

EXLIBRIS

Biblioteka Gerontologii Społecznej

Tom 26 Numer 1 Rok 2024

EXLIBRIS

Social Gerontology Journal

Volume 26 Issue 1 Year 2024

ISSN: 2719-9045

EXLIBRIS

Biblioteka Gerontologii Społecznej

Social Gerontology Journal

© Wydawca / Publisher:

Akademia WSB

Stowarzyszenie Gerontologów Społecznych

Akademia WSB
Dzielnica Górnica, Kraków, Chorzów, Żywiec, Olsztyn, Gdańsk, Tychy
WSB University



Recenzenci / Reviewers:

<https://ojs.wsb.edu.pl/index.php/bgs/recenzenci>

Rada Redakcyjna / Editorial Board

Redaktor naczelny / Editor-in-chief:

Artur Fabiś (WSB University, Poland)

Zastępcy redaktora naczelnego / Vice-Editors-in-Chief:

Zofia Szarota (WSB University, Poland), **Marcin Muszyński** (University of Lodz, Poland)

Redaktorzy tematyczni / Thematic Editors:

Dział gerontologii edukacyjnej / Educational gerontology section:

Jolanta Maćkowiak (Pedagogical University of Krakow, Poland), **Arkadiusz Wąsiński** (University of Lodz, Poland),

Christian Gleser (Karlsruhe University of Education, Germany)

Dział socjologiczno-polityczno-filozoficzny / Sociological-political-philosophical section:

Marek Niezabitowski (Silesian University of Technology, Poland), **Dorota Gierszewski** (Jagiellonian University, Poland),

Mihael Nedeljko (Alma Mater Europaea, Slovenia)

Dział psychologii i nauk o zdrowiu / The psychology and health sciences section:

Aleksandra Błachnio (Kazimierz Wielki University, Poland), **Joanna Wnęk-Gozdek** (Pedagogical University of Krakow, Poland),

Rene Szotkowski (Palacký University Olomouc, Czech Republic)

Redaktor statystyczny / Statistical editor:

Agnieszka Kozerska (Jan Długosz University, Poland)

Sekretarze Redakcji / Editorial Assistants:

Joanna K. Wawrzyniak (WSB Merito University in Opole, Poland), **Jakub Fabiś** (University of Lodz, Poland)

Rada Naukowa / Scientific Board

Przewodnicząca / Chair of Scientific Board:

Elżbieta Dubas (University of Lodz, Poland)

Członkowie / Members:

Beata Bugajska (University of Szczecin, Poland), **Bojana Filej** (Alma Mater Europaea, Slovenia), **Marvin Formosa** (University of

Malta, Malta), **Dorota Gierszewski** (Jagiellonian University, Poland), **Małgorzata Halicka** (University of Białystok, Poland), **Boris**

Miha Kaučič (Faculty of Health Sciences in Celje, Slovenia), **Mechthild Kiegelmann** (Karlsruhe University of Education, Germany),

Kamil Kopecký (Palacký University Olomouc, Czech Republic), **Giovanni Lamura** (National Institute of Health and Science on

Ageing, Italy), **Nadia Lutsan** (Vasyl Stefanyk Precarpathian National University, Ukraine), **Kate de Medeiros** (Miami University,

USA), **Edward Alan Miller** (University of Massachusetts Boston, USA), **Pamela Nadash** (University of Massachusetts Boston, USA),

Thomas Scharf (Newcastle University, UK), **Mala Kapur Shankardass** (University of Delhi, India), **Michal Šerák** (Charles University

in Prague, Czech Republic), **Sylvia Słowińska** (University of Zielona Góra, Poland), **Agnieszka Stopińska-Pojak** (WSB University,

Poland), **Elżbieta Trafialek** (Jan Kochanowski University of Kielce, Poland), **Adam A. Zych** (University of Lower Silesia, Poland)

Projekt okładki / Cover design:

Magdalena Muszyńska

ISSN 2719-9045

DOI 10.57655/EXLIBRIS_1_2024

Skład / DTP:

Wojciech Ciegła Studio DTP, www.dtp-studio.pl

EXLIBRIS Biblioteka Gerontologii Społecznej, Nr Rej. Pr. 2898,

jest uwzględniona w bazie czasopism naukowych Index Copernicus oraz CEJS

EXLIBRIS

Biblioteka Gerontologii Społecznej

Social Gerontology Journal

26 (1) /2024

Redakcja / Editors

Marcin Muszyński

Artur Fabiś

Spis treści

Table of contents

Wstęp	7
--------------------	---

Introduction	9
---------------------------	---

Artykuły Articles	11
--	----

Ogholgol Ghajari, Mohammad Hossain Kaveh, Abdolrahim Asadollahi Adherence to treatment among Turkmen older women with hypertension in northern Iran. A randomized controlled trial / Przestrzeganie zaleceń lekarskich wśród starszych kobiet turkmeńskich z nadciśnieniem. Randomizowane badanie kontrolowane	13
--	----

Kavya Palaniappan, Karteek Guturu Age-friendly cities – residents' assessment of a traditional neighborhood in Chennai / Miasta przyjazne seniorom – oceny mieszkańców tradycyjnego sąsiedztwa w przestrzeni miasta Chennai	29
---	----

Dorota Augustyn, Tomasz Berek, Katarzyna Dendek, Sandra Kempa Realizacja potrzeb edukacyjnych w uniwersytecie trzeciego wieku. Perspektywa słuchaczek i słuchaczy / Meeting educational needs at the University of the Third Age – the participants' perspective	51
---	----

Justyna Sztobryn-Bochomska

Możliwości uczenia się osób w żałobie. Koncepcja indywidualnej
ścieżki żałoby w ujęciu J. Williama Wordena / The learning potential of
bereaved individuals. The concept of an individualized grief pathway
according to J. William Worden 69

Beata Tkacz

Satysfakcja ze związku małżeńskiego a zdrowie osób w późnej
dorosłości – przegląd literatury 87

Recenzje

Book Reviews 117

Marta Bielówka

Dorota Religa & Jarosław Derejczyk „Drogowskazy w geriatricii” /
Dorota Religa & Jarosław Derejczyk “Geriatric medicine guidelines” 119

Wstęp

Pierwszy numer *Exlibris* Biblioteki Gerontologii Społecznej z roku 2024 jest różnorodny tematycznie, co zresztą pokazuje, jak szeroko można rozpatrywać problematykę gerontologiczną w różnych kontekstach społecznych. To już kolejna odsłona naszego czasopisma, w którym zamieszczamy teksty zagranicznych autorek i autorów, czyniąc wymianę myśli nad społecznymi aspektami starzenia się i doświadczania starości bardziej otwartą na poznanie środowisk różnych kulturowo, historycznie, światopoglądowo. Stąd też dwa pierwsze teksty osadzone są w przestrzeni kontynentu azjatyckiego, których podstawę stanowiły badania ilościowe. Pierwszy z nich jest mocno ukierunkowany na aspekty medyczne turkmeńskich kobiet i ich postawy wobec lekarskich zaleceń. Drugi z kolei przenosi nas do metropolii indyjskiej, w której oddano głos mieszkańcom, by wyrazili swoje zdanie na temat swojego miasta w kontekście przystosowania go do potrzeb starszej części społeczeństwa. Trzeci tekst porusza fenomen aktywnych osób starszych w uniwersytetach trzeciego wieku, który stanowi miejsce realizacji ich potrzeb edukacyjnych. Tekst jest pokłosiem badań jakościowych. Numer kończą dwa teksty przeglądowe. Pierwszy z nich ukazuje możliwości uczenia się w sytuacji żałoby. Jest to odczytanie koncepcji J. W. Wordena, a całość zamyka artykuł analizujący związek stanu zdrowia z satysfakcją z małżeństwa wśród osób starszych.

Zachęcamy do lektury kolejnego numeru *Exlibris* Biblioteki Gerontologii Społecznej, żywiąc jednocześnie nadzieję, że będzie on dla Czytelników ciekawą poznawczą lekturą.

Redaktorzy

Introduction

The first issue of Exlibris Social Gerontology Journal from 2024 covers various gerontological problems in different social contexts. This is the next edition of our journal, where we publish works by international authors, promoting the exchange of views on the social aspects of aging and the experience of old age, making it more open to understanding culturally, historically, and ideologically diverse environments. Thus, the first two articles are set in the context of the Asian continent, both based on quantitative research. The first focuses on the medical aspects of Turkmen women and their approach to doctors' recommendations. The second part takes us to an Indian metropolis, where residents have the opportunity to express their opinions about their city, especially in terms of how well it meets the needs of the elderly population. The third article discusses the phenomenon of active older people participating in universities of the third age, which are a space for meeting their educational needs. This article is the result of qualitative research. The issue ends with two review articles. The first explores the potential for learning during the grieving process, offering an interpretation of J.W. Worden's concept. The final article analyzed the relationship between health status and marital satisfaction among older people. We encourage you to read the latest issue of Exlibris Social Gerontology Journal, and we hope that it will be an engaging and insightful read.

Editors

Artykuły Articles



Ogholgol Ghajari¹ 

Mohammad Hossain Kaveh² 

Abdolrahim Asadollahi³ 

Adherence to treatment among Turkmen older women with hypertension in northern Iran. A randomized controlled trial

**Przestrzeganie zaleceń lekarskich wśród starszych
kobiet turkmeńskich z nadciśnieniem.
Randomizowane badanie kontrolowane**

Abstract:

Background: One of the most important ways to control high blood pressure is to follow a medication that has a low level among older people, and non-adherence to treatment is an essential issue among older adults in the world. Few studies have been conducted among rural older women in Iran.

Objectives: This study aimed to evaluate the effectiveness of intervention training in adherence to hypertension treatment on blood pressure in the population of Turkmen rural older women in north-eastern Iran in a randomized cluster trial.

Methods: This randomized controlled trial study was performed on 116 rural older adult women with hypertension in north-eastern Iran. Eligible rural older adult women were selected using a two-stage cluster random sampling method and were equally divided into intervention and control groups. For the intervention group, four training sessions were

1 University of Medical Sciences, Gorgan, Iran, o.ghajari@gmail.com

2 Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran, m.kaveh@sums.ac.ir

3 Corresponding Author, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran, a_asadollahi@sums.ac.ir

conducted using the educational approach to raise older adults' awareness and knowledge of hypertension and its complications. The Hill Bon Drug Demographic Citizenship Questionnaire for older adults was completed at the beginning of the intervention. The Hill Bon Drug Adherence Questionnaire was completed by older adults in the study one month after the intervention and then two months after the intervention. The data in the present study were statistically analyzed using SPSS software version 25 and AMOS version 24.

Results: Although at the beginning of the study, the mean scores of drug adherence and blood pressure were not significantly different in the intervention and control groups, within two months after the intervention, there was a significant difference ($p < 0.001$) in the intervention group following a significant increase in drug adherence. Blood pressure also dropped; however, it did not change significantly in the control group. The numerical value of the RMSEA index was less than 0.05; Cronbach's alpha coefficient and Kapa-Fly's coefficient were 0.88 and 0.80, respectively, and the fitness indices indicated the appropriate fitness of the Hill Bon bilingual questionnaire.

Conclusion: Education with the approach of raising awareness about hypertension and its complications increases drug adherence among older adults. Therefore, its use is recommended in providing health counseling services in health centers. A sample of 160 older adults received four sessions of an educational program to control their hypertension. Data were collected at baseline, one-month post-training, and after two-month follow-up using questionnaires of Hill Bon drug adherence scale and monitoring Blood pressure among participants.

Keywords:

older adults, aging, antihypertensive drugs, medical adherence, blood pressure control

Streszczenie:

Wprowadzenie: Jednym z ważniejszych sposobów kontroli wysokiego ciśnienia krwi wśród osób starych jest stosowanie leków obniżających ciśnienie. Zatem nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich może stanowić poważny problem. W Iranie przeprowadzono niewiele badań wśród populacji starszych kobiet zamieszkujących tereny wiejskie.

Cele: Niniejsze badanie miało na celu ocenę skuteczności interwencji szkoleniowej w przestrzeganiu zaleceń lekarskich w leczeniu nadciśnienia tętniczego wśród starszych kobiet turkmeńskich żyjących na wsi w północno-wschodnim Iranie.

Metody: Przeprowadzono randomizowane badanie kontrolowane na 116 starszych kobietach z nadciśnieniem tętniczym. Zastosowano dwuetapową metodę doboru zespołowego, w którym badani podzieleni byli na równoliczne grupy interwencyjne i kontrolne. Dla grupy interwencyjnej przeprowadzono cztery sesje szkoleniowe, których celem było podniesienie świadomości i wiedzy starszych osób na temat nadciśnienia tętniczego i jego powikłań. Badani wypełnili dwa kwestionariusze – pierwszy przed rozpoczęciem szkoleń (Hill Bon Drug Demographic Citizenship) oraz drugi, najpierw miesiąc, a potem dwa miesiące po zakończeniu interwencji (Hill Bon Drug). Wyniki poddane zostały analizie statystycznej a przy ich opracowaniu posłużono się oprogramowaniem SPSS w wersji 25 i AMOS w wersji 24.

Wyniki: Mimo że na początku badania średnie wyniki przestrzegania zaleceń lekarskich związanych z leczeniem nadciśnienia tętniczego nie różniły się istotnie pomiędzy grupą interwencyjną i kontrolną, to jednak w ciągu dwóch miesięcy od zakończenia szkoleń nastąpiła

istotna różnica ($p < 0,001$) w grupie interwencyjnej. Wyniki wskazują na znaczny wzrost przestrzegania zaleceń lekarskich. W związku z tym wśród tej grupy badanych osób unormowało się ciśnienie krwi, czego nie zaobserwowano w grupie kontrolnej. Wartość liczbowego wskaźnika RMSEA wynosiła mniej niż 0,05; współczynnik alfa Cronbacha i współczynnik Kapay-Flysa wynosiły odpowiednio 0,88 i 0,80, a wskaźniki dopasowania wskazywały na odpowiednie dopasowanie kwestionariusza dwujęzycznego Hill Bon.

Wnioski: Prowadzenie działań edukacyjnych związanych z podnoszeniem świadomości oraz wiedzy na temat nadciśnienia tętniczego i jego powikłań znacząco przyczynia się do przestrzegania leczenia farmakologicznego wśród starszych osób. Zaleca się wykorzystanie tego typu szkoleń w świadczeniu usług zdrowotnych. Osoby poddane badaniu uczestniczyły w czterech sesjach szkoleniowych. Dane zbierano przed i po zakończeniu programu edukacyjnego.

Słowa kluczowe:

osoby stare, starzenie się, leki na nadciśnienie, przestrzeganie zaleceń lekarskich, kontrola ciśnienia tętniczego

1. Background

According to the latest figures from the World Health Organization, hypertension affects more than a third of the population over the age of 60. It affects more than one billion people worldwide, of which 50% are found in developing countries (Shrivastava et al., 2014). Hypertension is the most critical risk factor for cardiovascular disease and global mortality and accounts for the highest proportion of disease burden (Lim et al., 2012). Over the past decades, significant advances have been made in diagnosing and controlling blood pressure. Blood pressure control has risen to more than 50 percent among Americans and more than 65 percent among Canadian patients (Joffres et al., 2013).

According to a meta-analysis study conducted in Iran, the prevalence of hypertension is estimated at 22.1% (Joffres et al., 2013). The results of a review study by Mirzaei et al. in Iran, which included a sample size of 402,282 people, reported a prevalence of hypertension of 22% in total, 23.6% in men and 23.5% in women. On the other hand, this rate was 22.1% in urban areas and 18.6% in rural areas (Mirzaei et al., 2016). The results of another study, a meta-analysis study in 2008, reported a 23% prevalence of hypertension in the age group of 30-55 years and 50% in the age group over 55 years (Rabiei et al., 2009).

The cohort study results in Golestan province showed that out of 50045 people aged 40-75 years, 21350 people, i.e., 42.7%, have high blood pressure. Also, 31.6% of patients were under 50 years old, and 43.9% of patients were between 50 and 60 years old. Also, the prevalence of hypertension in people over 60 years was 61.8%. In general, according to the standardized scale of the World Health

Organization, the standardized age prevalence of hypertension in women was 41.8% and in men was 33.1%. The prevalence of Turkmen ethnicity was significantly higher than other ethnic groups (Malekzadeh et al., 2013).

Commitment to treatment means the degree to which patients take medication, follow a diet, or change their lifestyle and respond positively to health care providers' recommendations. On a larger scale, commitment describes a patient's adherence to a treatment plan. In developed countries, the drug adherence rate for chronic diseases is about 50% (De Geest & Sabaté, 2003). The forms and patterns of adherence to the drug and their measurement parameters are different. To measure it, the amount of drugs prescribed and the actual amount of their acceptance are usually used. Dunbar says compliance and the resulting measurement can be in three categories (Rudd et al., 1992). The first is the quantity of the drug, and the second is the difference in consumption. For example, there is a difference between the amount of drug prescribed and the amount of drug used (Blaschke et al., 2012; Cramer et al., 2008). In the meantime, persistence means the ratio of patients who still follow the prescribed drug or the period from the beginning of treatment to discontinuation (Blaschke et al., 2012). In the second category, Dunbar evaluates compliance qualitatively and classifies it into good and bad or obedient and non-obedient (Cramer et al. 2008). However, the definition of a good acceptor varies from study to study but is often considered 80% or 95% higher (Mirzaei et al., 2016). The third category uses a combination of different indicators associated with different behaviors. For example, taking medicine, attending meetings with a doctor, quitting smoking, awareness and knowledge about the treatment process (Osterberg & Blaschke, 2005).

Various studies indicate that low adherence reduces treatment success, quality of life, and treatment costs. In contrast, good adherence reduces mortality in clinical studies (Sabaté & Sabaté, 2003; Sokol et al., 2005; Simpson et al., 2006).

Although managing blood pressure is complex, medication is the key to controlling blood pressure in most patients. Medication reduces the effects of high blood pressure (Rash et al., 2014). Studies have shown that drug therapy reduces patient mortality by 46% (Collaboration, 2002; Chowdhury et al., 2013). Despite the proven benefits of prescription drugs in lowering blood pressure and its side effects, many patients refuse to accept and follow medication to control their blood pressure (Sabaté & Sabaté, 2003). A study showed that only 21% of patients had a drug adherence rate of more than 80% (Monane et al., 1997). This drug non-adherence leads to incomplete control of blood pressure, hospitalization, and death (Jung et al. 2013; Collaboration, 2002). The results of a meta-analysis study showed that low acceptance of drug

treatment compared to high and good acceptance, 19% risk of cardiovascular disease, and 29% increased mortality (Chowdhury et al., 2013). It is estimated that 89,000 premature deaths occur in the United States, which can be prevented by taking and adhering to medication in patients with hypertension (Cutler et al., 2007).

In some countries, with the implementation of extensive plans and intervention measures, successes have been achieved in the field of disease control. However, the disease control rate in Iran has been insignificant (Forouzanfar et al., 2017). The leading causes of non-adherence to treatment among hypertensive patients are, i.e., the shortage of sufficient knowledge about the nature of the disease, symptoms, complications, and treatment methods, as well as wrong beliefs that are the significant factors that account for non-adherence to treatment (Jankowska-Polańska et al., 2006).

2. Objectives

To the best of our knowledge, the exact empirical study with the present study framework was not observed; previous studies have only considered part of the relationships, and few similar research studies have yet to have conclusive results. Therefore, about the transition to old age in Iranian society and considering cultural, social, religious, and economic factors that vary from one community to another, the purpose of the present study is to investigate the effect of the effectiveness of intervention training in adherence to hypertension treatment on blood pressure in the population of older Turkmen rural women in north-eastern Iran.

3. Methods

3.1. Study Design and Population

The statistical sample of this study includes 116 rural women over 60 years of age with a history of non-control of hypertension whom rural health centers in rural areas of the central part of Gonbad Kavous cover.

All participants had normal vision and hearing and had physical and mental ability to answer the questions. Participants had no psychiatric or neurological disorders, and they were taking no psychoactive drugs. Other inclusion criteria included older rural women aged over 60 and residence in a rural area, Willingness to participate in the study, History of taking antihypertensive pills, Low adherence to treatment based on the Hill Bin questionnaire (score less than 25 in the questionnaire), Lack of cognitive impairment and ability to communicate and

older adults should be covered by rural health centers in Gonbad Kavous city. Exclusion criteria included absence from more than two educational classes, two absences from intervention classes, and the occurrence of highly stressful events during the project or immediately before its start, such as the death of a family member, failure to follow recommendations, moving to another city, and participation in similar events, training, and refusal to participate in the project.

The sample size was calculated as 58 in each group (by considering 10% for possible attrition rate) based on data from similar studies using the appropriate formula. Sampling in each center was done randomly.

The list of names of older people covered by the center was considered as the basis for sampling. The sampling interval was done by randomization number. The selected people were checked in terms of inclusion criteria, and if they did not have entry conditions, the next person was selected from the list. All participants completed written informed consent. The Shiraz University of Medical Sciences Ethics Committee approved this study ethically (IR.SUMS.REC.1398.1200).

