowska, K. (2020). Adolescents' emotional abilities and stress coping strategies: The moderating role of gender. *Polish Psychological Bulletin*, 51(3).
- Pietrasiński, Z. (1990). *Rozwój człowieka dorosłego*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Pietrasiński, Z. (2001). *Mądrość, czyli świetne wyposażenie umysłu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Pigou, A. C. (1920). *The Economics of Welfare*. London: Macmillan and Co.
- Pines, A. M., Neal, M. B., Hammer, L. B., Icekson, T. (2011). Job Burnout and Couple Burnout in Dual-Earner Couples in the Sandwiched Generation. *Social Psychology Quarterly*, 74(4), 361–386.

- Polzer, J.C., Knabe, S.M. (2012). From desire to disease: Human papillomavirus (HPV) and the medicalization of nas cent female sexuality. *Journal of sex research*, 49, 344-352.
- Pop, C.L. (2017). Physical activity, body image, and subjective well-being. In Well-being and quality of life. *Medical Perspective*, 1, 1-19.
- Pospiszyl, K. (1986). *Psychologia kobiety*. Warszawa: PWN.
- Powell, G. N., Greenhaus, J. H. (2010). Sex, Gender, and Decisions at the Family → Work Interface. *Journal of Management*, 36(4), 1011–1039.
- Poznańska, A. (2005). Zdrowotne aspekty tańca. *Annales Universitatis Mariae Curie- Skłodowska sect.* Tom 60, 16.
- Prince, S.A., Reed, J.L., Martinello, N., Adamo, K.Bh., Fodor, J.G., Hiremath, S. (2016) Why are adult women physically active? A systematic review of prospective cohort studies to identify intrapersonal, social environmental and physical environmental determinants. *Obesity Reviews*, 17 (10), 919-944.
- Przewęda, R. (1999). Promocja zdrowia przez wychowanie fizyczne. W: J. B. Karski (red.). *Promocja zdrowia (s. 195-206)*. Warszawa: Wydawnictwo INGIS.
- Puchalska-Wasył, M. (1999). Rodzina i praca w systemie osobistych znaczeń kobiet pracujących naukowo. *Rocznik Psychologiczny*, 2, 167-184.
- Puchalski, K. (1990). Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot badań socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia. W: A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań zdrowotnych społeczeństwa polskiego* (s. 23-57). Łódź: IMP.
- Puchalski, K. (1997). *Zdrowie w świadomości społecznej*. Łódź: Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejsu Pracy.
- Quirey, B. (1976). *May I Have The Pleasure? The Story of Popular Dancing*. London: BBC.
- Randler, C., Bausback, V. (2010). Morningness-eveningness in women around the transition through menopause and its relationship with climacteric complaints. *Biological Rhythm Research*, 41(6), 415–431.
- Raphael, D., Schlesinger, B. (1993). Caring for elderly parents and adult children living at home: interactions of the Sandwich Generation family. *Social Work Research & Abstracts*, 29(1), 3–8.
- Raport European Health&itness Market (2018).
- Raport MultiSport Index (2018) Aktywnie po zdrowie. Badanie aktywności fizycznej oraz sportowej Polaków.
- Raport WHO (2001). *Badania nad menopauzą w latach 90*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera.
- Ratajczak, Z. (1993). W pogoni za jakością życia. O psychologicznych kosztach radzenia sobie w sytuacji kryzysu ekonomicznego. *Kolokwia Psychol*, 2, 37–51.
- Regulska, J. (2009). Kształtowanie nowych przestrzeni politycznych przez kobiety. W: B. Kowalska, K. Zielińska, B. Koschalska (red.), *Gender. Kobieta w kulturze i społeczeństwie* (s. 347-348). Kraków: Rabit.
- Reich, J.W., Zutra, A.J., & Guarnaccia, C.A. (1989). Effects of disability and bereavement on the mental health and recovery of older adults. *Psychology and Aging*, 4(1), 57-65.
- Renzetti, C.M., Curran, D.J. (2005). *Kobiety, mężczyźni i społeczeństwo*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Rey, J. (1958). *Taniec, jego rozwój i formy*. Warszawa.