3.2. Data Collection

After obtaining written informed consent, the researcher explained the aims and method of the research to the older women, and then the participants were asked to complete questionnaires. Data were collected using the Persian version of older adults' Demographic The Health Questionnaire was designed by Asadollahi and Noaya Ahmad in 2014 to measure the standard demographic indicators of older adults community, i.e., health status, nutrition, living alone, having a chronic disease, comorbidity, marital status, and education. The initial version has 21 questions and no scoring range. The demographic data included variables such as age, sex, level of education, marital status, having children, housing situation, employment status, monthly income, having and types of disease.

Kaveh, Asadollahi, and Ghajari designed the Persian version of the Hill Bon Drug Adherence Questionnaire to measure older adults' drug adherence rate in 2019. This questionnaire has nine items, and the respondent section was on a 4-point Likert scale, i.e., "never, sometimes, most often, always." The minimum score is nine, and the maximum possible score is 36. A score of 36 indicates the adherence of older adults to the prescribed medication program for the treatment of hypertension by older adults.

Baseline and demographic data were collected one week before starting the training sessions. Post-intervention data were gathered one week and two months after the end of the training intervention. The participants in the General Health Centre (Public Health Consultant Room) filled out the scales individually in a private session, and questionnaires were delivered to the researcher (OGh).

3.3 Random Allocation

The Random Allocation is based on Efron's Biased Coin algorithm, which is a restrained randomization method. Search iterations were performed by determining one hundred times and 58 people in each group, and a total of 116 people were selected. The random allocation was done using NCSS-PASS software version 15.1 (NCSS Statistical Software, Kaysville, UT, USA). No samples were excluded in the follow-up.

3.4 Procedure and Intervention

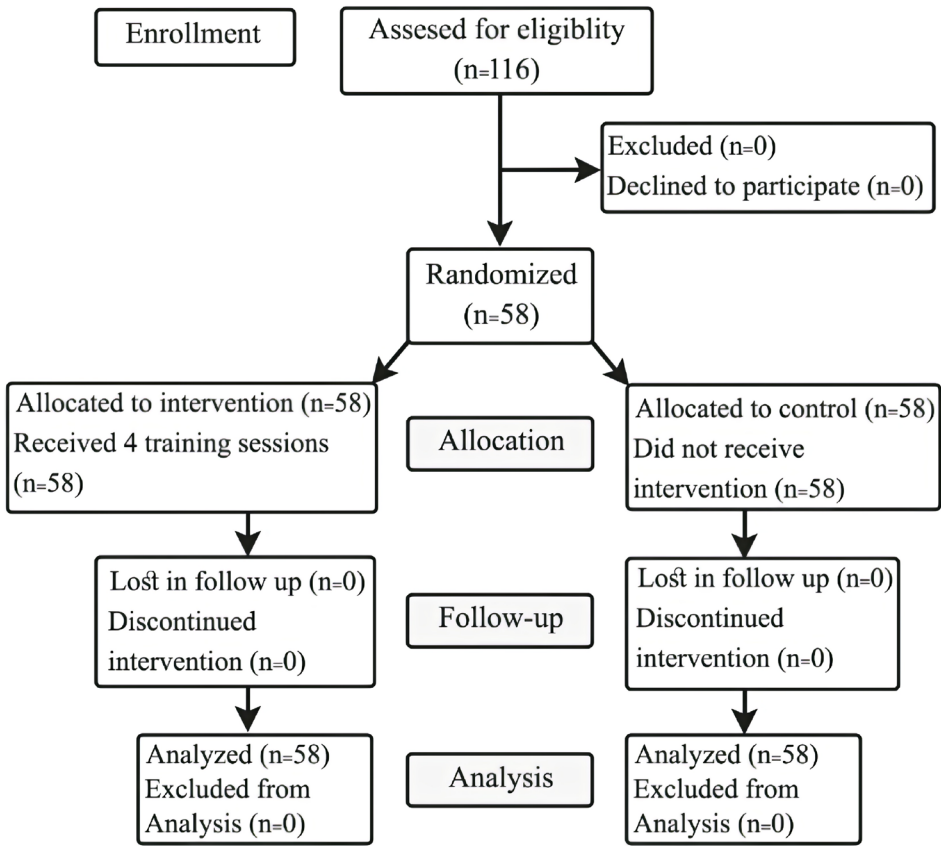
The people in the intervention group participated in training sessions in group participation on drug adherence among rural older adults with hypertension, consisting of four 45-minute sessions per week for four consecutive weeks. The sessions were held in the General Health Centre (Public Health Consultant Room) by two researchers (AA & OGH). The training was performed using teaching/learning methods, including communicating lectures, group discussion, and media such as 2 video clips. The educational content of the sessions included the following:

- Introducing the design and subject of the study. Getting to know high blood pressure and its symptoms, complications, and ways to control it.
- Visiting hemodialysis patients in the hemodialysis department of the city's general hospital.
- A review of the previous meetings – teaching the correct principles of taking high blood pressure medication and its benefits in controlling the disease.
- Review the previous sessions for 15 minutes and education about the possible side effects of the drugs. Moreover, at the end of holding a question-answer session for half an hour.

3.5. Statistical Analysis

All parameters were normally distributed, as shown by the Shapiro-Wilk test. Independent t-tests were used to determine differences between groups at baseline. The chi-square test was used for statistical analysis of demographic data—repeated Measures ANOVA was used to determine the statistical significance of differences between pre-training and post-training. When significance was noted, paired t-tests were used for post-hoc comparisons. The collected data were then analyzed using descriptive and analytical statistics by SPSS software (version 24). The significance level was considered $P < 0.05$ in all statistical tests. The flow diagram of sample selection and research design based on CONSORT guidelines is illustrated in Figure 1.

Figure 1. Flow diagram of sample selection



4. Results

4.1. Demographic information

The frequency distribution of health and demographic data in the control and intervention groups is summarized in Table 1. A comparison of the frequency distribution of the primary variables of the study participants according to the two groups showed no significant differences between the studied groups.

Table 1. Comparison of sociodemographic characteristics of the groups

	Intervention (N = 58) mean (std) n (%)	Control (N = 58) mean (std) n (%)	P-value
Age	64.31 [2.12]	65.17 [3.36]	0.47
Health Overall	3.16 [1.11]	3.02 [0.73]	0.32
Nutrition Overall	14.14 [1.35]	13.67 [1.66]	0.51
Living Alone			0.22
yes	9 [15.5]	9 [15.5]	
no	49 [84.5]	49 [84.5]	
Chronic Disease			0.14
Heart Disease	14 [24.1]	15 [25.9]	
Arthritis	12 [20.7]	20 [34.5]	
Diabetes	7 [12.1]	14 [24.1]	
comorbidity	25 [43.1]	9 [15.5]	
Smoking			0.73
no	58 [100]	58 [100]	
Monthly Income			0.61
Few	14 [24.1]	27 [46.6]	
Moderate	15 [25.9]	23 [39.7]	
Good	29 [50]	8 [13.8]	
Employment			0.7
Housewife	58 [100]	58 [100]	
Marital Status			0.47
Married	49 [84.5]	38 [65.5]	
Widow	9 [15.5]	20 [34.5]	
Education			0.6
No Formal School	58 [100]	58 [100]	

4.2. Results of research variables

In this randomized clinical trial study, as shown in Table 2, there was no significant difference between the intervention and control groups before the intervention regarding changes in mean systolic, diastolic, mean arterial blood pressure scores, and drug adherence. However, after the intervention, a significant difference ($P < 0.001$) was recorded between the two groups in these values.

Table 2. Changes in mean blood pressure scores and drug adherence, before and after intervention between groups

		Intervention (N = 58) Mean (SD)	Control (N = 58) Mean (SD)	P-value of Independent Samples T-Test
Systolic blood pressure	Before the intervention	158.02 (15.01)	166.21 (16.09)	0.1
	After the intervention	128.71 (8.19)	158.1 (17.54)	<0.001
Diastolic blood pressure	Before the intervention	95.43 (9.28)	96.21 (12.75)	0.71
	After the intervention	80.95 (4.24)	97.67 (8.65)	<0.001
Mean arterial blood pressure	Before the intervention	116.29 (7.62)	119.54 (11.7)	0.09
	After the intervention	96.87 (4.91)	117.82 (9.6)	<0.001
Drug Adherence	Before the intervention	32.6 (3.48)	32.26 (2.52)	0.25
	After the intervention	36	33.53 (2.39)	<0.001
Behavioral subscale of drug adherence	Before the intervention	18.24 (1.58)	18.91 (1.44)	0.19
	After the intervention	20	18.78 (1.39)	<0.001
Cognitive subscale of drug adherence	Before the intervention	14.36 (1.97)	14.34 (1.41)	0.96
	After the intervention	16	14.76 (1.17)	<0.001

4.3. Results of intercorrelations between variables

The present study findings showed significant and positive intercorrelations between study variables. According to the results of the paired t-test, the changes in the mean score of drug adherence and its subscales after training were significantly different in the intervention group ($P < 0.001$), and there was no significant difference in the control group (Table 3).

Table 3. Changes in mean within-group scores of drug adherence, before and after intervention

		Mean	SD	Std. Error Mean	95% CI		t	df	P-value of Paired Samples T-Test
					Lower	Upper			
Drug Adherence. Pre-Post	Intervention (N = 58)	-1.836	2.949	0.274	-2.379	-1.294	-6.707	115	<0.001
	Control (N = 58)	-0.276	0.696	0.091	-0.459	-0.093	-3.020	57	0.304
Behavioral subscale of drug adherence. Pre-Post	Intervention (N = 58)	-0.810	1.497	0.139	-1.086	-0.535	-5.829	115	<0.001
	Control (N = 58)	0.138	0.437	0.057	0.023	0.253	2.403	57	0.320
Cognitive subscale of drug adherence. Pre-Post	Intervention (N = 58)	-1.026	1.591	0.148	-1.318	-0.733	-6.947	115	<0.001
	Control (N = 58)	-0.414	0.676	0.089	-0.592	-0.236	-4.660	57	0.211

5. Discussion

This study aimed to determine the effectiveness of the educational approach to adherence to treatment among the population of older Turkmen women with hypertension in Gonbad Kavous city of Golestan province. Antihypertensive medication adherence reduces hypertension effectively and, as a result, reduces the risk of other cardiovascular diseases. Non-adherence with antihypertensive medication can increase the risk of hospitalization in older adults and has a negative impact on hypertension management (Jankowska-Polańska et al., 2017). According to the results, the educational intervention increased drug adherence among the intervention group and reduced systolic, diastolic, and moderate arterial blood pressure. An interventional study by Lee et al. showed that follow-up of pharmacists in patients with hypertension reduces systolic blood pressure (133.2 to 129.9) (Lee et al., 2006), which is consistent with the results of the educational intervention of the present study. A study by Saffari et al. on the effect of face-to-face training intervention and telephone SMS showed that SMS training is ineffective in reducing diastolic blood pressure (Saffari et al., 2019). Also recent studies indicate a positive effect of education on adherence to treatment in patients with hypertension, which is similar to the results of the present study after education (Ozoemena et al., 2019;

Mirniam et al., 2019; Shen et al., 2019; Yazdanpanah et al., 2019; Lor et al., 2019; Haramiova et al., 2017; Abughosh et al., 2017; Li et al., 2014; Bernocchi et al., 2014; Beune et al., 2014; Konrady et al., 2001). According to the review of previous studies and the importance of mean arterial blood pressure concerning the risk of cerebrovascular diseases (CVD), the present study showed that educational intervention positively reduces mean arterial blood pressure. This value before the intervention was 116.29 ± 7.62 , and after the training, it was 96.87 ± 4.91 in the intervention group. Also, there is a significant difference in the cognitive and behavioral subscales' scores of the Hill Bon Drug Adherence Questionnaire (9-item) after the intervention, which indicates an increase in the cognitive dimension of medication adherence among older adults after training.

5.1. Conclusions

The results of this study showed that the educational program can be effective in raising the awareness of patients with hypertension about behaviors based on adherence to antihypertensive drugs.

5.2. Limitations

The study's main limitation was the short intervention duration, which should be considered in future research. On the other hand, pulse pressure's effect on cardiovascular disease incidence should be considered in future research. The coincidence of training sessions with the winter season and snowfall had made it difficult for older women to go to the trails' venue. Special transport facilities were provided for them between their homes and the city's General Health Centre to solve this issue.

Acknowledgments

The authors appreciate all the staff who helped us complete this project.

Authors' Contributions

OGh has contributed to the design, performed the interviews, and written the Introduction section; AA has supervised the program and written the methods and results sections, and MK has written the discussion and conclusion parts. All authors have approved the final manuscript as well.

Ethical Considerations

Ethical matters, e.g., plagiarism, informed consent, misconduct, data fabrication and falsification, double publication and submission, redundancy, etc., have been observed by the authors. All the participants received a verbal explanation about the study objectives and procedures and then signed written informed consent to take part in the study. The participants were also reassured about the anonymity and

confidentiality of their information. All procedures performed in studies involving human participants were by the ethical standards of the institutional and national research committee and with the 1964 Helsinki Declaration and its later amendments, including informed consent and confidentiality of all personal information.

Funding & Financial Support

With the financial support of the Research Deputy of Health School at Shiraz University of Medical Sciences, Grant NO.: IR-SUMS-REC-1398-1242.

Patient Consent

Written and verbal consent of patients was obtained before participating in the study.

Conflict of Interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

- Abughosh, S., Wang, X., Serna, O., Esse, T., Mann, A., Masilamani, S., Holstad, M. M., Essien, E. J., & Fleming, M. (2017). A motivational interviewing intervention by pharmacy students to improve medication adherence. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 23(5), 549–560.
- Bernocchi, P., Scalvini, S., Bertacchini, F., Rivadossi, F., & Muiesan, M. L. (2014). Home based telemedicine intervention for patients with uncontrolled hypertension:-a real life-non-randomized study. *BMC medical informatics and decision making*, 14(1), 1-8.
- Beune, E. J. A. J., Moll van Charante, E. P., Beem, L., Mohrs, J., Agyemang, C. O., Ogedegbe, G., & Haafkens, J. A. (2014). Culturally adapted hypertension education (CAHE) to improve blood pressure control and treatment adherence in patients of African origin with uncontrolled hypertension: cluster-randomized trial. *PLoS One*, 9(3), e91013.
- Blaschke, T. F., Osterberg, L., Vrijens, B., & Urquhart, J. (2012). Adherence to medications. Insights arising from studies on the unreliable link between prescribed and actual drug dosing histories. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 52(1), 275–301.
- Chowdhury, R., Khan, H., Heydon, E., Shroufi, A., Fahimi, S., Moore, C., Stricker, B., Mendis, S., Hofman, A., Mant, J., & Franco, O. H. (2013). Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *European Heart Journal*, 34(38), 2940–2948.
- Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A., & Wong, P. K. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 11(1), 44–47.
- Cutler, D. M., Long, G., Berndt, E. R., Royer, J., Fournier, A. A., Sasser, A., & Cremieux, P. (2007). The value of antihypertensive drugs. A perspective on medical innovation. *Health Affairs (Project Hope)*, 26(1), 97–110.

- De Geest, S., & Sabaté, E. (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 2(4), 323.
- Delavar, F., Pashaeypoor, S., & Negarandeh, R. (2020). The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among older people with primary hypertension. A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 103(2), 336–342.
- Forouzanfar, M. H., Liu, P., Roth, G. A., Ng, M., Biryukov, S., Marczak, L., ... & Murray, C. J. (2017). Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. *Jama*, 317(2), 165-182.
- Haramiova, Z., Stasko, M., Hulin, M., Tesar, T., Kuzelova, M., & Morisky, D. M. (2017). The effectiveness of daily SMS reminders in pharmaceutical care of older adults on improving patients' adherence to antihypertensive medication (SPPA). Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 1-15.
- Jankowska-Polańska, B., Chudiak, A., Uchmanowicz, I., Dudek, K., & Mazur, G. (2017). Selected factors affecting adherence in the pharmacological treatment of arterial hypertension. *Patient Preference and Adherence*, 11, 363–371.
- Joffres, M., Falaschetti, E., Gillespie, C., Robitaille, C., Loustalot, F., Poulter, N., McAlister, F. A., Johansen, H., Baclic, O., & Campbell, N. (2013). Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in national surveys from England, the USA and Canada, and correlation with stroke and ischaemic heart disease mortality. A cross-sectional study. *BMJ Open*, 3(8), e003423.
- Jung, O., Gechter, J. L., Wunder, C., Paulke, A., Bartel, C., Geiger, H., & Toennes, S. W. (2013). Resistant hypertension? Assessment of adherence by toxicological urine analysis. *Journal of Hypertension*, 31(4), 766–774.
- Konrady, A. O., Brodskaya, I. S., Soboleva, A. V., & Polunicheva, Y. V. (2001). Benefits of the implementation of structured educational program in hypertension management. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 7(3), 397–402.
- Lee, J. K., Grace, K. A., & Taylor, A. J. (2006). Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled trial. A randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 296(21), 2563–2571.
- Lewington, S., Clarke, R., Qizilbash, N., Peto, R., Collins, R., & Prospective Studies Collaboration. (2002). Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*, 360(9349), 1903–1913.
- Li, G., Feng, Y., Xie, W., An, X., & Li, D. (2014). Analysis of the effect of health education with telephone follow-up for elderly patients with hypertension. *Chinese Medical Record English Edition*, 2(2), 91-94.

- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., Amann, M., Anderson, H. R., Andrews, K. G., Aryee, M., Atkinson, C., Bacchus, L. J., Bahalim, A. N., Balakrishnan, K., Balmes, J., Barker-Collo, S., Baxter, A., Bell, M. L., Blore, J. D., ... & Memish, Z. A. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859), 2224–2260.
- Lor, M., Koleck, T. A., Bakken, S., Yoon, S., & Dunn Navarra, A. M. (2019). Association between health literacy and medication adherence among Hispanics with hypertension. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 6(3), 517–524.
- Malekzadeh, M. M., Etemadi, A., Kamangar, F., Khademi, H., Golozar, A., Islami, F., Pourshams, A., Poustchi, H., Navabakhsh, B., Naemi, M., Pharoah, P. D., Abnet, C. C., Brennan, P., Boffetta, P., Dawsey, S. M., Esteghamati, A., & Malekzadeh, R. (2013). Prevalence, awareness and risk factors of hypertension in a large cohort of Iranian adult population. *Journal of Hypertension*, 31(7), 1364–1371.
- Mehdinia, A., Loripoor, M., Dehghan, M., & Heidari, S. (2020). The effect of pillbox use on medication adherence among elderly patients. A randomized controlled trial. *Disease and Diagnosis*, 9(1), 38–43.
- Miriam, A.-A., Habibi, Z., Khosravi, A., Sadeghi, M., & Eghbali-Babadi, M. (2019). A clinical trial on the effect of a multifaceted intervention on blood pressure control and medication adherence in patients with uncontrolled hypertension. *ARYA Atherosclerosis*, 15(6), 267–274.
- Mirzaei, M., Moayedallaie, S., Jabbari, L., & Mohammadi, M. (2016). Prevalence of hypertension in Iran 1980-2012: A systematic review. *The Journal of Tehran Heart Center*, 11(4), 159–167.
- Monane, M., Bohn, R. L., Gurwitz, J. H., Glynn, R. J., Levin, R., & Avorn, J. (1997). The effects of initial drug choice and comorbidity on antihypertensive therapy compliance. Results from a population-based study in older adults. *American Journal of Hypertension*, 10(7), 697–704.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, 353(5), 487–497.
- Ozoemena, E. L., Iweama, C. N., Agbaje, O. S., Umoke, P. C., Ene, O. C., Ofili, P. C., ... & Anthony, E. (2019). Effects of a health education intervention on hypertension-related knowledge, prevention and self-care practices in Nigerian retirees. A quasi-experimental study. *Archives of Public Health*, 77, 1–16.
- Rabiei, K., Kelishadi, R., Sarrafzadegan, N., Abedi, H. A., Alavi, M., Heidari, K., ... & Sadeghi, S. (2009). Process evaluation of a community-based program for prevention and control of non-communicable disease in a developing country. The Isfahan Healthy Heart Program, Iran. *BMC Public Health*, 9, 1–14.
- Rash, J. A., Lavoie, K. L., Feldman, R. D., & Campbell, T. S. (2014). Adherence to antihypertensive medications. Current status and future directions. *Current Cardiovascular Risk Reports*, 8, 1–13.

- Rudd, P., Ahmed, S., Zachary, V., Barton, C., & Bonduelle, D. (1992). Issues in patient compliance: the search for therapeutic sufficiency. *Cardiology*, 80 Suppl 1, 2–10.
- Sabaté, E., & Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action: World Health Organization*.
- Saffari, M., Sanaeinasab, H., Rashidi-Jahan, H., Hajijafar-Namazi, M. H., Sepandi, M., Samadi, M., & Azad-Marzabadi, E. (2019). A comparison between impact of a health education program using in-situ training and text-messaging on lifestyle and blood pressure in military personnel at risk of hypertension. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 7(1), 74–83.
- Shen, Y., Wang, T., Gao, M., Zhu, X., Zhang, X., He, C., Li, Y., & Sun, X. (2019). Effectiveness of low-cost reminder package combined with case-based health education to improve hypertensive patients' medication adherence. A clustered randomized controlled trial. *Patient Preference and Adherence*, 13, 1083–1092.
- Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2014). The determinants and scope of public health interventions to tackle the global problem of hypertension. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(7), 807–812.
- Simpson, S. H., Eurich, D. T., Majumdar, S. R., Padwal, R. S., Tsuyuki, R. T., Varney, J., & Johnson, J. A. (2006). A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 333(7557), 15.
- Sokol, M. C., McGuigan, K. A., Verbrugge, R. R., & Epstein, R. S. (2005). Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost. *Medical Care*, 43(6), 521–530.
- Yazdanpanah, Y., Saleh Moghadam, A. R., Mazlom, S. R., Beigloo, H. A., & Mohajer, R. (2019). Effect of an educational program based on health belief model on medication adherence in older adults patients with hypertension. *Evidence Based Care*, 9, 52–62.

Kavya Palaniappan¹ 

Karteek Guturu² 

Age-friendly cities – residents’ assessment of a traditional neighborhood in Chennai

Miasta przyjazne seniorom – oceny mieszkańców tradycyjnego sąsiedztwa w przestrzeni miasta Chennai

Abstract:

The population of urban older adults is rising rapidly, and it is challenging for older adults to age actively in place, especially in the Indian context. Most older adults are expected to stay indoors, but their needs differ. They crave social interaction, and public spaces are spatial manifestations. Older adults can be independent when neighborhoods support them to age in place actively. Analysis of the spatial dimension of neighborhoods using mapping and assessing the neighborhood’s quality would help determine the factors that influence aging in the place for urban older adults. An analysis of the perceived neighborhood by older adults in the Indian context to actively age in place is different, and it is essential to understand how the community facilities are present and how they can enhance the well-being of older adults.

The article presents the results of a survey with 62 people (55 women and 7 men) over 55 years of age, aimed at assessing their neighborhood environment. The study was conducted with residents of Mylapore, a district in the central part of Chennai, India. It is one of the oldest residential districts in the city. Understanding the parameters that influence aging in place would help create cities that are friendly for older adults rather than forcing them to stay in care institutions that would take away their independence and cause them to lose their identity in their neighborhood. Although neighborhood environments may support active aging, the research presented in the article indicates that neighborhoods do not facilitate this process in Mylapore as they grow older.

Keywords:

active aging, aging in place, neighborhood environment, older adults, well-being

1 School of Planning and Architecture Vijayawada, kavyapalniappan@gmail.com

2 School of Planning and Architecture Vijayawada, karteekg@gmail.com

Streszczenie:

Populacja osób starszych w miastach szybko rośnie, dlatego wyzwaniem staje się aktywne starzenie się w miejscu zamieszkania. Jest to szczególnie ważne w odniesieniu do miast w Indiach. Oczekuje się, że większość osób starszych nadal będzie mieszkać w swoich własnych domach, choć potrzeby tej grupy wydają się różnicowane. Osoby takie mogą chcieć wchodzić w interakcje społeczne, dlatego ważne jest tworzenie odpowiedniej przestrzeni publicznej. Jednym z czynników niezależności osób starszych może być sąsiedztwo w przestrzeni miasta wspierające ich w procesie aktywnego starzenia się. Analiza wymiarów przestrzennych wspomnianych sąsiedztw, dokonana za pomocą mapowania, jak i ocena ich jakości pomogłyby w określeniu czynników wpływających na starzenie się w miejscu zamieszkania (*aging in place*). Analiza tego, jak postrzegane jest sąsiedztwo przez osoby starsze, oraz analiza dostępności obiektów i urządzeń w przestrzeni miasta sprzyjających aktywnemu starzeniu się pozwoliłaby na znalezienie sposobów poprawy dobrostanu osób w późnej dorosłości.

W artykule zaprezentowane zostały wyniki badań ankietowych z 62 osobami (55 kobiet i 7 mężczyzn) powyżej 55. roku życia, mających na celu ocenę ich sąsiedztwa w przestrzeni miasta. Badanie przeprowadzone zostało z mieszkańcami Maylapore, dzielnicy w centralnej części miasta Chennai w Indiach. Jest to jedna z najstarszych dzielnic mieszkaniowych miasta. Zrozumienie parametrów wpływających na proces starzenia się w miejscu zamieszkania mogłoby przyczynić się do tworzenia miast przyjaznych osobom starszym, w przeciwieństwie do umieszczania ich w placówkach opiekuńczych, często odbierających niezależność i powodujących utratę związku z miejscem zamieszkania. Mimo że sąsiedztwo w przestrzeni miasta może sprzyjać procesom aktywnego starzenia się, to jednak wyniki przedstawionych w artykule badań wskazują, że sąsiedztwo w przestrzeni miasta nie ułatwia aktywnego starzenia się w Mylapore.

Słowa kluczowe:

aktywne starzenie się, starzenie się w miejscu zamieszkania, sąsiedztwo w przestrzeni miasta, osoby starsze, dobrostan

Introduction

According to the Older Adults in India 2021 report, older adults in India are nearly 138 million in 2021, with 67 million men and 71 million women. The number of older adults is projected to increase to 13.1% in 2031 and 13.6% in Tamil Nadu at 13.6% (NSO, 2021). The growing population of older adults must be able to actively age at the neighborhood level without losing their sense of belonging.

The aging policy currently mentions a popular concept called *aging in place*, which means “living in the community, with some level of independence, rather than in residential care” (Wiles, 2011). Older adults are empowered to maintain independence and autonomy while connecting to the social environment (Callahan, 1993; Keeling, 1999).

Aging in place is linked to having familiarity and security, wherein homes are treated as a refuge and community as a resource. The well-being of older adults is deeply influenced by their place of belonging, that is, the neighborhood provides for them emotionally, how they perceive the community, and how they utilize such facilities (Bowling, 2007). Social spaces for older adults result from their choice of interaction and engaging social relations. Older adults tend to pick out spaces and create them into social spaces of their liking, which they frequently use (Van Melik, 2017).

Rowles (1993) explored how older adults feel a sense of belonging to a particular space, and that gives a sense of meaning and security. To bring aging in place, apart from housing options, other factors need to be considered, including access to public transport, amenities that facilitate social interaction, physical activity, volunteer activity, and engaging in sociocultural activities (Wahl, 2003). It is important to note that the relationship between physical activity and access is confounded by neighborhood-level characteristics, such as socio-economic contexts and perceptions of neighborhood, park and recreational amenities, and street configurations (Levasseur, 2015).

WHO developed the *Age-Friendly Cities* framework in the *Global Age-Friendly Cities Guide* (2007). They have proposed eight interconnected domains that address the barriers to the well-being of older adults and support their participation in their place of belonging to participate actively. The interconnected domains of urban life include community and health care, transportation, housing, social participation, outdoor spaces and buildings, respect and social inclusion, civic participation, employment, communication, and information.

In the global context, as in Japan's rapidly aging society, the focus is not just on older adults; mixed development is provided in age-integrated facilities for the young. Appropriate policy measures are taken to provide for the older adults and the children. In Singapore, policies are adopted for aging in place, empowering older adults to access public transport and public spaces independently and confidently by providing an appropriate pedestrian environment to remain mobile and active.

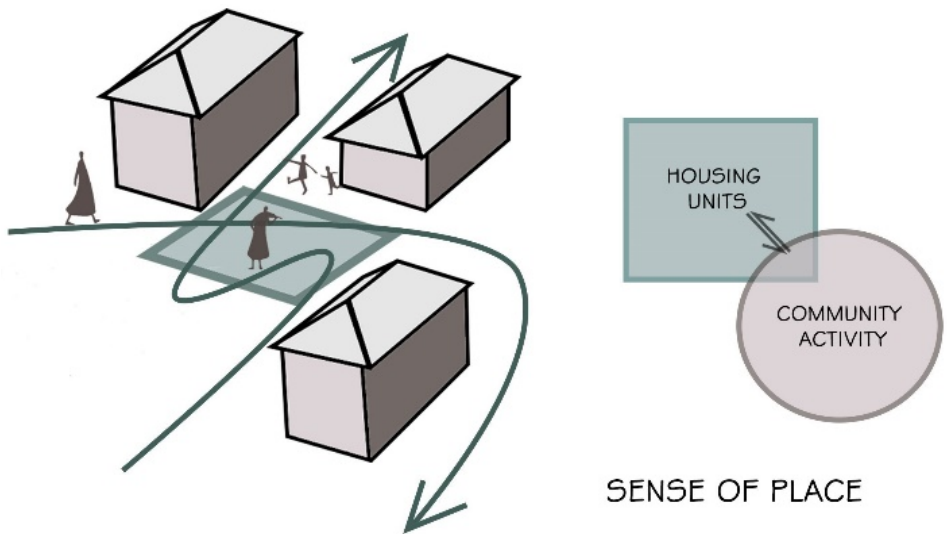
1.1 Neighborhood environments that facilitate active aging

1.1.1 Accessibility and location

According to the Council for Scientific and Industrial Research (1967), the deterioration of older adults' temporal and physical capacity leads to decreased social participation, which should be addressed sensitively. Social participation has attracted interest as a potential factor influencing general health and well-being (Sommerlad, 2023). The community interactions must occur as

naturally as possible and must not be burdensome to them. Community facilities include public transportation facilities like suburban railway stations, bus stops, health care facilities, and clinics, places of worship like churches, temples, and mosques, as well as entertainment facilities like shopping malls that have a relatively close or convenient link to the location the older adults so that travel becomes convenient and less burdensome when moving to and from such said locations.

Figure 1. Accessibility to facilitate movement



Source: author

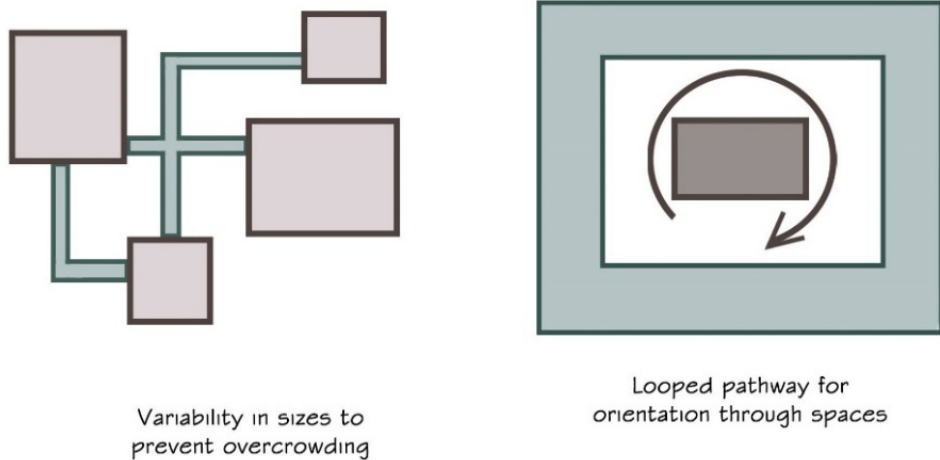
1.1.2 Walkability and street connectivity

Walkability and street connectivity are extremely important for older adults to engage in social activities in neighborhoods and physical activities, especially in parks and recreational facilities. Universally designed buildings and spaces enable access for everyone, including children, older people, and people with functional limitations (Carr, 2013). The buildings and public spaces are designed and accessed without having to experience the same space multiple times to have a sense of familiarity and orient themselves. However, that should occur naturally and without confusion. The spaces can be used efficiently, and less physical effort is required by creating a barrier-free environment. The physical accessibility to public transportation facilities is also vital as people with disability and older people access such facilities is bothersome, and it improves the physical well-being of older adults when the infrastructures are present so that the older adults can access such spaces independently.

1.1.3 Transparency and wayfinding

Kevin Lynch (1960, p. 125) described that older adults feel a sense of anxiety and fear when they lose the sense of orientation, location, or relationship with their respective surroundings. Christopher Alexander discusses the issues of circulation and orientation, which sometimes lead to confusion, unwanted stress, and anxiety, wasting one's precious time.

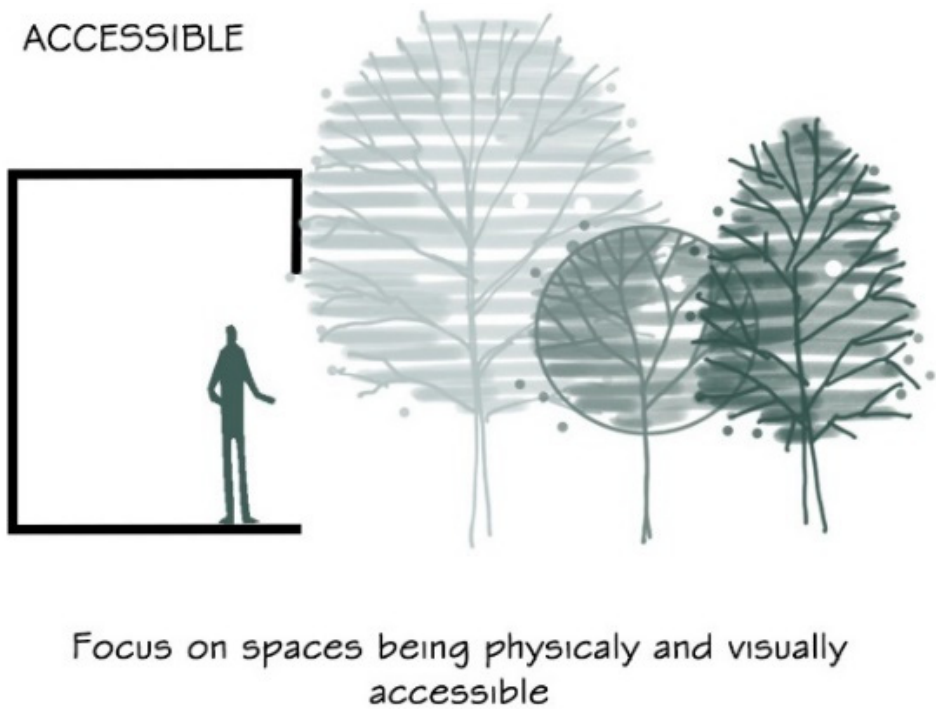
Figure 2. Transparency and wayfinding



Source: author

Wayfinding should require minimal effort. Older adults must be able to map out a route to orient themselves. He suggests that buildings should have a sequence and hierarchy of realms or spaces by creating a sense of order and having a 'gateway' leading one to another. Each realm should be named or presented with some element that simplifies orientating oneself from one to the next (Alexander, 2018).

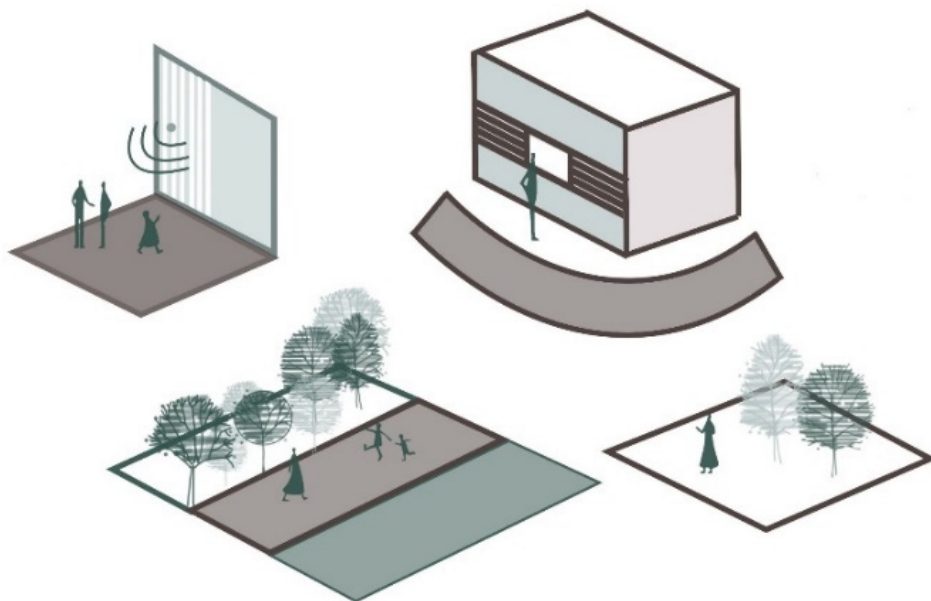
Figure 3. Wayfinding through sensory reach



Source: author

1.1.4 Contact with nature

A study was conducted with 29 older residents in Canada. The intervention was conducted to explore if there was any relationship between the older adult's well-being and the incorporation and presence of natural features. The results were interesting because the participants expressed decreased sadness and depression when caring for plants, such as pruning and watering. This is attributed to a feeling of having ownership, a sense of restoration, and attraction to their living environment (Kiyota, 2009).

Figure 4. Contact with nature

Source: author

When present in an impactful way, the natural environment can be used to achieve various effects in older adults. Parks and recreational facilities help in physical well-being by providing physical exercise and walking opportunities. The natural features of residents and tourists create new opportunities for interaction and better health practices (Bedimo-Rung, 2005). The presence of parks and recreational facilities in close vicinity helps the older adults' well-being due to contact with nature.

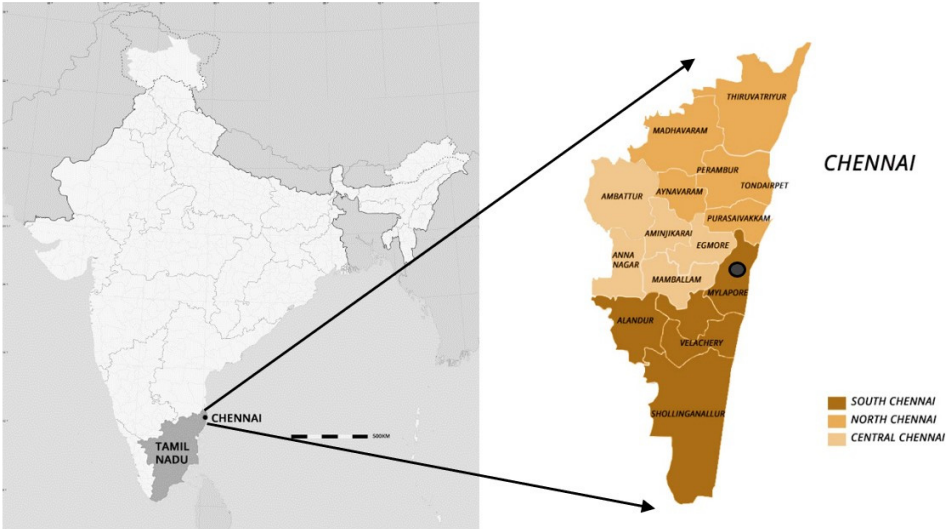
1.1.5 Engagement in socio-cultural activity

Older adults' social inclusion and participation in socio-cultural activities are vital for their well-being. There should be an emphasis on community-based activities and interpersonal interaction (Aroogh, 2020). This generally includes casual participation in cultural or other social and religious activities, which may be formal or informal, with family members, friends, and relatives. The focus should be on face-to-face encounters. There are opportunities for online interaction, and they grow in a world that is presently technologically oriented. Depending upon the context, the participation, the time they access these socio-cultural spaces, and the frequency with which they visit these spaces for these socio-cultural activities are distinct.

2. Methods

2.1 Study area

Figure 5. Location of study area



Source: author

The study area selected for the neighborhood environment that facilitates aging in place for older adults in Chennai City is Mylapore, a historic traditional neighborhood. As per the National Statistical Office (NSO) study, Tamil Nadu has the second-highest adult population at 13.6%. According to GeolQ, the temple precinct in the neighborhood of Mylapore, with an area of a 3.9 square kilometer radius for study purposes, was found to have a population of 111 409. Adults above 55 who have settled in the neighborhood account for 19.4 % of the total population.

Mylapore is an organically formed settlement in Chennai, and its history dates back to the 1st century, as per archaeological evidence. Mylapore is known for its residential colonies with distinct and different architectural styles, the Kapaleeshwarar temple and other religious facilities, community spaces like kutcheri halls and sabhas, and commercial facilities like markets and shopping malls.

2.2 Study methodology

The spatial analysis is conducted to understand the community facilities in a traditional neighborhood by mapping the spatial dimension. Apart from the community facilities and street connectivity to public transport, a mix of land use and density is analyzed. A questionnaire survey was conducted on older adults who were aged over 55. People were asked to rate each design and community factor on a five-point Likert scale (1=*very poor*, 2=*poor*, 3=*satisfactory*, 4=*good*, 5=*very good*). Assessment of the neighborhood environment for the older adults to actively age in place in Mylapore is done by considering the sampling, which is classified as follows: age, economic condition, and gender. A questionnaire survey was conducted for 62 older adults, 55 women, and seven men, in a structured interview as part of a field survey. The on-field survey was conducted in Kapaleeshwarar Temple Precinct.