- Reykowski, J. (1966). *Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Ricciardelli, L. A., Williams, R. J. (1995). Desirable and Undesirable Gender Traits in Three Behavioral Domains. *Sex Roles*, 33(9–10), 637–655.
- Riddoch, C.J. (1998). Relationship between physical activity and physical health in young people. W: S. Biddle, J. Sallis, N. Cavill (red.), *Young and Active? Young People and Health-enhancing Physical Activity: Evidence and Implications*. London: Health Education Authority.
- Riley, L. D., & Bowen, C. "Pokey." (2005). The Sandwich Generation: Challenges and Coping Strategies of Multigenerational Families. *Family Journal*, 13(1), 52–58.
- Ritvanen, T., Louhevaara, V., Helin, P., Halonen, T., Hänninen, O. (2007). Effect of aerobic fitness on the physiological stress responses at work. *Int J Occup Med Environ Health*, 20(1), 1-8.
- Robinson Kurpius, S. E., Nicpon, M. F. (2001). Mood, Marriage, Menopause. *Journal of Counseling Psychology*, 48(1), 77-84.
- Robinson, K. (1988). Older women who are caregivers. *Health Care for Women International*, 9(4), 239–249.
- Rostad, F.G., Long, B.C. (1996). Exercise as a coping strategy for stress: A review. *International Journal of Sport Psychology*, 27, 197-222.
- Rostowska, T. (2008). *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Rotem, M., Epstein, L., Ehrenfeld, M. (2009). Does the Conservation of Resources Motivate Middle-Aged Women to Perform Physical Activity? *West J Nurs Res*. 31(8), 999-1013.
- Roy, S. (2007). Talking charge of your health: Discourses of responsibility in English- Canadian women's magazines. *Sociology of Health and Illness*, 30, 463-477.
- Royce, A. P. (2002). *Anthropology of Dance*. Hampshire, 19.
- Rubin, R.M., White-Means, S.I. (2009). Informal caregiving: Dilemmas of sandwiched caregivers. *Journal of Family and Economic Issues*. 30, 252–267.
- Ruiz-Aranda, D., Extremera, N., Pineda-Galán, C. (2014). Emotional intelligence, life satisfaction and subjective happiness in female student health professionals: the mediating effect of perceived stress. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 106-113.
- Rutkowska, M. (2001). Modele kobiecości we współczesnej prasie kobiecej w Polsce. *Kultura i Społeczeństwo*, tom XLV, 2, s 121-140.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 1989, 57, 1069–1081.
- Ryff, C.D., Keyes, C.L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 719-727.
- Ryff, C.D., Singer, B. (2004). Paradoxy kondycji ludzkiej: dobrostan i zdrowie na drodze ku śmierci. W: J. Czapirski (red.), *Psychologia pozytywna* (s. 147–162). Warszawa: PWN.
- Sadowski, Z. (1994). Promocja zdrowia szansa i konieczność. Promocja Zdrowia. *Nauki Społeczne i Medycyna* 3–4, 15–35.
- Sallis, J.F., Alcaraz, J.E., McKenzie, T.L., Hovell, M.F., Kolody, B., Nader, P.R. (1992). Parental behavior in relation to physical activity and fitness in 9-year-old children. *American Journal of Diseases of Children*, 146 (11), 1383-1388.

- Salmi, M. and Lammi-Tashula, J. (2011). Work Family Tensions and Well-Being in Finland. W: S. Drobniak, A. Guillen (red.), *Work-Life Balance in Europe: The Role of Job Quality* (s. 120-148). London: Palgrave Macmillan.
- Sassatelli, R. (2010). *Fitness Culture: Gyms and the Commercialisation of Discipline and Fun*. New York: Palgrave Macmillan.
- Savigliano, M. (1995). *Tango and the Political Economy of Passion*. Colorado: Westview.
- Scheier, M.F, Carver, C.S. (1988). A model of behavioral self-regulation: Translating intention into action. W: L. Berkowitz (red.), *Advances in experimental social psychology* (s. 303-346). New York: Academic Press.
- Schiffman, L.G., Kanuk, L.L. (2000). *Consumer Behavior*. Wisconsin: Prentice Hall.
- Schipper, H. (1990). Quality of life: Principles of the clinical paradigm. *J Psych Oneol*, 8, 171- 185.
- Schonfeld, S.I., Bianchi, R., Luehring-Jones, P. (2017). Consequences of Job Stress for the Mental Health of Teachers. W: M.T. McIntyre, E.S. McIntyre, & J.D. Francis (Eds.) *Educator Stress* (pp. 55-76). New York, USA: Springer.
- Sęk, H. (1990). Kryzys wieku średniego a funkcjonowanie w społecznych rolach rodzinnych. W: M. Tyszkowa (red.), *Rodzina a rozwój jednostki* (s. 89–112). Poznań: CPBP.
- Sęk, H. (1993). Jakość życia a zdrowie. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 55, 110.
- Sęk, H. (2000). Zdrowie behawioralne. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręczniki akademickie. Tom 3. Jednostka w społeczeństwie i element psychologii stosowanej* (s. 493-512). Gdańsk: GWP.
- Sęk, H. (2005). *Psychologia kliniczna*. Tom 1 i 2. Warszawa: PWN.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1960). *Stres życia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Selye, H. (1977). *Stres okiełznany*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Shay, A. (1971). *The Function of Dance in Human Societies: An Approach Using Context (Dance Event) not Content (Movements and Gestures)*. Los Angeles: California State College.
- Shek, D. T. L. (1996). Midlife crisis in Chinese men and women. *Journal of Psychology*, 130(1), 109.
- Shellenbarger, S. (2005). *The Breaking Point: How Female Midlife Crisis is Transforming Today's Women*. New York: Henry Holt & Co.
- Sherbourne, C.D., Ware, J. E. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Med Care.*, 30, 473-83.
- Sheridan, C.L, Radmacher S.A. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Siciński, A. (1988). *Style życia w miastach polskich (u progu kryzysu)*. Wrocław: Ossolineum.
- Silveira, H., Moraes, H., Oliveira, N., Freire Coutinho, E.S., Jerson Andrea, D. (2013). Physical Exercise and Clinically Depressed Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychobiology*, 67(2), 61.
- Skaalvik, M.E., Skaalvik, S. (2017). Teacher Stress and Teacher Self-Efficacy: Relations and Consequences. W: M.T. McIntyre, E.S. McIntyre, J.D. Francis (Eds.) *Educator Stress* (pp. 01-125). New York, USA: Springer.
- Skałba, P. (2008). *Endokrynologia ginekologiczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