3. Findings

3.1 Spatial analysis of neighbourhood

3.1.1 Density and built use

The building use and the density of residences indicate that the neighborhood is predominantly walkable. The religious structure has become an important recreational facility for older adults. The community facilities indicate that the neighborhood can facilitate aging in place because of the presence of the built environment—appropriate healthcare facilities within walking distance, which becomes easier to access. Public transportation is accessible, with bus stops and sub-urban railway stations closer to the residences and the central religious hub.

Figure 6. Built use Of Mylapore

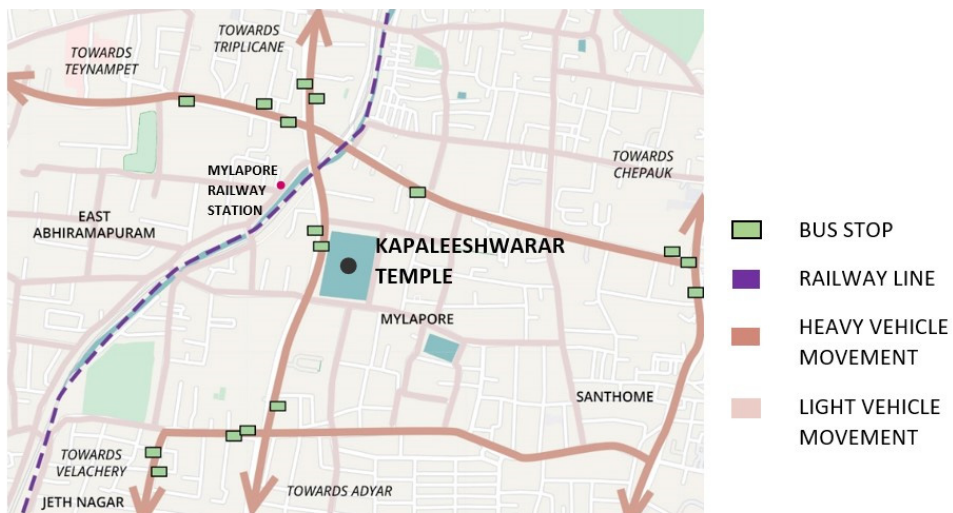


Source: Adapted from Houses of Mylapore. thinkMATTER. <https://thinkmatter.in/2017/06/02/housesofmylapore/>

3.1.2 Street connectivity

Mylapore North Mada Street is the major commercial street comprising eateries, vendor shops, health care facilities, residences, and the temple tank. The East Mada and the South Mada Streets are also composed of commercial activity on the lower levels and residences on the upper levels. R.K. Mutt Road has several houses, commercial establishments, and a few premises with heritage value that connect Raja Annamalai Puram and Mylapore.

Figure 7. Hierarchy of road



Source: author

Streets are well connected and are present in such a way that access to public transportation becomes easier. Since most streets are narrower, there is constant conflict between two-wheelers and pedestrians. However, in highly commercial and religious streets, they become predominantly pedestrians with appropriate parking facilities provided for vehicles.

Table 1. Street connectivity of Mylapore

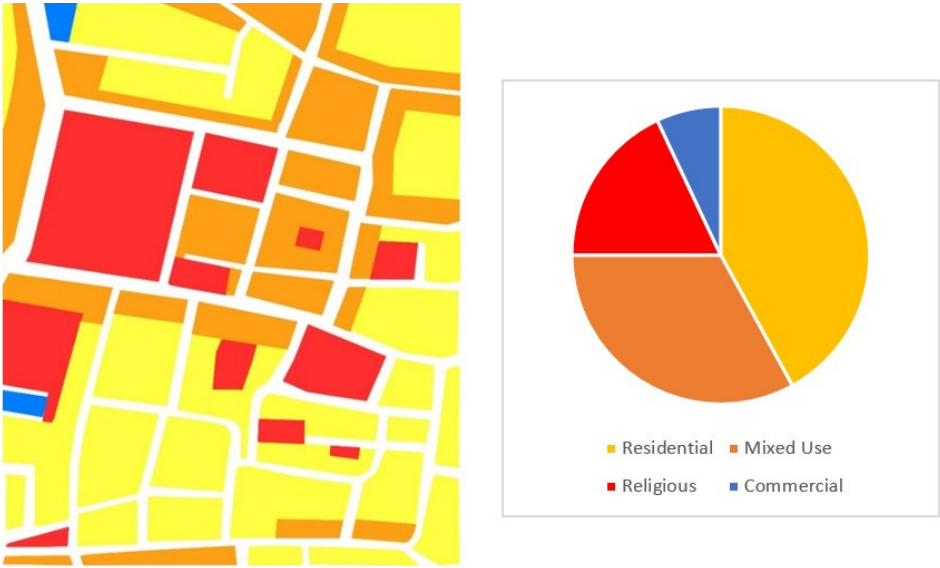
Street Name	Street Type	Street Width
R.K Mutt Road	Urban Arterial Street	Varies from 18m to 24m
North Mada Street	Urban Sub Arterial Street	Varies from 9m to 18m
East Mada Street	Urban Sub Arterial Street	Varies from 12m to 15m
South Mada Street	Urban Sub Arterial Street	Varies from 12m to 15m
Kutcheri Road	Urban Local Street	Varies from 8m to 12m
Madaveli Road	Urban Local Street	Varies from 6m to 10m

Source: author

3.1.3 Mix of land use

The land use of the neighborhood of Mylapore is predominantly mixed, with residential and commercial activity along with the presence of the Kapaleeshwarar Temple. This indicates that the neighborhood is vibrant and alive as it is not monofunctional, and the Mix of uses contributes to the older adults feeling a sense of place and community. The neighborhood does not become desolate or isolated for specific intervals and predominantly remains active.

Figure 8. Land use of Mylapore



Source: author

3.2 Assessing the neighborhood environment

National Policy on Older Persons defines older adults or seniors as above 60. The World Health Organization (WHO, 2015) defines elderly individuals as those aged 60 years and over, marking the beginning of the aging process. WHO categorizes older adults based on chronological age as older adults aged 65-74, old adults 75-84, and very old adults above 85 (United Nations, 2015). Aging in place studies have typically included older adults above the age of 50, focusing on people above the age of 80 (Ratnayake, 2022). The attributes considered to assess the neighborhood for which the older adults are asked to rate are classified as follows:

- neighborhood walkability,
- accessibility of public spaces,
- wayfinding to public spaces,
- access to public transportation,
- engagement in socio-cultural activity,
- availability of social and health services,
- safety and security.

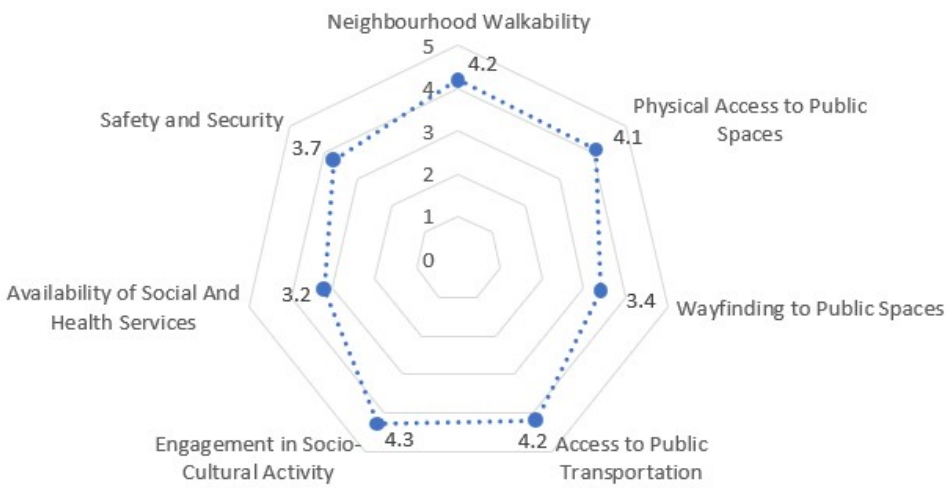
The table below indicates the older adults categorized into the age group of 55-64. The older adults in Mylapore are categorized by their gender, occupation, and preferred time period to step out of their homes and into public spaces.

Table 2. Neighborhood environment rating for the age group of 55-64 (n=33)

Nº	PARAMETERS CONSIDERED	AVERAGE NEIGHBOURHOOD ENVIRONMENT RATING (on Likert scale)
1.	Neighbourhood walkability	4.2
2.	Physical access to public spaces (barrier free environment)	4.1
3.	Wayfinding to public spaces	3.4
4.	Access to public transportation	4.2
5.	Engagement in socio-cultural activity	4.3
6.	Availability of social and health services	3.2
7.	Safety and security	3.7

Source: Author

Figure 9. Neighbourhood environment rating based on age group 55-64



Source: author

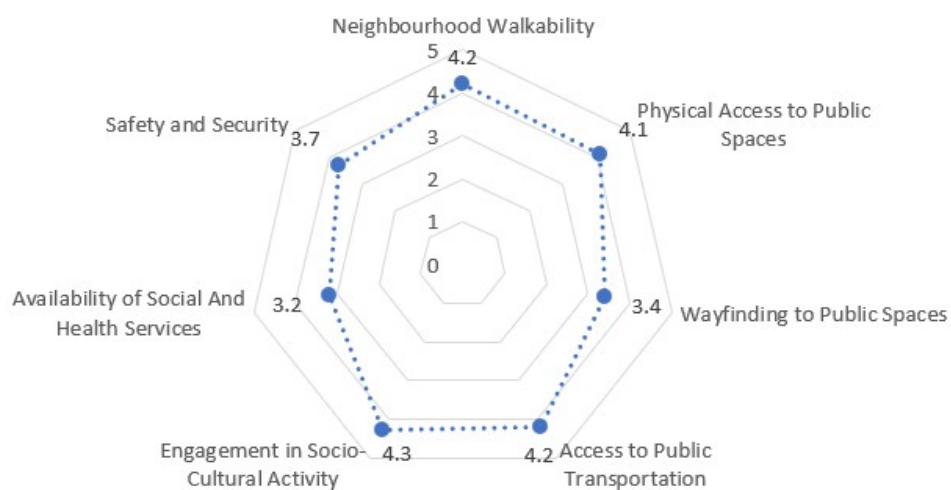
The table below indicates that older adults in Mylapore are categorized into the age group of 65-74 by gender, occupation, and preferred time period to step out of their homes and into public spaces.

Table 3. Neighbourhood environment rating for the age group of 65-74 (n=16)

Nº	PARAMETERS CONSIDERED	AVERAGE NEIGHBOURHOOD ENVIRONMENT RATING (on Likert scale)
1.	Neighbourhood walkability	3.3
2.	Physical access to public spaces (barrier-free environment)	3.1
3.	Wayfinding to public spaces	2.3
4.	Access to public transportation	3.6
5.	Engagement in socio-cultural activity	3.9
6.	Availability of social and health services	3.3
7.	Safety and security	3.2

Source: Author

Figure 10. Neighbourhood environment rating based on age group 65-74



Source: author

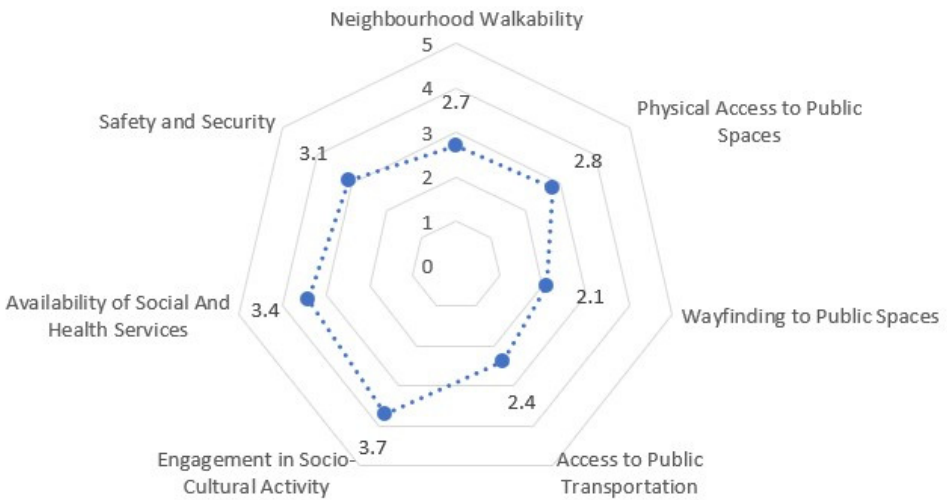
The table below indicates that older adults in Mylapore are categorized into the age group of 65-74 by gender, occupation, and preferred time period to step out of their homes and into public spaces.

Table 4. Neighbourhood environment rating for the age group of 75-84 (n=9)

Nº	PARAMETERS CONSIDERED	AVERAGE NEIGHBOURHOOD ENVIRONMENT RATING (on Likert scale)
1.	Neighbourhood walkability	2.7
2.	Physical access to public spaces (barrier-free environment)	2.8
3.	Wayfinding to public spaces	2.1
4.	Access to public transportation	2.4
5.	Engagement in socio-cultural activity	3.7
6.	Availability of social and health services	3.4
7.	Safety and security	3.1

Source: Author

Figure 11. Neighbourhood environment rating based on age group 75-84



Source: author

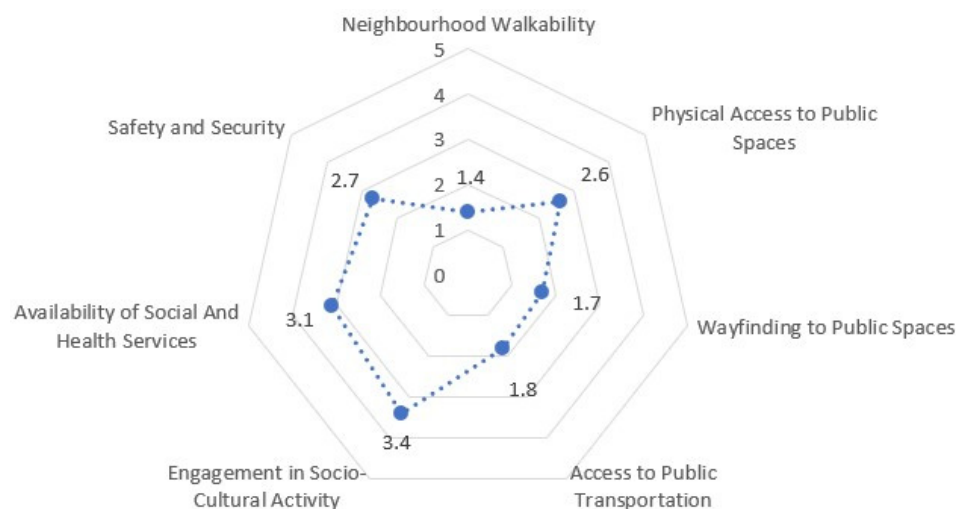
The table indicates that older adults are categorized into the age group of 85+. Older adults in Mylapore are categorized by their gender, occupation, and preferred time period to step out of their homes to public spaces.

Table 5. Neighbourhood environment rating for the age group of 85+ (n=4)

Nº	PARAMETERS CONSIDERED	AVERAGE NEIGHBOURHOOD ENVIRONMENT RATING (on Likert scale)
1.	Neighbourhood walkability	1.4
2.	Physical access to public spaces (barrier free environment)	2.6
3.	Wayfinding to public spaces	1.7
4.	Access to public transportation	1.8
5.	Engagement in socio-cultural activity	3.4
6.	Availability of social and health services	3.1
7.	Safety and security	2.7

Source: Author

Figure 12: Neighbourhood environment rating based on age group 85+

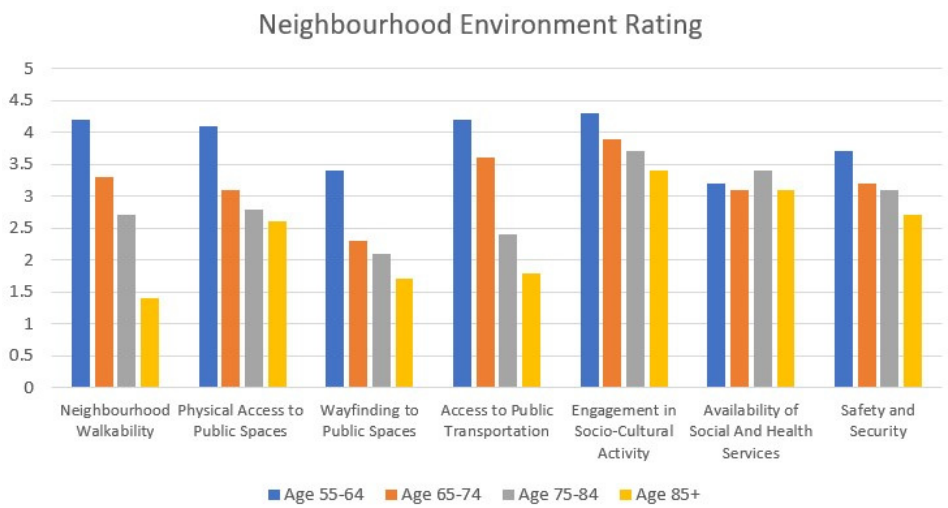


Source: author

4. Result

The comprehensive graph Figure 13 shows the neighborhood environment rating based on the age group. The above graph represents how parameters like neighborhood walkability, access to public transportation, and wayfinding in public spaces have ratings that are definitely decreasing across age groups. Other parameters like engagement in socio-cultural activity and health and social services availability remain relatively constant. According to the graph, the rating decreases as the age of each parameter decreases.

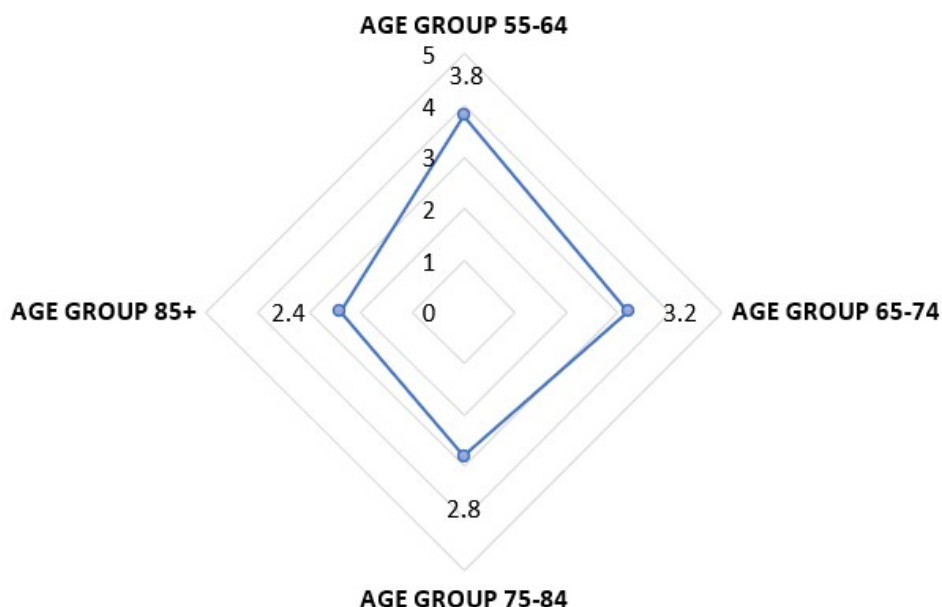
Figure 13. Neighbourhood environment rating as perceived by the older adults in Mylapore based on each parameter categorized by age group.



Source: author

The average of each parameter is taken and compared based on the age group. Neighborhood environment assessment shows that as the age group increases, the satisfaction of the older adults to age in place in Mylapore actively decreases according to the relative parameter, as shown in Fig-14. Since the deterioration of health follows aging, the physical environment must try to cater to the needs of older adults as well so they can actively age in place. While there is satisfaction with the social environment, the physical environment must also be necessary.

Figure 14. Average neighborhood environment rating as perceived by the older adults in Mylapore for each age group.



Source: author

5.1 Discussion

The older adults have a sense of belonging to the neighborhood as they have been there their entire life. Since the neighborhood has a rich cultural context, the presence of Kapaleeshwarar temple has created a strong sense of community bond among the people who come together to worship: community facilities and solid social inclusiveness in the neighborhood help in aging in place.

Physical infrastructures should be present in a manner that could facilitate the needs of older adults. People feel that there are signages that are small in font size and not readable for them, making it difficult for them to orient themselves. They cannot access specific environments as health starts to deteriorate, so better barrier-free environments must be provided. The footpaths are not continuous, and there is a conflict between vehicles and pedestrians. The people go to worship predominantly from 4 PM -8 PM as it would not be that hot. Since there is not enough shade in the morning, they cannot access these public spaces, so the presence of trees as natural shades must be considered, according to the older adults in Mylapore. There is a preference for other community facilities where they can interact with the younger generation and other older adults to share their thoughts. The preference to do volunteer activity to keep themselves busy

was also preferred based on their capabilities. There are aspirations to learn new things. There is a preference for work-from-home opportunities despite the caregivers feeling that the older adults have worked enough.