- Skibińska, K. (2002). Aktywność ruchowa młodzieży licealnej. *Lider*, 5, 23-26.
- Skinner, Ch. (1970). *Psychologia wychowawcza*. Warszawa: PWN.
- Skrzypulec, V. (2010). Seksualność kobiet w okresie klimakterium. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii* (s. 138–145). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Słaboń, A., Pachocki, M. (1997). *Słownik pojęć socjologicznych*. Kraków.
- Staby, T. (2017). Przegląd koncepcji pomiaru jakości życia ludności. W: K. Błoński, A. Burlita, J. Witek (red.), *Pomiar jakości życia na poziomie lokalnym (na przykładzie powiatu wałeckiego)*, „Rozprawy i Studia”, T. MLV, nr 981. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego.
- Slendak, J., Cewińska, J. (2015). Rola aktywności sportowej w przeciwdziałaniu stresowi w służbie funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 5, 69-78.
- Słońska, Z. (2000). Zdowie. W: W. Kwaśniewicz (red.), *Encyklopedia socjologii* (s. 168–174) Warszawa: Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Słońska, Z., Misiuna, M. (1993). *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa: Agencja Promo- Lider.
- Słońska, Z., Misiuna, M. (1994). *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa: Agencja Promo-Lider.
- Smith, G., Dumas, J. (2006). The Sandwich Generation: Myths and Reality. W: J. Dumas, A. Belanger (red.), *Report on the Demographic Situation in Canada 1994, Annual Demographic Statistics*. Ottawa: Published by Statistics Canada.
- So, R., Eto, M., Tsujimoto, T., Tanaka, K. (2014). Acceleration training for improving physical fitness and weight loss in obese women. *Obes. Res. Clin. Pract.* 8(3), 201-98.
- Sonstroem, R.J. (1998). Physical self-concept: Assessment and external validity. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 26, 133-164.
- Sonstroem, R.J., Morgan, W.P. (1989). Exercise and self-esteem: Rationale and model. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 21, 329-337.
- Soriano-Maldonado, A., Morillas-de-Laguno, P., Sabio, J.M., Gavilán-Carrera, B., Rosales-Castillo, A., Montalbán-Méndez, C., Sáez-Urán, L.M., Callejas-Rubio, J.L., Vargas-Hitos, J.A. (2018). Effects of 12-week Aerobic Exercise on Arterial Stiffness, Inflammation, and Cardiorespiratory Fitness in Women with Systemic LUPUS Erythematosus: Non-Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 7(12), 477.
- Sowińska-Przepiera, E., Syrenicz, A. (2009). Menopauza i okołomenopauzalny okres przejściowy. W: A. Syrenicz (red.), *Endokrynologia w codziennej praktyce lekarskiej* (s. 438–452). Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.
- Spruit, A., Assink, M., Vugt, E., Put, C., Stams, G.J. (2016). The effects of physical activity interventions on psychosocial outcomes in adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 4556-71.
- Stachoń, A.J. (2013). Ocena odczuwania wybranych objawów w zależności od fazy klimakterium i charakteru menopauzy. *Przegląd Menopauzalny*, 4, 315–320.
- Staudinger, U.M., Bluck, S. (2001). A view on midlife development from life-span theory. W: M.E. Lachman (red.), *Handbook of Midlife Development* (s. 3–39). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Steiner, M., Yonkers, K. (1999). *Depresja u kobiet*. Gdańsk: Via Medica.

Stelcer, B. (2001). Jakość życia a integracja psychiczna. W: L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych* (s. 117–127). Poznań: Dział Wydawnictw Uczelni Akademii Medycznej im. Marcinkowskiego.

Stolz, L. M. (1960). Effects of Maternal Employment on Children: Evidence from Research. *Child Development*, 31(4), 749–782

Stonnington, C.M, Krell-Roesch, J., Locke, D.E.C. (2020). Impact of Zumba on Cognition and Quality of Life is Independent of APOE4 Carrier Status in Cognitively Unimpaired Older Women: A 6-Month Randomized Controlled Pilot Study. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*, 35.

Stożek J., Pustułka-Piwnik, U. (2013). Zastosowanie tańca w rehabilitacji pacjentów z chorobą Parkinsona. *Rehabilitacja Medyczna*, tom 17(1), 21-25.

Stożek, J., Ridan, T., Kulczyk K., Curyło M. (2016). Taniec jako forma aktywności fizycznej dla kobiet w różnym wieku. W: E. Barnaś (red.), *Człowiek w zdrowiu i chorobie* (s. 344-358). Tarnów: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa.

Strelau, J. (1996). Temperament a stres: Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 88-130). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Strelau, J. (2000). *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Gdańsk: GWP.

Strelau, J., Jaworowska, A., Wrześniewski, K., Szczepaniak, P. (2005). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS*. Podręcznik. Warszawa: PTP.

Strykowska, M. (1995). Kobiety w zarządzaniu. Społeczne i psychologiczne uwarunkowania pełnienia przez kobiety funkcji menadżerskich. W: J. Miluksa, E. Pakszys (red.), *Humanistyka i płeć. Studia kobiece z psychologii, filozofii i historii*. Poznań: Wyd. Naukowe UAM.

Stubbe, J.H., Moor, M.H.M., Boomsma, D.I., Gues E.J.C. (2007). The association between exercise participation and well-being: A co-twin study. *Preventive Medicine*, 44, 148–152.

Stults-Kolehmainen, M.A, Sinha, R. (2014). The effects of stress on physical activity and exercise. *Sport Med*, 44(1), 81-121.

Sullivan, K. T., Pasch, L. A., Johnson, M. D., Bradbury, T. N. (2010). Social Support, Problem Solving, and the Longitudinal Course of Newlywed Marriage. *Journal of Personality & Social Psychology*, 98(4), 631–644.