There are specific limitations and gaps wherein the location of their residences and the proximity to the public space influence the neighborhood environment rating. The family structure of people would also influence certain aspects of their decision to age in place.

5.2 Conclusion

The traditional neighborhoods are historically present with a solid cultural sense, so the older adults have a viable social environment. However, as aging progresses, access to the built environment becomes difficult. The physical infrastructure must facilitate the needs of its older users as well. From the findings, it is to be noted that the social facilities in the traditional neighborhood are adequately equipped to facilitate aging in place, but the physical infrastructure needs improvement. Understanding the parameters for active aging in place at the neighborhood level will help design age-friendly cities. With strong cultural bonds and traditional values in Indian cities, appropriate policies and planning can be implemented to facilitate aging and ensure the well-being of older adults. Since other countries have taken measures and context-specific initiatives to facilitate aging in place, it is crucial for cities in India, with its growing population specific to older adults, to take relevant measures. In the case of Mylapore, the physical infrastructure can be improved, which would further support the social infrastructure present in the neighborhood wherein aging in place can occur. The street furniture is to be aligned, and the footpaths need to be continuous so that they can move with ease. Legible signs can be incorporated in appropriate places so that people can orient themselves. A barrier-free environment should be created to make access to public spaces easy so people can move independently.

References

- Adlakha, D. K. (2020). Neighbourhood supports for active ageing in urban India. *Psychology & Developing Societies*, 32(2), 254–277.
- Alexander, C. (2018). *A pattern language. Towns, buildings, construction*. Oxford University Press.
- Alidoust, S. B. (2017). The spatial dimensions of neighbourhood. How older people define it? *Journal of Urban Design*, 22(5), 547–567.
- Aroogh, M. D. (2020). Social participation of older adults. A concept analysis. *PubMed*, 8(1), 55–72.

- Bedimo-Rung, A. L. (2005). The significance of parks to physical activity and public health. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(2), 159–168.
- Bowling, A. S.-T. (2007). Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. *Age And Ageing*, 36(3), 310–315.
- Buffel, T. &. (2016). Can global cities be 'age-friendly cities'? Urban development and ageing populations. *Cities*, 55, 94–100.
- Callahan, J. J. (1993). *Aging in place*. Routledge.
- Council for Scientific and Industrial Research (1967). A guide to special housing for aged people, *Research Report 245*, National Building Research.
- Carr, K. W. (2013). Universal design. A step toward successful aging. *Journal of Aging Research*, 1–8.
- Chao, T. Y. (2017). *Planning for greying cities. Age-friendly city planning and design research and practice*. Routledge.
- Forsyth, A. M. (2019). Improving housing and neighborhoods for the vulnerable. Older people, small households, urban design, and planning. *Urban Design International*, 24(3), 171–186.
- Frye, A. (2014). Growing old in the city. *Journal of Urban Design*, 19(3), 269–274.
- Keeling. (1999). Ageing in (a New Zealand) place. Ethnography, policy and practice. *Social Policy Journal of New Zealand*, 95–114.
- Kiyota, E. (2009). *People-nature interactions. The therapeutic role of nature in elderly residents' everyday experience in a long-term care facility*. University of Wisconsin Milwaukee.
- Lee, Y. J. (2019). Socially integrative planning characteristics of elderly housing in "Share Kanazawa" community village of Japan. *KIEAE Journal*, 19(2), 5–15.
- Levasseur, M. G. (2015). Importance of proximity to reSources, social support, transportation and neighborhood security for mobility and social participation in older adults. *BMC Public Health*, 15(1).
- Lewis, C. &. (2020, September). Aging in place and the places of aging. A longitudinal study. *Journal of Aging Studies*, 54, 100870.
- Lynch, K. (1960). *The image of the city*, MIT Press.
- Marquet, O. &-G. (2015). Neighbourhood vitality and physical activity among the elderly. The role of walkable environments on active ageing in Barcelona, Spain. *Social Science & Medicine*, 135, 24–30.
- Martinez, L. E. (2020). More than just a room. A scoping review of the impact of homesharing for older adults. *Innovation in Ageing*, 4(2).
- Matter. (2020, December 14). Houses of Mylapore. thinkMATTER. <https://thinkmatter.in/2017/06/02/housesofmylapore/>
- NSO. (2021). *Elderly in India*. New Delhi. National Statistical Office, Ministry of Statistics & Programme Implementation, Government of India.
- Ratnayake, M. L. (2022). Aging in place. Are we prepared? *Public Health*, 8(3), 28–31.

- Sommerlad, A. K. (2023). Social participation and risk of developing dementia. *Nat Aging* 3, 532–545.
- UN. (2015). *World Population Ageing*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division.
- Van Dijk, H. M. (2014). The ideal neighbourhood for ageing in place as perceived by frail and non-frail community-dwelling older people. *Ageing & Society*, 35(8), 1771–1795.
- Van Melik, R. &. (2017). Older people's self-selected spaces of encounter in urban aging environments in the Netherlands. *City & Community*, 16(3), 284–303.
- Wahl, H. W., & Weisman, G. D. (2003). Environmental gerontology at the beginning of the new millennium. Reflections on its historical, empirical, and theoretical development. *The Gerontologist*, 43(5), 616–627.
- Wang, S. Y. (2022). Older people's usage pattern, satisfaction with community facility and well-being in urban old districts. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 10297.
- WHO. (2015). *Measuring the Age-friendly cities. A guide to using core indicators*. WHO.
- Wiles, J. A. (2009). Older people and their social spaces. A study of well-being and attachment to place in Aotearoa New Zealand. *Social Science & Medicine*, 68(4), 664–671.
- Wiles, J. L. (2011). The meaning of "Aging in place" to older people. *Gerontologist*, 52(3), 357–366.
- Woolrych, R. D. (2020). Ageing in urban neighbourhoods. Exploring place insideness amongst older adults in India, Brazil and the United Kingdom. *Psychology & Developing Societies*, 32(2), 201–223.
- Yi, H. N. (2022). Effects of neighbourhood features on healthy aging in place. The composition and context of urban parks and traditional local coffeeshops in Singapore. *BMC Geriatrics*, 22(1).

Data zgłoszenia: 13.03.2024 • Data akceptacji: 15.08.2024 • Data publikacji: 30.09.2024

Dorota Augustyn¹ 

Tomasz Berek² 

Katarzyna Dendek³ 

Sandra Kempa⁴ 

Realizacja potrzeb edukacyjnych w uniwersytecie trzeciego wieku. Perspektywa słuchaczek i słuchaczy

Meeting educational needs at the University of the Third Age – the participants' perspective

Streszczenie:

Celem niniejszego artykułu było ukazanie znaczenia potrzeb senierek i seniorów uczestniczących w zajęciach uniwersytetów trzeciego wieku. Przeprowadzone zostały wywiady narracyjne z seniorkami i seniorami korzystającymi z ofert UTW na Śląsku i w Małopolsce. W drodze analizy wyłoniona została kategoria UTW jako miejsce realizacji potrzeb. Dotyczy ona rozwoju i realizacji różnorodnych pasji i zainteresowań w wielu dziedzinach, np. artystycznych, czytelniczych, sportowych, językowych. Odnosi się również do wykorzystania własnych zdolności i kompetencji, co pozwala seniorkom i seniorom czuć się potrzebnymi. Wspiera także dbanie o potrzeby zdrowotne poprzez zajęcia ruchowe, ale również dostarczanie wiedzy z wyżej wymienionego zakresu. Istotne jest też podtrzymywanie relacji z innymi oraz poznawanie nowych ludzi. Na podstawie badań wynioskowano, że z perspektywy słuchaczek i słuchaczy UTW warto uczestniczyć w zajęciach, gdyż jest to odpowiednie środowisko do rozwoju hobby, zdobywania wiedzy, jak i dzielenia się swoimi umiejętnościami. Wymienione wyżej czynniki wspierają realizację potrzeb senierek i seniorów.

Słowa kluczowe:

potrzeby edukacyjne, uczenie się, słuchaczki i słuchacze uniwersytetów trzeciego wieku, realizacja potrzeb

1 Akademia WSB Poland, dorota.augustyn01@gmail.com

2 Akademia WSB Poland, tomasz.berek@o2.pl

3 Akademia WSB Poland, kasia23dx@interia.pl

4 Akademia WSB Poland, sandra.kempa96@gmail.com

Abstract:

This article aimed to show the importance of the needs of seniors participating in universities of the third age. Narrative interviews were conducted with seniors attending U3A in Silesia and Małopolska. Through the analysis, the category was selected U3A as a place to meet needs. It concerns the development of diverse passions and interests in many areas, for example, art, reading, sports, and language. Moreover, it also refers to using abilities and competencies, which allows seniors to feel needed. It also supports taking care of health needs through exercise classes and providing knowledge in the above-mentioned field. It is also essential to maintain relationships with others and meet new people. Based on research, it was agreed that U3A members find it worth participating in U3A as it is a suitable environment for developing hobbies, acquiring knowledge, and sharing one's skills. The factors mentioned above support the fulfillment of the needs of seniors.

Keywords:

educational needs, learning, U3A participants, meeting needs

Wprowadzenie

W zestaw ogólnych norm kulturowych wpisane są: pochwała mądrości życiowej, doświadczenia, a także szacunek dla osób starszych. Równocześnie, ze względu na współczesną juwenalizację kultury oraz zachwyt młodością, wyzwaniem jest stworzenie społeczności akceptującej starość i przychylniej każdej generacji (Szarota, 2023). Uniwersytety trzeciego wieku (dalej: UTW) niewątpliwie mogą być instytucją wspierającą realizację wielu potrzeb seniorów i seniorów. Pierwszy UTW powstał w 1973 roku w Tuluzie (Czerniawska, 2009; Konieczna-Woźniak, 2007). Wcześniej utworzone zostały liczne organizacje działające na rzecz osób w późnej dorosłości, np. Międzynarodowe Towarzystwo Gerontologiczne, Związek Organizacji Starszej Generacji Europy czy Międzynarodowe Centrum Gerontologii Społecznej. W Polsce UTW mają bogatą tradycję. Są placówkami, z których korzystają przede wszystkim osoby będące na emeryturze. Skupiają się głównie na edukacji osób we wczesnym etapie starości. Miejsca te sprzyjają zdobywaniu wiedzy i umiejętności, a także rozwijaniu różnych kompetencji, dzięki czemu ich słuchaczki i słuchacze mają możliwość wszechstronnego rozwoju. Bogata oferta UTW wpisuje się w ideę całożyciowego uczenia się – Lifelong Learning, czyli LLL (Fabiś & Konieczna-Woźniak, 2022). Założyć bowiem można, że przedpole starości, jak i sama starość na wielu jej etapach jest czasem rozwojowym (Erikson, 1982). Jest wyjątkowym okresem życia, który szczególnie we wczesnej jego fazie daje dużo możliwości aktywnego uczestnictwa w procesach edukacyjnych na wiele sposobów (Steuden, 2011). Jednakże konsekwencje procesów starzenia się jednostki w wielu aspektach życia człowieka (Stuart-Hamilton,

2000) obligują do uwzględnienia ich w (auto)kreowaniu ścieżki edukacyjnej w starości. Marcin Muszyński wyszczególnił następujące podejścia do edukacji w późnej dorosłości: jako element edukacji dorosłych, kształcenia ustawicznego oraz gerontologii społecznej (Muszyński, 2016). Warto w tym kontekście przyjrzeć się potrzebom edukacyjnym współczesnych aktywnych senierek i seniorów będących uczestniczkami i uczestnikami UTW, by dostrzec rolę, jaką pełni ta stale i dynamicznie rozwijająca się instytucja w realizacji potrzeb najstarszych Polek i Polaków.

Jan Sikora (2012), odnosząc się do definicji zaproponowanych przez autorów z różnych dziedzin określił potrzebę jako coś, co powinno zostać zaspokojone, aby jednostka mogła wystarczająco dobrze rozwijać swoje możliwości. Pojęcie *edukacji* jest trudne do zdefiniowania – można je rozumieć jako uczenie się lub nauczanie; oba terminy są stosowane zamiennie. Obecnie naukowcy zajmujący się tą tematyką zwracają uwagę, że edukacja jest nierozzerwalną częścią życia człowieka. Wskazują także na fakt, iż stanowi ona proces całościowy (Muszyński, 2014, 2023). Można zatem wysnuć konkluzję, że potrzeba edukacyjna jest dla wielu osób niezbędną częścią funkcjonowania.

Nota metodologiczna

Badania, których część przedstawiana jest w niniejszym artykule, prowadzono w paradygmacie konstrukcjonistycznym. Wśród cech konstrukcjonizmu społecznego eksponuje się subiektywność, która pozwala postrzegać rzeczywistość z różnych perspektyw. Kolejno świat postrzegany jest przez znaczenie nadawane mu przez jednostki. Następnie ukontekstowanie znaczeń pozwala na wykorzystanie danej sytuacji do zrozumienia świata (Muszyński, 2020). Na takim założeniu konstruowano przedstawione poniżej badanie potrzeb słuchaczek i słuchaczy UTW. Jest ono częścią pierwszą, jakościową, większego projektu ministerialnego pt. „Diagnoza potrzeb edukacyjnych i otwartości na nowoczesną dydaktykę seniorów. Nowy model edukacyjny uniwersytetów trzeciego wieku w Polsce”, realizowanego w ramach programu „Studenckie koła naukowe tworzą innowacje”. Niniejszy artykuł jest rozwinięciem wcześniejszej pracy pt. „Realizacja potrzeb edukacyjnych w uniwersytecie trzeciego wieku. Perspektywa słuchaczek i słuchaczy”, zasygnalizowanej we wcześniejszej monografii.

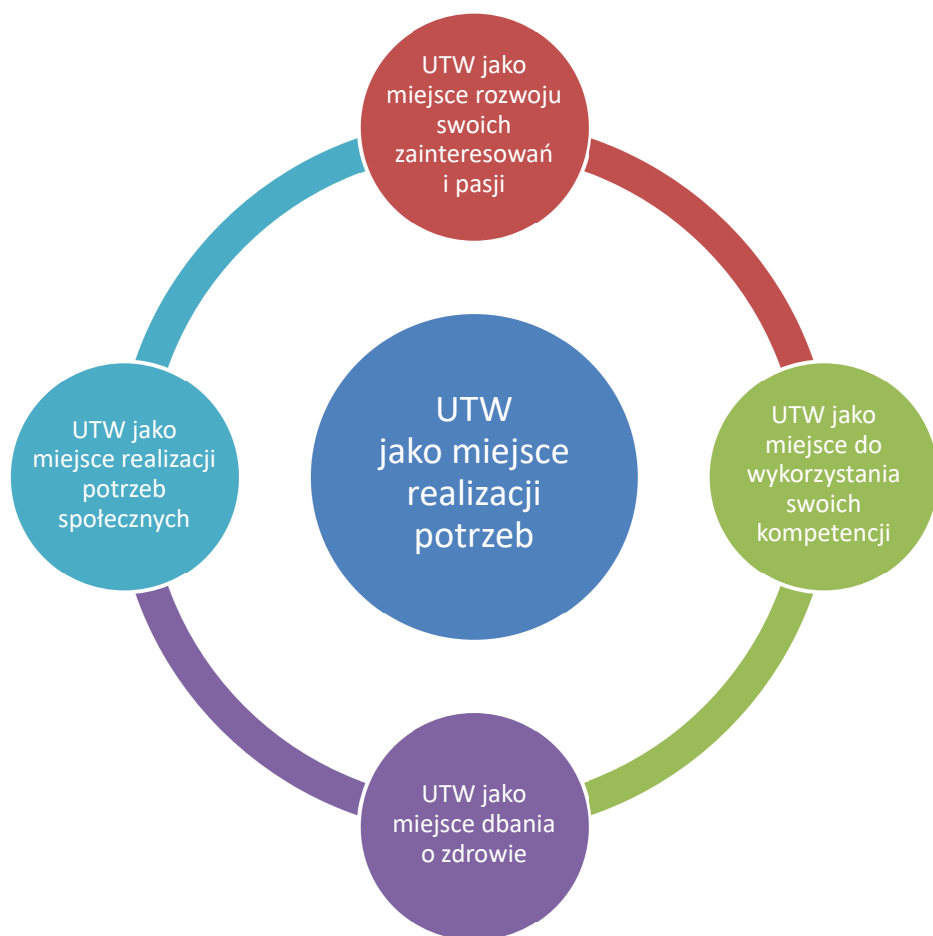
Celem artykułu jest ukazanie znaczenia potrzeb senierek i seniorów uczestniczących w zajęciach UTW. Problem badawczy koncentrował się wokół możliwości i oczekiwań realizacji potrzeb edukacyjnych, jakie narratorki i narratorzy – słuchaczki i słuchacze – formułują wobec UTW. Sformułowano zatem

następujące pytania badawcze: jakie znaczenia nadają narratorki i narratorzy potrzebom edukacyjnym realizowanym w UTW? Czego oczekują słuchaczki i słuchacze w funkcjonowaniu UTW, by móc realizować swoje indywidualne potrzeby edukacyjne?

Dla tak sformułowanych pytań badawczych najwłaściwszą metodą w założonym paradygmacie wydał się wywiad częściowo ustrukturyzowany, umożliwiający wymianę poglądów dotyczącą rzeczywistości między badaczem a badaną/badanym w zakresie przedmiotu badawczego (Kvale, 2004). Metoda ta polega na rozmowie, która jest kierowana oraz akceptowana i uznawana przez prowadzącego i narratorkę/narratora (Kostera & Krzyworzecka, 2012). Jak pisze Steinar Kvale, „Częściowo ustrukturyzowany wywiad zorientowany na świat życia służy zrozumieniu głównych wątków dotyczących codziennego świata życia, ujmowanego z perspektywy samych podmiotów. Celem tego rodzaju wywiadu jest uzyskanie opisu świata badanych, uwzględniającego interpretację znaczenia opisywanych zjawisk” (Kvale, 2010, s. 42).

Potencjalne narratorki i narratorów zaangażowano do badań na zasadzie doboru ochotniczego. Kryteriami doboru osób były: uczestnictwo w UTW przynajmniej od 5 lat, ukończony 60. rok życia. Od listopada 2023 do stycznia 2024 przeprowadzono wywiady narracyjne z uczestniczkami i uczestnikami UTW, które trwały od 20 do 90 minut. Materiał empiryczny zebrano w południowej części Polski – w województwach śląskim i małopolskim. Przeanalizowano 7 wywiadów z kobietami i 3 z mężczyznami w wieku od 62 do 81 lat. Zgromadzony materiał posłużył również do stworzenia narzędzia ilościowego, a co za tym idzie – kolejnej części badań. W tym artykule skupiono się na wybranych elementach analizy jakościowej, które pozwoliły skoncentrować się na realizacji potrzeb w UTW.

Na potrzeby pracy zmieniono imiona narratorek i narratorów. Seniorki i seniorzy zostali poinformowani o konieczności nagrania wywiadu, na co wyrazili zgodę. Zapewniono ich o poufności. Nagrania zostały poddane transkrypcji i zaimportowane do programu wspomagającego kodowanie Atlas.ti8. oraz zakodowane metodą 3K – kod, kategoria, koncepcja (Lichtman, 2013). W drodze analizy powstało drzewo kodowe, które w uproszczeniu przedstawia poniższy rysunek.

Ryc. 1. Realizacja potrzeb edukacyjnych z perspektywy słuchaczek i słuchaczy UTW

Źródło: badania własne.

Powyższe drzewo kodowe potwierdza realizację potrzeb edukacyjnych w UTW w czterech obszarach. Instytucja ta pozwala rozwijać swoje zainteresowania i pasje poprzez oferowanie szerokiego spektrum różnorodnych zajęć, gdzie każdy może wybrać coś zgodnie z własnymi preferencjami. Ponadto UTW stwarzają warunki do dzielenia się własnymi kompetencjami nabytymi w przeszłości. Sprzyjają także dbaniu o zdrowie poprzez oferowanie zajęć ruchowych i rekreacyjnych oraz umożliwianie zdobywania aktualnej wiedzy w dziedzinach dotyczących zdrowego stylu życia. Istotną sferą, o której wspomnieli badani, jest dbanie o relacje z innymi i nawiązywanie kontaktów społecznych. Wszystkie wymienione wyżej cztery kategorie odnoszą się do realizowania potrzeb senierek i seniorów w zakresie szeroko pojętej edukacji.