Szarecki, A. (2012). Zaangażowany pracownik: kontrola emocjonalna i kolonizacja ciała pracującego w kulturze korporacyjnej. *Kultura Współczesna*, 3 (74), 94–107.

Szatur-Jaworska, B. (2000). *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.

Szczukiewicz, P. (1998). *Rozwój psychospołeczny a tożsamość*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Szlendak, T. (1997). Cyberhomo ludens i neoplemię techno. *Machina*, nr 7-8.

Szlendak, T. (1998) Technomania w Polsce. Subkulturowa moda czy zjawisko polityczne? W: J. Gorlicki (red.), *Młodzież a zmiany polityczne we współczesnym świecie*. Warszawa: ELIPSA.

Szymanik- Kostrzewska, A. (2016) Co oznacza atrakcyjność fizyczna? Dyskusja o definicjach i ujęciach, *Roczniki Psychologiczne*, t. XIX, nr 1.

Szymański, I. (2000). Fitness-Aerobik. *Body Life*, 1, 22.

- Tamir, L. M. (1982). *Men in their forties: The transition to middle age*. New York: Springer.
- Tarkowska E. (2000). Zróżnicowanie biedy: wiek i płeć. W: H. Domański (red.), *Jak żyją Polacy?* (s. 259-280). Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii, PAN.
- Tatarkiewicz, W. (2001). *Historia filozofii. Filozofia starożytna średniowieczna*, tom 1. Warszawa: PWN.
- Teixeira de Araújo Morae, S. D. T., Maggio da Fonesca, A. M., Mendes de Moraes, E. M., Bagnoli, V. R., Schlechta Portella, C. F. S., Abreu, L. C., Chada Baracat, E. Ch. (2012). Sleep disorders in climacteric women. *HealthMED*, 6 (3), 846–855.
- Thagunna, N.S., Bhatta, K.R., Adhikari, P. (2020). Demographic factors in stress, anxiety and depression of older women. *Indian Journal of Health & Wellbeing*, 11(7–9), 282–287.
- Thoits, P.A. (1984). Coping, social support, and psychological outcomes. The central role of emotion. W: P. Shaver (red.), *Review of personality and social psychology* (s.219-238). Beverly Hills: Sage.
- Thomas, H. (2003). *The Body, Dance and Cultural Theory*. New York: Palgrave Macmillan.
- Tiggemann, M., Polivy, J. Hargreaves, D. (2009). The Processing of Thin Ideals in Fashion Magazines: A Source of Social Comparison or Fantasy? *Journal of Society and Clinical Psychology*, 28(1), 73093.
- Tischner, J. (2018). *Etyka solidarności oraz Homo sovieticus*. Wydawnictwo: Znak.
- Tiszczenko, E., Surmach M., Pieciewicz-Szczęsna, H. (2009). Zachowania zdrowotne jako kluczowy czynnik zdrowia. *Zdrowie Publiczne*, 119 (1), 86-89.
- Titkow, A. (2001). Kobiety pod presją? W: E. Halas (red.), *Rozumienie zmian społecznych* (s s.32). Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski.
- Tomaszewska-Lipiec, B. (red.) (2014), *Relacje praca - życie pozazawodowe drogą do zrównoważonego rozwoju jednostki*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.
- Tomaszewski, T. (1963). *Wstęp do psychologii*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Tomaszewski, T. (1966). Aktywność człowieka. W: M. Maruszewski, J. Reykowski, T. Tomaszewski (red.). *Psychologia jako nauka o człowieku* (s. 197-252). Warszawa: Książka i Wiedza.
- Tomaszewski, W. (1991). *Człowiek tańczący*. Warszawa: WSiP.
- Trafiałek, E. (2012). Warunki integracji i ryzyka dyskryminacji ludzi starszych w rodzinie i środowisku lokalnym. W: J. Hryniewicz (red.), *O sytuacji ludzi starszych. Tom III*. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa.
- Trempała, J. (2014). *Psychologia rozwoju człowieka*. Wydanie pierwsze. Warszawa: PWN.
- Tucker, L.A. (1990). Physical fitness and psychological distress. *International Journal of Sport Psychology*, 21, 185-201.
- Turner, J.H. (1994). *Socjologia. Koncepcje i ich zastosowania*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Turska, I. (1983). *Krótki zarys historii tańca i baletu*. Kraków: Polskie Towarzystwo Muzyczne.
- Tytko, M.M. (2003). Stefana Szumana pedagogika kultury (próba syntezy). W: B. Żurkowski (red.), *Pedagogika kultury — wychowanie do wyboru wartości* (s. 97-104). Kraków: Impuls.
- Umstattd, M. R., Wilcox, S., Dowda, M. (2011). Predictors of Change in Satisfaction with Body Appearance and Body Function in Mid-Life and Older Adults: Active for Life. *Annals of Behavioral Medicine*, 41, 342–352.
- Umstattd, M.R., Hallam, J.S. (2006). Use of social cognitive theory variables across exercise stages of change of employed women. *American Journal of Health Studies*, 21 (1), 44-48.