Analiza badawcza

Realizacja potrzeb edukacyjnych z perspektywy słuchaczek i słuchaczy UTW

UTW jako miejsce realizacji potrzeb

Instytucją, która może wspomóc rozwój w starości i na jej przedprożu, może stać się UTW. Szczególnie mocno idea uniwersytetów dla seniorów i seniorów zakorzeniła się w Polsce – stale rozwija się sieć placówek w działaniach swoich bliższych lub dalszych modelowi francuskiemu czy angielskiemu, a po części także fińskiemu (Sałustowicz et al., 2020) czy może właśnie specyficznemu dla polskich rozwiązań (Konieczna-Woźniak & Fabiś, 2019). Z wywiadów wyłania się obraz placówek, które w szczególności w czterech obszarach tworzą możliwości rozwojowe dla uczestniczek i uczestników. Jest to obszar społeczny – relacji międzyludzkich, miejsce rozbudzania czy realizacji swoich zainteresowań, przestrzeń do realizacji siebie w byciu dla innych i, w końcu, UTW pomaga zadbać o swoje zdrowie fizyczne i psychiczne.

UTW jako miejsce rozwoju swoich zainteresowań i pasji

UTW efektywnie odpowiada na potrzeby poznawcze i rozwijanie pasji swoich uczestniczek i uczestników, oferując im możliwość uczestnictwa w wykładach, warsztatach oraz grupach zainteresowań. Te różnorodne formy edukacyjne umożliwiają eksplorację i pogłębianie wiedzy w wybranych dziedzinach, co sprzyja intelektualnemu rozwojowi słuchaczek i słuchaczy. Jakość i różnorodność oferowanych treści prezentują poniższe wypowiedzi.

Oprócz wykładów z dziedziny humanistyki jest nauka języka angielskiego, jest również dużo zajęć ogólnorozwojowych, no i samo doształcanie się.

(Beata)

Wszystkie wycieczki, które my mamy, czy zagraniczne, czy krajowe, to są wszystko wycieczki edukacyjne. To nie jest tak, że jedziemy, zjemy obiadek, to są edukacyjne wycieczki.

(Janina)

Fantastyczna sprawa, bo mogę się udzielać w tych różnych rzeczach, które tam są. Znaczą się gimnastyka, rytmika, te warsztaty teatralne.

(Dorota)

No, ja jak rozpocząłem, to rozpocząłem od kursu języka angielskiego (...) a żona to w ogóle była alfa omega, bo chyba chodziła na (...) Bo ten wachlarz zajęć jest bardzo różny.

(Krzysztof)

Zakres tematów dostępnych w UTW jest szeroki. Umożliwia uczestniczkom i uczestnikom nie tylko zdobywanie wiedzy, ale także stymulację umysłową, co jest kluczowe dla utrzymania zdolności kognitywnych w późnej dorosłości. Innym ważnym czynnikiem, który podkreślają słuchaczki i słuchacze, jest możliwość wyboru zajęć, co sprzyja zadowoleniu i motywacji do nauki.

W moim odczuciu, że po prostu to, co chciałem się nauczyć, to się nauczyłem (...) gdybym chodził na studia, to wiadomo (...) Uczą tego, co trzeba, a ja się uczyłem tego, co się chciałem uczyć.

(Jan)

Słuchaczki i słuchacze UTW doceniają bogatą ofertę różnorodnych zajęć, przyjmują kierowane do nich propozycje, z jednoczesną świadomością możliwości wyboru zgodnie ze swoimi preferencjami. Przykładowo, wymieniają zajęcia z robótek, językowe, ruchowe, artystyczne, komputerowe czy karciane. Podają także swoje pomysły na ciekawe w ich odczuciu zajęcia, których UTW nie oferuje, ale jakimi byliby zainteresowani. To pokazuje, jak istotne jest dla nich to miejsce, ale także, że zależy im na tym, aby ich pomysły były realizowane. Naznaczone to jest także poczuciem sprawczości, które polega na współuczestniczeniu w tworzeniu oferty UTW. Pojawił się na przykład pomysł stworzenia zajęć, na których można wspólnie rozwiązywać krzyżówki. Byłaby to dobra okazja do wymiany doświadczeń, wzbogacenia wiedzy, a także integracji i spędzania czasu z innymi seniorkami i seniorami.

Już my myśleliśmy o rozwiązywaniu krzyżówek (...) Zajęcia są (...) językowe, lektoraty, komputery, malarstwo. (...) Chór mamy.

(Julia)

Więc może taka sekcja, która rozwiązuje krzyżówki (...) Później, jak powstała sekcja gier towarzyskich, to od tego czasu uczestniczę w sekcji skata.

(Krzysztof)

Ja też jeszcze prowadzę na uniwersytecie grupę planszowiczy. W tym roku założyłam właśnie taką grupę (...) No i widzę bardzo duże zainteresowanie (...) Wszyscy chętnie się uczą.

(Mirosława)

UTW dostarcza uczestniczkom i uczestnikom radości, satysfakcji bez większych kosztów psychicznych i emocjonalnych, które były codziennością związaną z uczeniem się na wielu wcześniejszych etapach życia. Z przyjemnością uczęszczają na zajęcia, podczas których zdobywają nową wiedzę, rozwijają swoje zainteresowania, a także dostosowują się do zmieniającej się rzeczywistości, wykorzystując możliwości, których część z nich nie miała w przeszłości. UTW umożliwiają więc podążanie własnymi, utartymi ścieżkami, spełnianie marzeń, wdrażanie w życie niezrealizowanych w przeszłości planów edukacyjnych i ambicji.

Między innymi próbowałam się uczyć języka niemieckiego, którego wcześniej się nie mogłam uczyć (...) Gorsząc co niektórych, bo publicznie powiedziałam, że uniwersytet daje możliwość romansu z nauką, bo jest to sama przyjemność bez konsekwencji (...) A uniwersytet daje tu najlepsze możliwości, bo to jest skondensowane, nie trzeba tego szukać, wszystko jest w jednym miejscu i z tego powinno się właśnie skorzystać.

(Janina)

Spełniłem swoje marzenia, będąc uczestnikiem UTW. (...) to, co chciałem w życiu zrobić, to co mnie interesowało, to co było moją pasją, to w zasadzie wszystko mi się udało zrealizować na Uniwersytecie. (...) bo prowadzenie tego koła historycznego, powiem szczerze, ja się czuję, po tych 18 latach, jakbym skończył te swoje studia historyczne.

(Jan)

No chyba spełnianiem niespełnionych marzeń.

(Beata)

Ważne jest dla narratorek i narratorów także to, że mogą samodzielnie wybrać interesujące ich oferty, decydować o sobie, dopasować do swoich potrzeb, oczekiwań i zainteresowań. Wypowiedzi świadczą o ich poczuciu sprawczości, są przekonani o tym, że mogą kierować swoim rozwojem. UTW jest także przestrzenią dla twórców, osób o szczególnych zdolnościach, ponadprzeciętnej samodzielności, potencjale i kreatywności.

Największym moim zainteresowaniem jest muzyka, muzyka klasyczna (...) Przez wiele lat tutaj na Uniwersytecie organizowałam takie wycieczki dla innych. Chciałam ludzi też zarazić tą pasją. Pokazać im właśnie kulturę muzyczną. Jeździłam z nimi do (...) Bardzo dużo chętnych było, co mnie bardzo zaskoczyło.

(Ewa)

Raczej poszerzam swoje kręgi zainteresowań i swoją wiedzę.

(Krzysztof)

Propagowanie wiedzy, kultury i zdrowia (...) ale też bardzo ciekawym elementem poszerzania wiedzy po prostu są wykłady.

(Julia)

No chyba spełnianiem niespełnionych marzeń (...) jest nauka języka angielskiego, jest również dużo zajęć ogólnorozwojowych, no i autodokształcaniem się.

(Beata)

Napisałam książkę (...) Teraz szukam sponsora, żeby to wydać.

(Julia)

Możliwość samodzielnego decydowania o kierunkach własnej edukacji jest nie tylko odpowiedzią na ich aktualne zainteresowania, ale również stymuluje świadomy samorozwój. Zapewnia to seniorkom i seniorom nie tylko aktualizację wiedzy w obszarach już im znanych, ale również eksplorację nowych dziedzin, o których wcześniej nie przypuszczali, że mogą stanowić przedmiot ich zainteresowań.

No, ale na przykład wspaniałe mieliśmy zajęcia z nauki pływania (...) Panie, które mają po 70 lat, nauczyły się pływać (...) To jest majstersztyk w ogóle, uważam, i ja w życiu nie przypuszczałam, że mając ponad 70 lat jeszcze się można nauczyć pływać.

(Krzysztof)

Ostatecznie UTW jest miejscem, które nie tylko spełnia potrzeby poznawcze i samorozwoju, ale także adaptacyjne, co jest kluczowe dla utrzymania wartościowych relacji międzypokoleniowych. Ze względu na szybko zmieniający się świat, niezwykle istotne jest utrzymanie relacji międzypokoleniowych. Świadomość konieczności bycia na bieżąco z nowymi trendami, technologiami i zmianami społecznymi,

które są naturalne w życiu młodszych pokoleń, motywuje osoby w późnej dorosłości do aktywnego uczestnictwa w edukacji oferowanej przez UTW.

Uważam, że świat (...) idzie do przodu. Nasze dzieci też się rozwijają, każdy się rozwija, więc my, osoby starsze, też powinniśmy dążyć do tego, żebyśmy poznawali coś nowego (...) Chciałabym kiedyś razem z wnukiem porozmawiać na te same tematy, a nie być do tyłu i wnuk powie „Babciu, ty znów nic nie wiesz”.

(Beata)

UTW jako miejsce do wykorzystania swoich kompetencji

Seniorki i seniorzy mają możliwość wykorzystania swojego potencjału i kompetencji w ramach uczestnictwa w UTW. To doskonałe miejsce do zrealizowania potrzeby sprawczości, czucia się potrzebnym, robienia czegoś dla innych, ale także budowania społeczności i instytucji. Część uczestniczek i uczestników pełni różne funkcje, np. zasiadając w Radzie Słuchaczy lub prowadząc zajęcia dla innych. Takie działania wpisują się w realizację generatywności jako zdolności do kreowania rzeczywistości własnej i innych.

Tutaj się zaadaptowałam w Trzecim Wieku dość mocno. Był też czas kiedy byłam w samorządzie. Tak że troszeczkę więcej pracy wkładałam, no i organizowałam takie, jak wspominałam, rzeczy muzyczne.

(Ewa)

Działam sporo (...) zostałam wybrana do Rady Słuchaczy.

(Mirosława)

Już się zaangażowałam bardziej w pracę w samorządzie (...) w różne rzeczy się angażowałam, miałam to dobrze opanowane.

(Janina)

Seniorki i seniorzy udzielają się chętnie, wspierają UTW, wykorzystując swoje zdolności. Dzięki temu mają poczucie sprawstwa i samorozwoju, jednocześnie pogłębiając identyfikację ze środowiskiem i podnosząc własną samoocenę. Są dumni z tego, że mogą się wykazać swoimi umiejętnościami oraz wesprzeć to miejsce, biorąc tym samym na siebie odpowiedzialność za społeczność UTW.

To byłam jedną, która miała najbardziej opanowaną pracę z komputerem (...) No i właśnie będąc w samorządzie najwięcej (...) się angażowałam w te prace, które mogłam wykonywać na komputerze.

(Janina)

Ludzie powierzają mi organizację różnych imprez, jak Dzień Kobiet (...) więc na 130 osób zorganizować taką imprezę, to jest naprawdę wyczyn z mojej strony.

(Mirosława)

Utworzyliśmy (...) chór (...) żona tam jest do dzisiaj chórzystką.

(Krzysztof)

Szczególną możliwość przejęcia odpowiedzialności i organizacji zajęć mają osoby, które podejmują się prowadzenia założonych przez siebie grup hobby-stycznych, cieszących się dużym zainteresowaniem i uznaniem uczestniczek i uczestników. UTW daje nowe możliwości spędzania wolnego czasu, przypominające działania klubowe.

Prowadzę (...) grupę planszowiczy (...) W tym roku w ogóle ponad 20 osób się zapisało do tej grupy. Wszyscy chętnie się uczą.

(Mirosława)

Chociaż niejednokrotnie spotkałam się z taką reakcją, w autokarze puszczałam też muzykę klasyczną, zawsze robiłam jakiś wykład na temat teatru, sztuki, kompozytora.

(Ewa)

UTW jako miejsce realizacji potrzeb społecznych

Angażowanie się w życie społeczności UTW jest znakomitą okazją do realizacji potrzeb społecznych, do budowania relacji i stwarzania szans na poznanie się i pogłębianie znajomości – tworzenie wspólnoty. Dla wielu słuchaczek i słuchaczy jest to jedyna możliwość nawiązania bezpośrednich relacji z innymi, a także kompensacji samotności.

To jest moje życie. Jestem wdową już od 15 lat (...) I szukałam towarzystwa, szukałam czegoś, żebym mogła coś robić, żebym mogła gdzieś działać, żebym się mogła obracać między ludźmi, bo nie lubię samotności (...) Dlatego uzupełnia moje życie ten uniwersytet.

(Zuzanna)

I po prostu jest jakś taką może też odskocznik w moim życiu, że mogę dalej współpracować z ludźmi.

(Julia)

To jest ważne, że też się spotykamy z ludźmi.

(Mirosława)

Trzeba dbać o siebie (...) możliwość spotkań, poznania nowych ludzi, tworzenia takich nieformalnych związków.

(Krzysztof)

Spotykamy się z koleżankami, z kolegami. Ostatnio właśnie dwóch kolegów namówiłam, żeby brali udział w naszych warsztatach teatralnych.

(Dorota)

Daje duże możliwości. I zajęcia czasu, bycia z ludźmi.

(Ewa)

Jak widać z powyższych wypowiedzi, UTW to miejsce, w którym seniorzy i seniorzy zawierają nowe znajomości, mają kontakt z innymi, szczególnie z osobami o podobnych poglądach czy zainteresowaniach. Jest to sposób na zapobieganie i radzenie sobie z samotnością w sytuacjach utraty bliskiej osoby, partnerki życiowej czy partnera. UTW jest miejscem, które daje możliwości wsparcia społecznego i emocjonalnego.

UTW to również uczestnictwo w ciekawych projektach. Niektóre odpowiadają na potrzebę generatywności i przekazu międzypokoleniowego. Kontakt najstarszego pokolenia z młodymi osobami wydaje się wartościowy dla obu stron, jest okazją do wymiany doświadczeń, umiejętności, wiedzy, poznania się, budowania relacji z innymi generacjami przy wykonywaniu zwykłych, codziennych aktywności. Bardzo ważne jest spotkanie ludzi z różnych pokoleń. Sprzyja to zacieśnianiu więzi poprzez wspólne spędzanie czasu, dialog międzypokoleniowy. Osoby w późnej dorosłości potrzebują kontaktu z młodymi osobami, z którymi dzielą się historiami ze swojego życia, jednocześnie czerpiąc energię od młodszych.

Zbieraliśmy takie wspomnienia seniorów, rodzinne (...) razem z tymi młodymi gotowali (...) zbiecie babciowych takich smaków kulinarnych. Plus ta młodzież, co się uczy, to byli uczniowie ostatniego roku.

(Jan)

Bo przecież my, starsi, też możemy swoją wiedzę czy doświadczenie wnieść do rodziny. Nie tylko młodzi mogą przyjść z nowościami, my też możemy pokazać, że czegoś możemy się nauczyć, nawet w tym wieku coś możemy pokonać i tą rodziną jakby (...) zaszczepić.

(Beata)

Narratorki i narratorzy doceniają także wsparcie innych osób oraz wspólne zaangażowanie w przedsięwzięcia. W większej grupie jest możliwość stworzenia przestrzeni do różnorodnych pomysłów i działań. Taka współpraca podkreśla znaczenie wzajemnej pomocy w tworzeniu środowiska, które stymuluje rozwój intelektualny oraz osobisty, a także ułatwia wymianę wiedzy i doświadczeń.

Organizuję też jakieś ogniska, spotkania.. (...) Ale też dużo osób się angażuje razem ze mną, pomagają mi, więc też się cieszę.

(Mirosława)

Panowie grają w karty. Jest też sekcja robótek.

(Julia)

UTW jako miejsce dbania o zdrowie

Osoby starsze przywiązują wagę do stanu swojego zdrowia. Szczególnie ta wyemancypowana grupa uczestniczek i uczestników UTW dostrzega potrzebę troski o swoje zdrowie, o kondycję fizyczną i psychiczną. Dbałość o własne samopoczucie to również uprawianie sportu i rekreacja, podróżowanie czy zdrowe odżywianie. Organizatorzy oferują wiele różnorodnych zajęć związanych z aktywnością fizyczną, odpowiadając na te potrzeby. Przykładowo, są to: gimnastyka, gry zespołowe, taniec, aerobik, sporty wodne, spacer, wędrówki, joga, jazda na rowerze i inne zajęcia ruchowe. Dzięki temu możliwe jest poprawienie i utrzymanie dobrej kondycji, a także kontrola swojego samopoczucia, a nawet profilaktyka zdrowia.

No bo z tych ruchowych, to wiadomo, to jest dla ciała, to jest po to, żeby tam swoją kondycję poprawić.

(Krzysztof)

W olimpiadach sportowych uczestniczyłem, gimnastyka, siatkówka, ja nawet przez dwa lata w kółku tanecznym byłem.

(Jan)

Zapisałam się na gimnastykę, na jogę (...) No więc gimnastyka, rytmika (...) Spacer, z kijkami, wyprawy, wycieczki itd. I szczerze powiedziawszy, nie nudzę się.

(Mirosława)

Cały czas korzystam z ćwiczeń gimnastycznych. To jest gimnastyka i joga. Jogę ćwiczę już ponad 20 lat. A gimnastyka taka trochę rehabilitacyjna, więc w naszym wieku jest wskazana (...) Cały czas biorę udział w tych zajęciach i nie narzekam na nudę (...) Są olimpiady sportowe (...) Kiedyś też brałam udział. Raz zajęłam trzecie miejsce w sprincie na 100 metrów.

(Ewa)

Ludzie w późnej dorosłości niejednokrotnie doświadczają różnych dolegliwości związanych z ich wiekiem. W związku z tym zwracają szczególną uwagę na wiedzę, która jest im potrzebna do codziennego dbania o siebie. Dla uczestniczek i uczestników UTW ważna jest także profilaktyka gerontologiczna, realizowana poprzez wykłady, spotkania ze specjalistami i inne formy zdobywania wiedzy na tematy związane ze zdrowiem fizycznym i psychicznym – charakterystycznych dla osób w starości. Dotyczą one zagrożeń, dbania o siebie, zapobiegania i leczenia chorób, także tych cywilizacyjnych, z jakimi zmagać się mogą osoby w późnej dorosłości.

Wiadomo, że najwięcej było związanych tam ze zdrowiem (...) w tym wieku to każdy coś tam ma, problem mały albo większy.

(Krzysztof)

Są też wykłady, powiedzieć można, ze sfery medycznej. Dużo jest z kardiologii, cukrzycy. Takie choroby, mogłabym powiedzieć, które u nas się nasilają.

(Julia)

UTW umożliwia nie tylko dbanie o sferę fizyczną, ale także o zdrowie psychiczne, czy poprawę funkcjonowania pamięci. Takie holistyczne podejście sprzyja dobremu samopoczuciu w każdej sferze życia.

No, mam nadzieję na mój dalszy rozwój intelektualny (...) zdrowie psychiczne, bo to jest bardzo ważne.

(Beata)

Dyskusja i wnioski

Wraz z przejściem na emeryturę, zmienia się sytuacja społeczna osób starszych. Tracą kontakt ze swoim środowiskiem zawodowym. Pozostaje pustka w tym zakresie. Niektórzy próbują tę lukę zastąpić, włączając się w działania UTW i zyskując tam nowych znajomych, przyjaciół oraz rozwijając swoje pasje, spędzając czas z innymi, zdobywając przy tym nową wiedzę i umiejętności. Badania przeprowadzone na potrzeby niniejszego projektu wykazały, że uczestniczki i uczestnicy UTW biorą udział w różnorodnych zajęciach grupowych, co wspiera integrację z innymi. Instytucje te oferują seniorkom i seniorom różne programy edukacyjne i rozwojowe, dostosowane do ich indywidualnych zainteresowań i potrzeb. Udział w nich umożliwia nie tylko aktywne formowanie własnego życia poprzez realizację dawno odłożonych marzeń

i odkrywanie nowych pasji, ale również pozytywnie oddziałuje na ich dobre samopoczucie psychiczne i emocjonalne. Takie przestrzenie są przez nich bardzo cenione, ponieważ zapewniają możliwość nauki i rozwoju w atmosferze wolnej od stresu, presji i negatywnych emocji, idealnie odpowiadając na specyficzne potrzeby osób w późnej dorosłości. Ponadto UTW stwarzają okazję do aktywnego udziału senierek i seniorów w życiu społeczności poprzez prowadzenie zajęć dla innych uczestniczek i uczestników. Taka forma aktywności pozwala im na pełniejsze wykorzystanie swego potencjału i doświadczenia, daje szansę na realizację poczucia sprawczości i generatywności, czyli zdolności do tworzenia i kształtowania rzeczywistości. Jest to kluczowe dla ich poczucia wartości i satysfakcji, ponieważ umożliwia nadal znaczący wkład w społeczeństwo. Angażowanie się w życie UTW ma kluczowe znaczenie dla senierek i seniorów, stanowi dla wielu z nich jedyną okazję do nawiązania bezpośrednich relacji z innymi ludźmi. Takie działania nie tylko przeciwdziałają izolacji społecznej i samotności osób starszych, ale również umożliwiają budowanie i podtrzymywanie relacji społecznych. Udział w projektach o charakterze międzypokoleniowym, oferujących wymianę doświadczeń i wiedzy między osobami w późnej dorosłości a młodszym pokoleniem, jest cenny zarówno dla jednych, jak i dla drugich. Jak zauważa Helena Hrapkiewicz, UTW odgrywają istotną rolę w utrzymaniu zdrowia społecznego i psychicznego senierek i seniorów, sprzyjając tworzeniu społeczności i przyjaźni, co odpowiada na ich potrzebę przynależności i przeciwdziała samotności (Hrapkiewicz, 2005).