- Unnikrishnan, N., Bajpai, S. (1996). *The Impact of Television Advertising on Children*. New Delhi-Thousand Oaks- London: Sage Publications.
- Vaillant, G.E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little, Brown.
- Valentine, G. (2003). In-corporations: food, bodies and organisations. *Body & Society*, vol. 8, 2, 1–20.
- Vall, M. (2009). Współczesne Polski- trudności w wyborze ról. W: A. Frątczak (red.), *Kobiety wobec polityki – kobiety w polityce. Historia, realia, perspektywy* (s. 84). Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM.
- Vendramin, B., Bergamin, M., Gobbo, S., Cugusi, L., Duregon, F., Bullo, V., Zaccaria, M., Neunhaeuserer, D., Ermolao, A. (2016). Health benefits of Zumba fitness training: A systematic review. *PM&R*, 8, 1181–1200.
- Vesco, K. K., Haney, E. M., Humphrey, L., Fu, R., Nelson, H. D. (2007). Influence of menopause on mood: a systematic review of cohort studies. *Climacteric*, 10(6), 448–465.
- Villar, F., Fabà, J. (2012). Draw a Young and an Older Person: Schoolchildren's Images of Older People. *Educational Gerontology*, 38(12), 827–840
- Vissicaro, P. (2004). *Studying Dance Cultures around the World: An Introduction to Multicultural Dance Education*. Dubuque : Cross-Cultural Dance Resources, Inc.
- Vuillemin, A., Boini, S., Bertrais, S., Tessier, S., Oppert, J.U.M., Hercberg, S., Guillemin, F., Brianc, S. (2005). Leisure time physical activity and health-related quality of life. *Preventive Medicine*, 41, 562–569.
- Wachowiak, A. (2003). Przemiany postaw Polskich rodzin w okresie transformacji wobec religijności. W: Z. Tyszka (red.), *Życie w rodzinie- uwarunkowania makro- i mikrostrukturalne, Rocznik Socjologii Rodziny, Tom XIV* (s. 87-96). Poznań: Wyd. Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Wagner, D. L., Neal, M. B. (1994). Caregiving and work: Consequences, correlates, and workplace responses. *Educational Gerontology*, 20(7), 645- 663.
- Walicka-Cupryś, K., Ćwirlej, A., Kuźdzał, A., Zawadzka, D. (2010). Aktywność ruchowa młodzieży z terenów wiejskich i małych miast. *Young Sport Science od Ukraine*, 2, 32-39.
- Wall, T. (2009). Rocking Around the Clock. Teenage Dance Fads from 1955 to 1965. W: Red J. Malning (red.), *Ballroom, Boggie, Shimmy Sham, Shake. A Social and Popular Dance Reader*. Chicago
- Walsh, K. (2010) Development as Buen Vivir: Institutional arrangements and (de)colonial entanglements. *Development*, 53(1), 15-21.
- Wang, Y., Liu, J., Shi, H., Zhang, C., Huang, E. (2009). Impact Factor of University Students' Leisure Sports Participation. *Physical Education*, 28 (2), 56-59.
- Wang, Y., Zhang, Q. (2006). Are American children and adolescents of low socioeconomic status at increased risk of obesity? Changes in the association between overweight and family income between 1971 and 2002. *American Journal of Clinical Nutrition*, 84 (4), 707-716.
- Ward, R. A., Spitze, G. (1998). Sandwiched Marriages: The Implications of Child and Parent Relations for Marital Quality in Midlife. *Social Forces*, 77(2), 647–667.
- Waterman, A.S. (1982). Indywidualizm i współzależność. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 1 -21.
- Weber, M. (1978). *Economy and society*. Berkeley: University of California Press.
- Weinstein, N. D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806 – 820.

- Wethington, E. (2000). Expecting Stress: Americans and the "Midlife Crisis." *Motivation & Emotion*, 24(2), 85–103.
- WHOQOL Group (1992). Study protocol for World Health Organization Project to develop a quality of life assesment instrument. *Qual Life Res.*, 2, 153.
- Wieczorkiewicz, A. (2007) Lustro i skalpel. W: W. Godzic, M. Żakowski (red.), *Gadżety Popkultury. Społeczne życie przedmiotów (s. 65-94)*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Williams, D. (2004). *Anthropology and the Dance: Ten Lectures*. Chicago: University of Illinois Press
- Williams, J.E., Best, D.L. (1982). *Measuring, sex stereotypes: A thirty nation study*. Newbury Park: Sage Publication.
- Wilson, I., Cleary, P. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 273, 59-65.
- Winnick, Ch. (1964). *Dictionary of Anthropology*, New Yersey: Rowman & Allanheld.
- Wiszniewski, M. (2003). *Uzdrawiający taniec. Terapeutyczne zastosowanie ruchu i tańca*. Białystok: Studio Astropsychologii.
- Witkin, G. (2015). *Stres Kobiety. Nowe spojrzenie*. Poznań: REBIS.
- Witkowski, L. (2000). *Rozwój i tożsamość w cyklu życia. Studium koncepcji Erika H. Eriksona*. Toruń: Wydawnictwo WIT-GRAF.
- Wojciechowska, L. (2008). *Syndrom pustego gniazda. Dobrostan matek usamodzielniających się dzieci*. Warszawa: Wyd. Instytut Psychologii PAN.
- Wojciechowska, L. (2017). Subjectivity and generativity in midlife. *Polish Psychological Bulletin*, 48(1), 38–43.
- Wojciechowska, Z. (2012). Macierzyństwo – czynnik wykluczenia na współczesnym rynku pracy czy szansa dla nowych rozwiązań w kobiecej karierze? *Edukacja Dorosłych*, nr 1.
- Wojciszke, B. (1991). *Procesy oceniania ludzi*. Poznań: Nakom.
- Wojciszke, B. (2002). *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenia na różnice*. Gdańsk: GWP.
- Wojciszke, B. (2006). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Scholar.
- Wojciszke, B., Baryła, W., Downar, A. (2002). Lepiej być piękną, lecz bogatym: preferencje mężczyzn i kobiet związane z wyborem partnera w świetle analiz ogłoszeń matrymonialnych. *Czasopismo Psychologiczne*, 8, 113–120.
- Wojciszke, B., Mikiewicz, A. (2003). Nacisk rodziców na moralność i sprawność w wychowaniu chłopców i dziewcząt. *Przegląd Psychologiczny*, 46 (82), 425-439.
- Wojciszke, B. (2010). *Sprawczość i wspólnotowość. Podstawowe wymiary spostrzegania społecznego*. Gdańsk: GWP.
- Wojewoda, M. (2018). Jakość życia jako problem filozoficzny. *Folia Philosophica*, 39, 1-18.
- Wojtyła, K. (1994). *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*. Lublin: TN.
- Wolański, N. (1999). Możliwości organizmu ludzkiego a środowisko. *Medicina Sportiva* ,3, 161-175.
- Wolański, N., Siniarski, A. (2001). Zdrowie jako odzwierciedlenie wigoru życiowego i współdziałania ze środowiskiem. W: I. Murawow (red.), *Zdrowie- istota, diagnostyka i strategie zdrowotne (s. 54-72)*. Radom: Materiały konferencyjne.

- Wołowicka, L. (2001). *Jakość życia w naukach medycznych*. Poznań: Dział Wydaw. Ucz. AM.
- Worach-Kardas, H. (1988). *Fazy życia zawodowego i rodzinnego*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych.
- Wojnarowska, B. (2007). *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: PWN.
- Wojnarowska, B. (2010). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: PWN.
- Wojnarowska, B., Sokołowska M. (2000). *Szkoła promująca zdrowie. Doświadczenia dziesięciu lat*. Warszawa: KOWEZ.
- Wright, J. (2005). Coaching mid-life, baby boomer women in the workplace. *Work*, 25, 179–183.
- Wrześniewski, K. (1993). *Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania*. Warszawa: PZWL.
- Wrześniewski, K. (1997). *Badanie subiektywnego stanu zdrowia za pomocą polskiej adaptacji The Nottingham Health Profile*, Krajowa Konferencja Naukowa "Współczesne potrzeby i możliwości pomiaru zdrowia, Warszawa (6-7.06.1997), Materiały 37-41.
- Wrześniewski, K. (2000). Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 44-64). Katowice: Wyd. UŚ.
- Żak M., Żmigrodzki M., Żychowska M., Majchrzak, A. (2009). Sprawność fizyczna i motywacja kobiet wybierających aerobik jako formę rekreacji ruchowej. *Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie*, 3(14), 193-203.
- Zalewska, A. (2003). *Dwa światy. Emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób o wysokiej i niskiej reaktywności*. Warszawa: Wydawnictwo SWPSAcademica.
- Żarnowiecka, A. Szwarc, A. (red.) (2000). *Kobieta i rodzina wiek XIX i XX, Tom VI*. Warszawa: Wydawnictwo DIG.
- Żarów, R., Matusik, S. (2005). Women's sport's and recreational activity in relation physical efficiency. *Annales Universitatis Mariae Curie- Skłodowska*, 673, 468–472.
- Zdrowotna-Cieślak, M. (2010). Rola rodziny w kształtowaniu zachowań ryzykownych dla zdrowia młodzieży. W: N. Ogińska- Bulik (red.), *Zachowania ryzykowne i szkodliwe dla zdrowia* (s. 43-58). Łódź: AH-E.
- Zhan, L. (1992). Quality of life: Conceptual and measurement issues. *J Adv Nurs*, 17, 795-800.
- Zierkiewicz, E., Łysak, A. (2011). Kobiety i procesy starzenia się. Transgresje i momenty krytyczne w okresie menopauzalnym. W: B. Bartosz (red.), *Wymiary kobiecości i męskości: od psychobiologii do kultury* (s. 57-73). Wrocław: Eneteia Wydawnictwo Psychologii i Kultury.
- Zimbardo, P.G. (2004). *Psychologia i Życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Ziółkowska, B. (2015). Środkowy okres doradzości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać? W: A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa* (s. 553-590). Gdańsk: GWP.
- Znanięcki, F. (1984). *Spółeczne role uczonych*. Warszawa: PWN.
- Zuchora, K. (2005) Co dał nam Jędrzej Śniadecki? *Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne*, (10), 8-10.
- Żukowski, R. (2008). Edukacyjne i wychowawcze wartości sportu w refleksji pedagogicznej i w ocenie młodzieży. W: A. Kaźmierczak, A. Maroszek-Szymala, E. Dębowska (reds.), *Kultura fizyczna i zdrowotna współczesnego człowieka – teoretyczne podstawy i praktyczne implikacje* (s. 24-33). Łódź: UŁ.

Żurek, A. (2001). Wzory, na których opiera się życie rodzinne rodzin miejskich. W: Z. Tyszka (red.), Współczesne rodziny polskie- ich stan i kierunek przemian. Poznań: UAM.

STRESZCZENIE

Rozprawa doktorska podejmuje problematykę jakości życia oraz radzenia sobie ze stresem kobiet w okresie średniej dorosłości, ze szczególnym uwzględnieniem sandwich generation. Celem pracy jest określenie i próba wyjaśnienie związków stresu i strategii radzenia sobie z jakością życia kobiet dorosłych, w tym „sandwich generation”, uczestniczek zajęć Zumba®. W badaniu wzięło udział 269 kobiet, w tym 149 kobiet to uczestniczki zajęć, a pozostałe 120 kobiet to grupa kontrolna, niepodlegająca aktywności fizycznej. W celu uzyskania danych niezbędnych do odpowiedzi na postawione pytania badawcze, przeprowadzono 12 tygodniowy cykl zajęć Zumba® oraz badania kwestionariuszowe po zakończonym cyklu zajęć (w 13 tygodniu).