UTW oferują również wiele programów prozdrowotnych, które mają na celu utrzymanie senierek i seniorów w dobrym samopoczuciu i kondycji fizycznej przez długie lata. Podobne wnioski na ten temat uzyskała w swoich badaniach Renata Spyрка-Chlipała, która pisze, że osoby w późnej dorosłości inaczej niż wcześniej odczuwają i zaspokajają swoje potrzeby. Wynika to z faktu, że modyfikuje się struktura tych potrzeb oraz możliwości ich zaspokajania. Zmienia się sposób funkcjonowania osób starszych, co zależy od ich stanu zdrowia, kondycji czy możliwości finansowych. Dzięki zaspokojeniu potrzeb, człowiek rozwija się intelektualnie i kulturowo, co wiąże się także z uzyskiwaniem satysfakcji z osiągniętego celu (Spyрка-Chlipała, 2014).

Ponadto niniejsze badania wykazały, że uczestniczki i uczestnicy UTW dzięki udziałowi w zajęciach realizują swoje potrzeby. Uczą się przystosowywać do zmieniającego się dynamicznie świata, rozwijają swoje zainteresowania, wykorzystują swoje możliwości, poszerzają wiedzę oraz nawiązują relacje z innymi. O podobnych aspektach wspomina Iwona Mandrzejewska-Smół, która wysnuła wnioski na temat aktywności senierek i seniorów. Dzięki UTW osoby w późnej dorosłości łatwiej adaptują się do nowych sytuacji, poznają nowe

osoby, umiejętnie planują czas wolny, rozwijają zdolności, zdobywają wiedzę, minimalizują stres i odczuwają satysfakcję (Mandrzejewska-Smół, 2018).

Niektóre z tych kategorii wyłoniły się także w badaniach innych autorów. Jak piszą Piotr Sałustowicz, Barbara Goryńska-Bittner, Maciej Kokociński i Aleksandra Pryśłowska-Kamińska na podstawie typologii Howarda McClusky'ego wyodrębniono następujące potrzeby edukacyjne senniorek i seniorów: „radzenia sobie (...); ekspresywne (...); wspierania (...); wywierania wpływu (...); transcendentne (...)” (Sałustowicz i in., 2020).

Rozważając tematykę starości, zobaczyć można jej dwa wymiary: zarówno obiektywny, jak i subiektywny. Starość może być rozpatrywana z różnych perspektyw, np. biologicznie czy społeczno-kulturowo. Obecnie zagadnienia dotyczące aktywności ludzi w późnej dorosłości odnoszą się nie tylko do podejmowania działań, ale także sfery wewnętrznej, czyli myśli, emocji. Z kolei role życiowe w sensie obiektywnym związane są z potrzebami i oczekiwaniami społecznymi, natomiast subiektywnie – z poczuciem tożsamości i zadowolenia z życia. Trzecim wymiarem starości jest zdrowie, które z obiektywnego punktu widzenia wskazuje zdrowie i chorobę, aczkolwiek ważna jest również ocena stanu samopoczucia przez jednostkę, szczególnie w badaniach biograficznych. Następnym istotnym przykładem jest sytuacja materialna, która obiektywnie rzecz ujmując odnosi się do stanu posiadania, a jednocześnie subiektywnie jest to kwestia postrzegana przez jednostkę w sposób indywidualny. Sytuacje trudne obiektywnie obejmują doświadczenia osób badanych, np. wynikające z kataklizmu, natomiast subiektywnie dotyczą próby zrozumienia przeżywanych emocji związanych z momentami znaczącymi. Istotny jest także bilans życia, który w obiektywnym sensie obejmuje dorobek życia, natomiast w subiektywnym związany jest z oceną własnego życia, z poczuciem satysfakcji. Kolejnym przykładem jest czas, który z perspektywy obiektywnej odnosi się do przyjętych społecznie miar właściwych dla jego zakresu i roli, z drugiej strony jest to indywidualne odczuwanie upływu czasu w sensie biograficznym. Innym wymiarem postrzegania starości jest edukacja, która obiektywnie oznacza ukończone etapy, wskaźniki w postaci dyplomów, a subiektywnie odnosi się do mądrości życiowej, własnych doświadczeń, poczucia potrzeby uczenia się. Zainteresowania z kolei obiektywnie wyrażane są poprzez realizację hobby, jednak z drugiej strony dotyczą także uczuć i refleksji związanych z ich realizowaniem, jak również profitów z nich czerpanych.

Bibliografia

- Bednarz-Łuczewska, P., Łuczewski, M. (2012). Podejście biograficzne. W: D. Jemielniak (red.), *Badania jakościowe. Metody i narzędzia. Tom 2* (ss. 91–109). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Czerniawska, O. (2009). Uniwersytet Trzeciego Wieku, 30 lat działania. Przemiany, dylematy i oczekiwania w epoce ponowoczesnej. *Chowanna*, 33(2), 97–113. <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=254534>
- Dubas, E. (2016). Refleksje nad starością. Obiektywny i subiektywny wymiar starości – wprowadzenie w debatę. W: E. Dubas & M. Muszyński (red.), *Obiektywny i subiektywny wymiar starości* (ss. 13–22). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Erikson, E. H. (1982). *The Life Cycle Completed, a Review*. Norton.
- Fabiś, A., Konieczna-Woźniak, R. (2022). Polski fenomen uniwersytetów trzeciego wieku. *Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej*, 22(1), 55–78.
- Hrapkiewicz, H. (2005). Potrzeby osób w wieku starszym i próba ich realizacji. W: A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii*. (s. 103–108). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu.
- Konieczna-Woźniak, R. (2007). Uniwersytet Trzeciego Wieku. W: *Encyklopedia Pedagogiczna XXI wieku*, (ss. 1091–1097). Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Konieczna-Woźniak, R., & Fabiś, A. (2019). Polish phenomenon of Universities of the Third Age. *Exlibris Social Gerontology Journal*, 16(1), 93–107. <https://doi.org/10.24917/24500232.161.7>
- Kostera, M., Krzyworzeka, P. (2012). Etnografia. W: D. Jemielniak (red.), *Badania jakościowe. Podejścia i teorie. Tom 1* (ss. 167–187). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kvale, S. (2004). *InterViews. Wprowadzenie do jakościowego wywiadu badawczego*. Wydawnictwo Uniwersyteckie Trans Humana.
- Kvale, S. (2010). *Prowadzenie wywiadów*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lichtman, M. (2013). *Qualitative Research in Education: A User's Guide* (3rd ed.). Sage Publications, Inc.
- Mandrzejewska-Smół, I. (2018). Aktywność edukacyjna i zawodowa osób w wieku emerytalnym w perspektywie pomyślnego starzenia się. *Diagnoza wybranych problemów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Muszyński, M. (2014). Edukacja i uczenie się – wokół pojęć. *Rocznik Andragogiczny*, 21, 77–88.
- Muszyński, M. (2016). Zmiana pola znaczeń pojęcia *edukacja osób starych*. *Dyskurs Młodych Andragogów*, 17, 79–96.
- Muszyński, M. (2020). Paradygmat konstrukcjonizmu społecznego w badaniach nad starością i starzeniem się. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 4 (258), 50–65.
- Muszyński, M. (2023). Trzy wymiary całościowego uczenia się – na przykładzie gerontologii edukacyjnej. *Edukacja Ustawiczna Dorosłych*, 122(3), 221–231.

- Śaustowicz, P., Goryńska-Bittner, B., Kokociński, M., Pryśłowska-Kamińska, A. (2020). Starzenie się a edukacja w zmieniającej się nowoczesności. W: P. Śaustowicz, B. Goryńska-Bittner, M. Kokociński, A. Pryśłowska-Kamińska (red.), *Potrzeby edukacyjne seniorów a uniwersytet trzeciego wieku* (ss. 15–45). Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sikora, J. (2012). Teoretyczno-empiryczne aspekty związków potrzeb, popytu i konsumpcji w turystyce. *Ekonomiczne Problemy Usług*, 82, 125–137.
- Spyrka-Chlipała, R. (2014). Uwarunkowania i struktura potrzeb życiowych seniorów. *Roczniki Teologiczne*, 61(01), 235–247.
- Steuden, S. (2011). *Psychologia starzenia się i starości*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Stuart-Hamilton, I. (2000). *Psychologia starzenia się*. Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Szarota, Z. (2023). Wyzwania dla nowej starości – esej gerontologiczny. *Studia Paedagogica Ignatiana*, 26(3), 37–60.

Justyna Sztobryn-Bochomulska¹ 

Możliwości uczenia się osób w żałobie. Koncepcja indywidualnej ścieżki żałoby w ujęciu J. Williama Wordena

The learning potential of bereaved individuals. The concept of an individualized grief pathway according to J. William Worden

Streszczenie:

Artykuł podejmuje problematykę tanatologiczną. Przedmiotem badań jest proces żałoby w różnych ujęciach teoretycznych. Krytyce została poddana koncepcja procesu żałoby ujęta jako liniowe następstwo kilku etapów. W opozycji do niej omówiona została znacznie bardziej wydajna edukacyjnie koncepcja indywidualizacji procesu żałoby Williama Wordena. Autor ten opracował model zadań, jakie stoją przed osobą, która utraciła kogoś bliskiego. W modelu tym na pierwszym miejscu występuje zadanie zmierzenia się z nieuchronnością śmierci i jej zaakceptowanie. Zadanie drugie polega na ekspresji emocji związanych ze stratą bliskiej osoby. Kolejne zadania mają już charakter perspektywny – adaptacja do życia, uczenie się nowego funkcjonowania oraz poszukiwanie sposobów na zachowanie pamięci o zmarłym. Egzemplifikacją tej koncepcji jest przeżywanie żałoby przez osoby w starszym wieku. Występują tu obszary edukacyjne, które wynikają bezpośrednio z założeń indywidualnej ścieżki żałoby. W tym procesie niezwykle ważne jest rozwinięcie orientacji na zmianę, dzięki której osoba w żałobie uczy się i przystosowuje do nowej sytuacji życiowej.

Słowa kluczowe:

andragogika, tanatologia, proces żałoby, koncepcja J. W. Wordena

Abstract:

This article addresses issues in thanatology, focusing on the grief process from various theoretical perspectives. It critiques the concept of grief as a linear progression through several stages. In contrast, it discusses William Worden's more educationally effective concept of

1 Uniwersytet Łódzki, Polska, justyna.sztobryn@now.uni.lodz.pl

individualizing the grief process. Worden developed a model of tasks for individuals who have lost a loved one. The first task in this model is to confront and accept the inevitability of death. The second task involves expressing the emotions associated with losing a loved one. The subsequent tasks are more forward-looking, involving adaptation to life, learning new ways of functioning and finding ways to honor the memory of the deceased. The grief experience among older adults is an example of this concept. Educational areas emerge directly from the assumptions of the individualized grief pathway. In this process, developing a focus on change is crucial, as it helps the bereaved individual learn and adapt to their new life situation.

Keywords:

andragogy, thanatology, grief process, J. W. Worden's concept

Wprowadzenie

Ścieżki ludzkiego życia naznaczone są zarówno sukcesami, jak i stratami. Oba doświadczenia są nieodłącznym elementem naszego rozwoju, ponieważ to dzięki nim odczuwamy szczęście lub zdobywamy odporność psychiczną. Zarówno powodzenia, jak i straty kształtują naszą osobowość i wpływają na naszą tożsamość. Oczywiście straty są różne i wiele z nich nie oddziałuje korzystnie na jednostkę, odciskając na niej piętno, i tych chciałoby się uniknąć. Są jednak również straty nieuniknione – tracimy młodość i tracimy bliskich, którzy umierają; to naturalne, choć bolesne.

Każde trudne doświadczenie stawia przed nami wyzwanie i zmusza do reakcji. Bierność, oznaczająca poddanie się, prowadzi do destrukcji i w dłuższej perspektywie może być wyniszczająca. Nieradzenie sobie z cierpieniem negatywnie wpływa na dalsze życie, co często wymaga zewnętrznej interwencji, w postaci wsparcia emocjonalnego lub profesjonalnej pomocy medycznej. Śmierć bliskich i związany z nią ból to pewne wydarzenia, które w jakimś momencie staną się naszym udziałem. Okres żałoby, który następuje po śmierci ukochanych osób, jest potrzebny na opłakanie straty i nauczenie się życia na nowo. To proces kluczowy i niezbędny, dlatego ważne jest, aby znać jego specyfikę, by wspierać siebie i innych w tym czasie oraz nie hamować naturalnych reakcji.

Celem niniejszej pracy jest ukazanie indywidualnego procesu żałoby, który opiera się na realizacji określonych zadań, prowadzących do przystosowania w obliczu straty bliskich. Model ten zawiera również elementy edukacyjne, które mogą mieć szeroki wpływ na życie poza kontekstem samej żałoby. Badania przeprowadzone w ramach tej pracy wpisują się w paradygmat interpretacyjny, który skupia się na zrozumieniu i interpretacji ludzkich doświadczeń. Przyjętą metodą badawczą jest jakościowa analiza treści literatury przedmiotowej oraz teoretyczna analiza omawianych zjawisk. Celem tej analizy jest pogłębione rozumienie procesów zachodzących w trakcie żałoby i ich wpływu na rozwój osobisty.

Proces żałoby – ujęcie etapowe

Żałoba to okres po śmierci bliskiej osoby, który charakteryzuje się wyjątkową i silną reakcją emocjonalną, najczęściej rozpaczą, smutkiem, żalem, bezsilnością czy złością, która jest odpowiedzią na tę stratę. Niektórzy zawodowo związani z poradnictwem i terapią żałoby w poczet strat, po których ludzie pogrążają się w długi okres żalu, zaliczają również duże przeobrażenia i zmiany w życiu, jak na przykład utrata pracy, marzeń, przyjaźni czy ukochanych zwierząt (Okła, 2009; Doka, 2016, s. 19). Jak wskazuje Stanisława Tucholska (2009), żałoba w swym obrazie przypomina chorobę, choć nią nie jest. Złe samopoczucie i pogorszenie funkcjonowania, w aspekcie psychicznym, społecznym, a nierzadko także fizycznym, osób cierpiących po stracie spełnia warunki choroby, ale jest naturalną reakcją radzenia sobie w tej sytuacji.

Obserwacja osób doświadczających straty, szczególnie tych z powikłaną żałobą, która wymaga wsparcia psychiatrycznego czy psychoterapeutycznego, pozwoliła na eksplorację fenomenu żałoby i wyabstrahowania pewnych stałych oraz usystematyzowania jej etapów. W literaturze przedmiotu, jak również w różnych popularnych publikacjach prezentowane są modele, które mają na celu wyjaśnienie, jak przebiega żałoba i co się dzieje z człowiekiem w tym okresie. Najbardziej znanym, etapowym modelem przeżywania żałoby jest ten zaprezentowany przez Elizabeth Kübler-Ross. W swojej sztandarowej publikacji *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, wydanej w 1969 roku, omówiła ona pięć stadiów obejmujących stany emocjonalne, z którymi boryka się pacjent świadomy swego bliskiego końca, i były to: zaprzeczenie, gniew, targowanie się, depresja oraz akceptacja. Model ten wypracowany został na podstawie obserwacji umierających pacjentów i pierwotnie przedstawiał właśnie ich reakcje. Dopiero w 2005 roku autorka ta dokonała przeniesienia etapów umierania na etapy żałoby (Franczak, 2022, s. XIV). Jednak w świadomości naukowej i społecznej zaadaptowanie to nastąpiło szybciej i do dziś etapy żałoby wg Kübler-Ross są najbardziej znane, rozpowszechniane i prezentowane jako pewnik.

Dzięki praktyce specjalistów wspierających osoby w żałobie powstały i inne modele tego procesu, w których wyróżniono poszczególne etapy emocjonalnego zmagania się ze stratą. Wymienić można tu modele Georga L. Engela, Vereny Kast, Johna Bowlby'ego, Catherine M. Sanders, Susan Nolen-Hoeksema i Davida B. Larsona oraz Murraya Colina Parkesa (Herbert, 2005, s. 35–36; Tucholska, 2009; Kleszcz-Szczyrba, 2016; Worden, 2022, s. 58). Pomimo niejednorodnej liczby etapów żałoby wyszczególnionych przez wymienionych autorów, jak i różnego ich nazywania, wspólną częścią dla wszystkich jest faza początkowa, pośrednia i końcowa. Podział taki wybrzmiał w modelu Nolen-Hoeksema i Larsona

(Tucholska, 2009; Łukaszewska, 2015) i można przyjąć, że pokazuje on najbardziej ogólny obraz żałoby. Etap pierwszy zaczyna się w momencie, gdy ktoś dowiaduje się o śmierci bliskiej osoby. Okres ten może trwać od kilku godzin do kilku tygodni i charakteryzuje się silnymi reakcjami emocjonalnymi: szokiem, niedowierzaniem oraz próbami zaprzeczania rzeczywistości. W kolejnej fazie, trwającej od kilku do kilkunastu miesięcy, osoba w żałobie często doświadcza różnych dolegliwości fizycznych i intensywnych, zmiennych emocji. Ostatni etap charakteryzuje się akceptacją nowej rzeczywistości. Osierocony nabywa umiejętności życia bez zmarłego, przy jednoczesnym zachowaniu pamięci o nim.

Warto jednak dodać, że pogląd o etapowości żałoby budzi krytykę, ponieważ jak zauważają doradcy w żałobie, etapy nie wyjaśniają w pełni tego, co dzieje się z człowiekiem podczas przeżywania straty. Praktycy ci zauważają (Doka, 2017; Kessler, 2022; Worden, 2022), że większość ludzi nie doświadcza tego stanu sekwencyjnie, etapy mogą się na siebie nakładać lub nie występować w ogóle, gdyż żałobę każdy przechodzi indywidualnie. Ponadto, jak uważa J. William Worden, który zamiast faz proponuje podejście zadaniowe, w modelu etapowym z góry zakłada się, że aby móc na powrót żyć „normalnie”, należy przejść od jednego punktu do kolejnego. W tej perspektywie żałoba musi zostać całkowicie i ostatecznie przepracowana i zamknięta, a to nie jest spójne z tym, czego doświadczają ludzie tracący bliskich. David Kessler ilustruje to za pomocą rozmów z pacjentami, którzy często pytają: „Jak długo potrwa żałoba?”. On odpowiada wtedy: „A jak długo Twój bliski będzie martwy?” (Kessler, 2022, s. 57).

W praktyce pracy z osobami w żałobie tym, co wychodzi na plan pierwszy, jest podkreślanie indywidualności tego procesu oraz brak sztywnych ram czasowych. W wielu publikacjach mających na celu wspieranie ludzi w żałobie obalane są mity z nią związane (Doka, 2017), gdyż trzymanie się sztywnych schematów w tym trudnym okresie może przynieść więcej szkody niż pożytku. Niemniej w przypadku pracy z żałobą istotna wydaje się znajomość obu podejść, gdyż ujęcia te są komplementarne. Modele etapowe obrazują możliwy stan emocjonalny, z którym boryka się człowiek osierocony, natomiast podejście indywidualne pozwala zerwać z konkretnym przepisem na żałobę i uwrażliwić na potrzeby osób cierpiących.