Praca ma charakter teoretyczno-empiryczny, składa się z sześciu rozdziałów. Rozdziały od pierwszego do trzeciego przeznaczone są przybliżeniu dotychczasowej wiedzy teoretycznej dotyczącej podejmowanych w dysertacji zagadnień. Rozdział czwarty prezentuje metodykę badań, natomiast rozdziały piąty przedstawia analizę uzyskanych wyników. Pracę podsumowuje dyskusja. Poniżej przedstawiono szczegółową strukturę dysertacji.

W Rozdziale I „**Kobieta w okresie średniej dorosłości**” zaprezentowano charakterystykę zmian rozwojowych dotyczących badane kobiety, opisano oczekiwania związane z pełnionymi rolami społecznymi, wyzwania jakie napotyka kobieta w okresie średniej dorosłości oraz przybliżono definicję oraz charakterystykę pokolenia „sandwich generation”.

Rozdział II „**Aktywność muzyczno-ruchowa kobiet w okresie średniej dorosłości**” został poświęcony zagadnieniu aktywności fizycznej jako głównej składowej zdrowego stylu życia. Przytoczone zostały w rozdziale tym różne stanowiska stylu życia i zdrowia oraz prezentowany w literaturze związek między nimi; zdefiniowany został także trening zdrowotny i korzyści wynikające z jego podejmowania. W dalszej części opisana została aktywność muzyczno-ruchowa, historia i znaczenia tańca oraz rozwój i przeobrażenie form tanecznych na przestrzeni lat. Autorka pracy skupiła się również na opisanu popularnej dzisiaj formy aktywności muzyczno-ruchowej Zumba®. Rozdział zamyka myśl o uwarunkowaniach dbałości o ciało kobiet w wieku średnim.

Rozdział III „**Jakość życia i stres kobiet w okresie średniej dorosłości**” dotyczy kolejnego kluczowego, z punktu widzenia niniejszej pracy zagadnienia, którym jest jakość życia.

W rozdziale tym przedstawiono dotychczasowe koncepcje jakości życia a w dalszej części dokonano opisu i analizy literatury w zakresie stresu oraz styli radzenia sobie ze stresem.

Rozdział IV **„Metodologia badań własnych”** zawiera przedstawienie przedmiotu badań, celu badań, problemów i hipotez badawczych, opis zastosowanej procedury badawczej i strategii przeprowadzonych badań oraz planowane analizy statystyczne.

Rozdział V **„Analiza wyników”** to rozdział poświęcony szczegółowej analizie prowadzonych badań. W rozdziale tym zaprezentowano pozyskane wyniki wraz z ich interpretacją statystyczną.

Rozdział VI **„Dyskusja wyników”** zawiera weryfikację przedstawionych w pracy hipotez.

Pracę podsumowuje wykaz wykorzystanej bibliografii. W załącznikach zamieszczono materiały uzupełniające.

SUMMARY

This dissertation explores the issue of quality of life and coping with stress for women in middle adulthood, with a focus on the *sandwich generation*. The aim of the work is to identify and attempt to explain the relationship of stress and coping strategies with quality of life among adult women, including the *sandwich generation*, participants in Zumba classes. A total of 269 women participated in the study, among which 149 women were participants of the classes and the remaining 120 women were a control group, not undertaking physical activity. In order to obtain the data necessary to answer the research questions raised, a 12-week cycle of Zumba classes was conducted, as well as a questionnaire survey after the end of the cycle of classes (at week 13).

The work is of a theoretical and empirical nature and consists of six chapters. Chapters one to three are intended to bring closer the existing theoretical knowledge of the issues addressed in the dissertation. The fourth chapter presents the methodology of research, while the fifth chapter presents the analysis of obtained results. The work is concluded with a discussion. The detailed structure is presented below.

Chapter I *Woman in middle adulthood* presents the characteristics of developmental changes affecting the studied women, describes the expectations connected with fulfilled social roles, the challenges faced by women in middle adulthood and provides a definition and characteristics of the *sandwich generation*.

Chapter II "Musical and physical activity of women in middle adulthood" was devoted to the issue of physical activity as a main component of a healthy lifestyle. The chapter discusses the different positions of lifestyle and health and the relationship between them presented in the literature; it also defines health training and the benefits of undertaking it. The following section describes music and movement activity, the history and significance of dance and the development and transformation of dance forms over the years. The author of the study also focused on describing Zumba, a form of music and movement activity popular today. The chapter closes with a thought about the determinants of body care in middle-aged women.

Chapter III *Quality of life and stress among women in middle adulthood* deals with another key issue, from the point of view of this thesis, which is quality of life.

The chapter presents existing concepts of quality of life and is followed by a description and analysis of the literature on stress and coping styles.

The chapter presents existing concepts of quality of life and is followed by a description and analysis of the literature on stress and coping styles.

Chapter IV *Methodology of own research* includes a presentation of the subject of research, the aim, research problems and hypotheses, a description of the applied research procedure and strategy, as well as planned statistical analyses.

Chapter V *Analysis of results* is a chapter devoted to a detailed analysis of the conducted research. The chapter presents the obtained results along with their statistical interpretation.

Chapter VI *Discussion of results* contains the verification of hypotheses presented in the study. The work is concluded with a list of used bibliography. Supplementary materials have been included in appendices.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik I. Spis rycin

Rycina 1. Średnie dla strategii radzenia sobie w zależności od aktywności muzyczno-ruchowej kobiet.....	90
Rycina 2. Średnie dla strategii radzenia sobie – czynniki główne w zależności od aktywności muzyczno-ruchowej kobiet.....	90
Rycina 3. Średnie dla wymiarów jakości życia w zależności od aktywności muzyczno-ruchowej kobiet.	92
Rycina 4. Średnie dla jakości życia oraz satysfakcji z życia w zależności od aktywności muzyczno-ruchowej kobiet.....	92
Rycina 5. Średnie dla poziomu stresu w pracy w zależności od aktywności muzyczno-ruchowej kobiet.	93
Rycina 6. Średnie dla strategii radzenia sobie ze stresem w zależności od wieku badanych kobiet.	95
Rycina 7. Średnie dla strategii radzenia sobie ze stresem – czynniki główne w zależności od wieku badanych kobiet.....	95
Rycina 8. Średnie dla wymiarów jakości życia w zależności od wieku badanych kobiet.....	97
Rycina 9. Średnie dla jakości życia oraz satysfakcji z życia w zależności od wieku badanych kobiet.	97
Rycina 10. Średnie dla poziomu stresu w pracy w zależności od wieku badanych kobiet.....	98
Rycina 11. Schemat mediacji prostej.....	99
Rycina 12. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a jakością życia – współczynniki niestandardyzowane.....	103
Rycina 13. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a funkcjonowaniem fizycznym – współczynniki niestandardyzowane.....	104
Rycina 14. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a ograniczeniami fizycznymi – współczynniki niestandardyzowane.....	105
Rycina 15. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a dolegliwościami bólowymi – współczynniki niestandardyzowane.....	106
Rycina 16. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a zdrowiem ogólnym – współczynniki niestandardyzowane.....	107

Rycina 17. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a satysfakcją z życia – współczynniki niestandardyzowane.....	108
Rycina 18. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między strategiami skoncentrowanymi na problemie a jakością życia – współczynniki niestandardyzowane	112
Rycina 19. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między strategiami skoncentrowanymi na problemie a funkcjonowaniem fizycznym – współczynniki niestandardyzowane.....	112
Rycina 20. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między strategiami skoncentrowanymi na problemie a zdrowiem ogólnym – współczynniki niestandardyzowane.....	113
Rycina 21. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a witalnością – współczynniki niestandardyzowane.....	113
Rycina 22. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między strategiami skoncentrowanymi na problemie a witalnością – współczynniki niestandardyzowane.....	114
Rycina 23. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a funkcjami społecznymi – współczynniki niestandardyzowane.....	114
Rycina 24. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między strategiami skoncentrowanymi na problemie a funkcjami społecznymi – współczynniki niestandardyzowane.....	115
Rycina 25. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a ograniczeniami emocjonalnymi – współczynniki niestandardyzowane.....	115
Rycina 26. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między strategiami skoncentrowanymi na problemie a ograniczeniami emocjonalnymi – współczynniki niestandardyzowane.....	116
Rycina 27. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między stresem w pracy a zdrowiem psychicznym – współczynniki niestandardyzowane.....	116
Rycina 28. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między strategiami skoncentrowanymi na problemie a zdrowiem psychicznym – współczynniki niestandardyzowane.....	117
Rycina 29. Mediacyjna rola aktywności muzyczno-ruchowej dla relacji między strategiami skoncentrowanymi na problemie a satysfakcją z życia – współczynniki niestandardyzowane.....	117

Załącznik II. Spis tabel

Tabela 1. Zmienne i ich wskaźniki w odniesieniu do pytań i hipotez badawczych.....	83
Tabela 2. Statystyki opisowe wraz z testem normalności rozkładu dla mierzonych zmiennych ilościowych.....	88
Tabela 3. Porównanie kobiet aktywnych i nieaktywnych muzyczno-ruchowo pod względem strategii radzenia sobie ze stresem.....	89
Tabela 4. Porównanie kobiet aktywnych i nieaktywnych muzyczno-ruchowo pod względem jakości życia i satysfakcji z życia.....	91
Tabela 5. Porównanie kobiet aktywnych i nieaktywnych muzyczno-ruchowo pod względem poziomu stresu w pracy.....	93
Tabela 6. Porównanie strategii radzenia sobie ze względu na wiek badanych kobiet.....	94
Tabela 7. Porównanie jakości życia i satysfakcji z życia ze względu na wiek badanych kobiet.....	96
Tabela 8. Porównanie poziomu stresu w pracy i w domu ze względu na wiek badanych kobiet.....	98
Tabela 9. Współczynniki regresji logistycznej dla predykcji aktywności.....	100
Tabela 10. Współczynniki regresji liniowej dla wpływu stresu w pracy, w domu oraz stosowanych strategii na wymiary jakości życia i satysfakcji życia.....	100
Tabela 11. Współczynniki regresji porządkowej dla predykcji okresu rozwojowego.....	109
Tabela 12. Współczynniki regresji liniowej dla ustalenia wpływu mediatora (aktywności muzyczno-ruchowej) na zmienną objaśnianą przy uwzględnieniu zmiennej objaśniającej (ścieżka b).....	110
Tabela 13. Współczynniki regresji liniowej między zmienną objaśniającą i objaśnianą przy uwzględnieniu efektu pośredniego mediatora (ścieżka c').....	110