Indywidualna droga w żałobie – propozycja Williama Wordena

J. William Worden, amerykański psycholog, do etapowego rozumienia żałoby odnosi się z dystansem, wskazując kilka powodów, które sprawiają, że rozumienie jej w taki sposób może być nieadaptacyjne, a nawet szkodliwe (Worden, 2022, s. 57 i nast.). Po pierwsze, koncepcja faz zakłada pewną bierność żałobnika, sugerując, że żałoba jest procesem, który musi on przejść w identyczny sposób w każdej

sytuacji, a sam żałobnik raczej znajduje się w tym stanie, niż ma jakikolwiek wpływ na to, co będzie się z nim działo. Po drugie, założenie, że przejście przez fazy kończy proces żałoby i wyklucza powrót do wcześniejszych doświadczeń straty, jest błędne. Powrót do wcześniejszych faz lub brak którejs z nich może być uznany za patologiczne przechodzenie żałoby, co również budzi krytykę. W takim ujęciu żałoby łatwo odnieść wrażenie, że to proces staje się ważniejszy niż sam człowiek. Nie sposób nie zgodzić się z Wordenem – model zawsze jest abstrakcyjny, a wobec tego nigdy mimetycznie nie oddaje jakości rzeczywistego przebiegu żałoby.

W odpowiedzi na nieprecyzyjność ujęć etapowych, Worden opracował model zadań w żałobie koncentrujący się na indywidualnym przeżywaniu straty. W jego koncepcji wyróżnione są cztery główne zadania, które osoby w żałobie powinny wykonać, aby efektywnie przejść przez ten trudny proces. Według Wordena ten sposób patrzenia na żałobę jest bardziej pomocny dla osób jej doświadczających, jak i środowiska zewnętrznego, które te osoby wspiera. Przyjęcie takiej perspektywy stanowi dobre narzędzie pomagające „uzdrowić” żałobnika, a zadania są antidotum na poczucie bezradności, które jest częstym doświadczeniem osób cierpiących ból straty. Koncepcja zadań jest bardziej zgodna z ideą pracy w żałobie postulowaną przez Freuda, ponieważ sugeruje, że żałobnik musi podjąć działanie – nie pozostaje bierny. To podejście zakłada również, że żałoba może być kształtowana przez interwencje zewnętrzne, w tym również edukacyjne. Innymi słowy, osoba w żałobie może postrzegać etapy czy fazy jako coś, co trzeba przeżyć, przetrwać, podczas gdy podejście zadaniowe daje jej poczucie kontroli i nadzieję, że istnieją konkretne działania, które może podjąć, aby przystosować się do życia po stracie ukochanej osoby.

Pierwszym zadaniem jest uznanie i zaakceptowanie rzeczywistości straty. Osoba w żalu musi zmierzyć się z faktem, że ktoś dla niej ważny nie żyje, co wiąże się z trudnymi emocjami, takimi jak smutek, złość, poczucie winy, pustki czy lęk (Steuden, 2009). Ważne, by zaakceptowanie rzeczywistości straty dokonało się na poziomie intelektualnym, ale też emocjonalnym. W tym czasie może dochodzić do niewłaściwego radzenia sobie ze stratą, jak na przykład dzieje się w przypadku mumifikacji, minimalizacji czy selektywnego zapominania (Worden, 2022, s. 61–62). Przykładem mumifikacji jest np. zachowanie w stanie nienaruszonym pokoju po zmarłym czy wszystkich jego rzeczy, natomiast reakcja minimalistyczna jest odwrotnością mumifikacji – to natychmiastowe usunięcie wszystkiego, co przypomina o bliskim. Selektywne zapominanie, jak sama nazwa mówi, wiąże się z częściowym usunięciem z pamięci obrazu zmarłego lub zapomnieniem niektórych przeżyć z nim związanych. Jak wskazuje Worden, te niewłaściwe postawy sprawiają, że wykonanie zadania pierwszego staje się niemożliwe. W ramach zaakceptowania rzeczywistości straty należy zrozumieć, że

życie jest jednocześnie i tą samą rzeczywistością, i inną, bo już bez kogoś ważnego. Zrozumienie tego leży po stronie osieroconych, ale i osób ich wspierających. Bez zaakceptowania straty trudno będzie wypełnić kolejne zadania, które polegają na dostosowaniu się do rzeczywistości bez zmarłego, czy kontynuowania z nim relacji poprzez więź duchową.

Drugie zadanie polega na przepracowaniu bólu żałoby. Chodzi w nim o autentyczne wyrażenie bólu związanego ze stratą, ale również innych emocji z nią związanych. Pozwolenie sobie na ich uwolnienie pomaga w procesie uzdrawiania. Ważne jest, by nie unikać żadnych emocji, które mogą wyrażać się poprzez rozpacz i smutek, ale również poprzez gniew czy żal ukierunkowany do zmarłego (np. jestem zły, że mnie zostawiłaś) (Worden, 2022, s. 68). Częstym uczuciem po śmierci członka rodziny może być ulga, szczególnie jeśli śmierć była związana z długotrwałą chorobą i cierpieniem umierającego oraz z drugiej strony obarczona wyczerpaniem fizycznym i psychicznym opiekujących się nim bliskich (Steuden, 2009). W takiej sytuacji może pojawić się dysonans i w imię złe rozumianej specyfiki żałoby oraz przekonania o tym, jak powinna być przeżywana, może dojść do zakłócenia emocjonalnego procesu radzenia sobie ze stratą. Członkowie rodziny mogą obwiniać się o nieadekwatne lub niewystarczające przeżywanie straty, co w efekcie niekorzystnie wpłynie na ich stan psychiczny. Wspierający również nie powinni hamować płaczu i żalu osób w żałobie. Słowa, takie jak: „nie płacz” czy „przestań rozpaczać, bo X by tego nie chciał/a” są typową strategią, którą stosuje się, próbując pocieszyć osobę cierpiącą. Tymczasem uwalnianie tych emocji jest konieczne i zdrowe.

Trzecim zadaniem jest adaptacja do życia po stracie. Osierocony musi znaleźć nowe sposoby funkcjonowania w codziennym życiu, co może się wiązać ze zmianą ról życiowych, nawyków czy relacji. Dostosowanie się do świata bez osoby zmarłej odbywa się na trzech poziomach: zewnętrznym, wewnętrznym i duchowym (Worden, 2022, s. 69–74). Pierwszy poziom obejmuje nowe role, które będą zależały od relacji, jaka była między zmarłym a żyjącymi lub od struktury rodzinnej, w jakiej funkcjonowali. Ojciec czy matka nagle staje się samotnym rodzicem, ze wszystkimi konsekwencjami tej roli. Natomiast kobiety niepracujące zawodowo nieoczekiwanie będą musiały mierzyć się z rolą głowy rodziny, która utrzymuje dzieci i dom, itp. Bardzo często jest to taki okres w życiu osób osieroconych, w którym dopiero teraz uświadamiają sobie w pełni, ile i jakie role odgrywała osoba zmarła.

Ta zewnętrzna zmiana pociąga za sobą konieczność zmiany na poziomie wewnętrznym. Dla niektórych osób rola, jaką przez lata pełnili w rodzinie, określa ich tożsamość na tyle głęboko, że z chwilą ich straty pozostali tracą również część siebie (Worden, 2022, s. 71). Jest to charakterystyczne dla żałoby seniorów

żyjących w długoletnich związkach. Zauważa się, że wdowy czy wdowcy z chwilą śmierci partnera mają poczucie utraty własnej tożsamości (Steuden, 2009, s. 173). Śmierć w rodzinie powoduje konieczność ponownego określenia siebie i znalezienia odpowiedzi na pytanie „kim jestem?”. W zależności od indywidualnej historii życia zadanie to będzie wyglądało za każdym razem inaczej.

Ostatnia płaszczyzna to dostosowanie duchowe – znalezienie odpowiedzi na pytanie „co znaczy dla mnie ta śmierć?”. „Żałoba jest próbą zrekonstruowania świata znaczeń, który został zakwestionowany na skutek straty. Wiąże się to z dwoma wyzwaniem: (a) przetworzeniem historii wydarzeń związanych ze śmiercią w staranie nadania sensu temu, co się wydarzyło, i jego konsekwencjom dla dalszego życia osoby w żałobie oraz (b) uzyskaniem dostępu do opowieści w tle o relacji ze zmarłym jako sposobu na odtworzenie trwałej więzi” (Worden, 2022, s. 73). Poszukiwanie znaczenia, sensu straty, jaka stała się przymusowym udziałem osób doświadczających sytuacji granicznych, jest równocześnie odnalezieniem sensu życia i przejścia ponownej kontroli nad nim.

Zadanie trzecie jest najobszerniejsze, a niewypełnienie go – jak podkreśla Worden – ma konsekwencje w postaci nieprzystosowania do straty. Koncepcja zadań w żałobie opiera się na osiągnięciach psychologii rozwojowej, która zakłada, że rozwój człowieka następuje poprzez rozwiązywanie kolejnych zadań. Aby zdolności adaptacyjne rozwijały się prawidłowo, konieczne jest najpierw osiągnięcie celów na niższym poziomie, zanim możliwe będzie przejście na poziom wyższy. Worden uważa, że żałoba pełni podobną funkcję, wymagając od osoby przejścia przez cztery konkretne zadania, aby mogła przystosować się do straty i dalej żyć.

Ostatnie zadanie polega na znalezieniu sposobów na zachowanie pamięci o zmarłym. Mogą one obejmować różne formy upamiętnienia, takie jak tworzenie tradycji, mówienie o zmarłym czy wykonywanie albumów ze zdjęciami. Zadanie to wynika z takiej przesłanki, że zmarłych nie da się w pełni zapomnieć. Nie chodzi o to, by zakończyć żałobę, odcinając się od zmarłego, ale by zmienić tę relację na taką, by pomimo straty umieć wracać myślami do ukochanych osób (Kleszcz-Szczyrba, 2016, s. 117). Znalezienie sposobu na upamiętnienie zmarłego jest ważne, gdyż „osoba w żałobie nigdy całkowicie nie zapomina zmarłego, który był tak wysoko ceniony w jej życiu, i nigdy nie wycofuje się całkowicie z inwestycji w jego reprezentację. Nie możemy usunąć z naszej historii tych, którzy byli nam bliscy, chyba że poprzez psychiczne akty niszczące naszą tożsamość” (Volkan, za: Worden, 2022, s. 75).

Wszystkie cztery zadania są ważne i nie można pominąć żadnego, choć to ostatnie czasem jest najtrudniejsze do wypełnienia. Zaprezentowane zadania nie muszą przebiegać w określonej kolejności, ani być wykonywane jednorazowo. Tu należy pamiętać, że żałoba to proces, który jest unikalną podróżą, procesem,

który trwa dla każdego inaczej. Co więcej, w tym sposobie patrzenia na żałobę dalsze, pełne życie nie jest uwarunkowane koniecznością uwolnienia się od niej. Żałoba jest doświadczeniem, które jak każde inne ważne czy trudne zdarzenie tworzy ślad i pozostaje w człowieku, stąd też staje się ona jednym z komponentów tworzących go na zawsze.

Żałoba osób w wieku starszym

Liczba osób przeżywających siedemdziesiąty i osiemdziesiąty roku życia zwiększyła się i będzie stale rosła. Wraz z tym wzrostem pojawia się większa liczba osób starszych, które doświadczają żałoby, zwłaszcza na skutek śmierci małżonka. Według badań amerykańskich wdowieństwo dotyka trzy na cztery kobiety. W Stanach Zjednoczonych w 2015 roku było to 24,4 mln osób owdowiałych w wieku 65 lat i starszych (Worden, 2022, s. 352). W Polsce jest podobnie – szacuje się, że główną przyczyną samotności w starszym wieku jest śmierć współmałżonka. Niemal co czwarty Polak (24%) powyżej 60. roku życia to wdowiec lub wdowa, a w grupie wiekowej 75 plus odsetek ten wzrasta do niemal połowy (47%) (CBOS, 2019, s. 2). Powyższe dane pokazują, że jest w społeczeństwie duża, stale rosnąca, grupa osób w trudnej sytuacji emocjonalnej wynikającej z doświadczenia straty. Ponadto żałoba u osób starszych może mieć specyficzny przebieg i charakteryzować się unikalnymi cechami, wynikającymi z wieku, stanu zdrowia i społecznych uwarunkowań. Osoby starsze często doświadczają kumulacji strat, takich jak śmierć małżonka, przyjaciół czy rodzeństwa, co może prowadzić do intensywniejszych lub bardziej skomplikowanych reakcji żałobnych. W efekcie żałoba może być związana nie tylko z jedną, konkretną osobą, ale także z poczuciem utraty całego kręgu społecznego.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że jedną z boleśniejszych strat osób w późnej dorosłości jest utrata partnera życiowego. Strata ta należy do najbardziej bolesnych doświadczeń, które Holmes² umieścił na swojej liście najważniejszych wydarzeń życiowych (Steuden, 2009; Stelcer, 2012; Spahni i in., 2016). Wśród seniorów, bardziej niż w innych grupach wiekowych, widoczne jest zjawisko wzajemnej zależności. Wiele wdów i wdowców było w małżeństwach przez wiele lat, co prowadziło do głębokiego przywiązania i ugruntowania ról rodzinnych. Chociaż każda para małżeńska jest w pewnym stopniu współzależna, w związkach z długim stażem często ma miejsce nie tylko zależność, ale i znaczne uzależnienie od siebie nawzajem. W takiej sytuacji przystosowanie się po stracie staje

2 Chodzi o listę 44 najbardziej stresujących w życiu sytuacji, która została stworzona przez dwóch psychiatrów badających zjawisko stresu – Holmesa i Rahe.

się szczególnie trudne, zwłaszcza na poziomie adaptacji do nowych ról i obowiązków. Żałoba małżeńska jest powiązana z jakością relacji ze zmarłym – jeśli współmałżonków łączyła głęboka bliskość, a relacja była bezkonfliktowa, to adaptacja do żałoby może przebiegać trudniej (Spahni i in., 2016). W długoletnich związkach zauważa się, że wraz ze stratą partnera osoby owdowiałe mają poczucie utraty własnej tożsamości (Steuden, 2009). Powiedzeniem, że starych drzew się nie przesadza, można też zobrazować specyfikę żałoby osób w starości – utrata partnera staje się utratą bezpiecznej – bo znanej – własnej przestrzeni i zaburzeniem swoistej homeostazy.

Inną cechą żałoby w późnym wieku jest zmniejszenie się wsparcia społecznego. Wraz z wiekiem sieć wsparcia kurczy się, co może dodatkowo utrudnić radzenie sobie ze stratą. Poczucie osamotnienia, które już jest dość wysokie w tej grupie demograficznej, podczas żałoby jeszcze się potęguje i u wielu starszych osób może prowadzić do pogłębienia izolacji i rozwoju depresji (Spahni i in., 2016; Grabarczyk, 2019; Sacharczuk, 2021). W nowej, smutnej roli zdecydowanie gorzej radzą sobie mężczyźni. Jak pokazują badania, żałoba dla kobiet wydaje się bardziej normatywnym doświadczeniem (Spahni i in., 2016; Worden, 2022, s. 354). Wynika to z faktu, że to kobiety najczęściej zajmują się gospodarstwem, znają obsługę sprzętów domowych i w ich gestii jest codzienna logistyka domu. Również one bardziej angażują się w podtrzymywanie kontaktów rodzinnych, czy biorą na siebie rolę opiekunki w razie choroby bliskich. Podtrzymywanie więzi rodzinnych wpływa pozytywnie na samopoczucie jednostki, w tym przypadku częściej jest to udziałem kobiet (Kosiol, 2015). Natomiast mężczyźni będący w kryzysie psychicznym, jakim jest niewątpliwie żałoba, mniej aktywnie poszukują wsparcia i pomocy (Stelcer, 2012). Niemniej zarówno jedna, jak i druga płeć z racji wieku narażona jest na izolację społeczną, wynikającą z utraty czy rozluźnienia się więzi: zawodowych, rodzinnych i towarzyskich (Niezabitowski, 2011) i w konsekwencji na mniejsze zasoby społeczne wspierające ich w żałobie.

W tej grupie wiekowej żałoba zazwyczaj trwa dłużej niż u osób młodszych, ale jest mniej intensywna (Łukaszewska, 2015). Mimo to może stać się czynnikiem ryzyka śmierci własnej „w pierwszych sześciu miesiącach u mężczyzn oraz w okresie jednego do około dwóch lat u kobiet” (Steuden, 2009). Co więcej, żałoba, szczególnie w wyniku straty partnera, może stać się przyczyną śmierci samobójczej. Ryzyko to jest dość wysokie w okresie pierwszego roku i może utrzymywać się przez kolejne pięć lat, szczególnie jeśli występują czynniki dodatkowe, jak: materialna zależność od partnera, bezradność czy wspomniane wyżej brak wsparcia i społeczna izolacja (tamże). Samotni mężczyźni znacznie częściej podejmują ten krok niż samotne kobiety, prawdopodobnie dlatego, że mają większe trudności w radzeniu sobie z samotnością i odnalezieniu się w strukturach

rodzinnych oraz społecznych (Sacharczuk, 2021). Po śmierci partnera starsze osoby mogą potrzebować dostosowania się do nowej roli, np. życia w pojedynkę po długim związku. Może wiązać się to z koniecznością przystosowania się do codziennych wyzwań, takich jak prowadzenie gospodarstwa domowego czy radzenie sobie z codziennymi obowiązkami, które wcześniej były dzielone. Lęk przed nowymi zadaniami i konieczność wdrażania się do zmian mogą potęgować emocje związane z utratą.

Żałoba w starszym wieku jest bardziej skomplikowana przez współistniejące problemy zdrowotne i odwrotnie – doświadczenie straty może spowodować pogorszenie się zdrowia. Przegląd literatury wskazuje, że utrata bliskich w istotny sposób wpływa na kondycję zdrowotną osób osieroconych, co obejmuje wzrost wskaźników zachorowalności, śmiertelności oraz nasilenie problemów psychologicznych i psychiatrycznych. Liczba wizyt osób starszych w żałobie u lekarza zwiększa się w porównaniu do okresu poprzedzającego żałobę (Stelcer, 2012).

Żałoba u starszych osób może przejawiać się szerokim zakresem emocji, od smutku i depresji po lęk i gniew. Reakcje te, jak wspomniano, mogą być mniej intensywne niż u młodszych osób, ale mogą trwać dłużej i być bardziej przewlekłe, gdyż w przypadku żałoby u osób starszych należy uwzględnić zjawisko wielokrotnych strat. Wraz z wiekiem rośnie liczba zgonów w najbliższym otoczeniu – umierają członkowie rodziny i przyjaciele. Czasami prowadzi to do sytuacji, gdzie jedna żałoba nakłada się na kolejną. Do tych strat dochodzą także inne, nieosobiste, ale równie istotne, jak przejście na emeryturę, zmiany w strukturze rodziny, a czasem nawet zmiany warunków bytowych oraz pogorszenie sprawności fizycznej i umysłowej.

Wreszcie, w tej grupie wiekowej wraz z przeżywaniem żałoby pojawia się osobista świadomość nieuchronności śmierci, co może prowadzić do lęku egzystencjalnego, wywołanego utratą osób z kręgu rówieśniczego, takich jak współmałżonek, rodzeństwo czy przyjaciele. W starszym wieku ludzie często podsumowują swoje życie, co może prowadzić do poczucia niezrealizowania celów lub żalu (Erikson, 2012).

Uczenie się / edukacja wynikająca z zadań

Doświadczenie straty jest jednym z najtrudniejszych momentów w życiu człowieka, i w takiej sytuacji niezbędne jest wsparcie ze strony otoczenia. Kluczowe jest nie tylko okazanie indywidualnej pomocy osobie przeżywającej emocjonalny kryzys spowodowany stratą, ale także kształtowanie społecznego podejścia do śmierci i żałoby. Człowiek jako istota społeczna potrzebuje relacji, przynależności, wymiany emocji i wsparcia, aby zdrowo funkcjonować zarówno jako jednostka,

jak i jako część społeczności. Śmierć jest nieuniknionym elementem ludzkiego życia, a sposób, w jaki jest postrzegana oraz jak ludzie radzą sobie z jej skutkami, w dużej mierze zależy od tego, jak środowisko, w którym żyją, przygotowuje ich na to doświadczenie.

W naszym kręgu kulturowym przemiany cywilizacyjne, które niejednokrotnie rzutowały i rzutują na sposób pojmowania świata, człowieka czy wartości, wpłynęły również na postawę wobec śmierci. Dawny charakter tego fenomenu został utracony i dziś człowiek Zachodu z trudnością radzi sobie z obecnością i koniecznością umierania. Wieloletnia tabuizacja śmierci doprowadziła do braku akceptacji dla publicznego wyrażania żalu i cierpienia³. W rezultacie pojawiła się tendencja do izolowania osób w żałobie oraz nacisk na szybki powrót do normalności.

Współcześnie również niejednokrotnie postawa tanatyczna człowieka budowana jest w oparciu o uproszczony obraz śmierci, banalizujący jej charakter. W takim ujęciu śmierć traci swój dramatyczny i wyjątkowy charakter, stając się czymś zwyczajnym, codziennym, a czasem wręcz marginalizowanym. Proces ten można dostrzec na różnych poziomach i w różnych kontekstach społecznych, kulturowych i medialnych, gdzie umieranie często przedstawiane jest w sposób uproszczony, bez głębszej refleksji nad jego powagą i konsekwencjami. W kulturze konsumpcyjnej – w jakiej przyszło nam żyć – skoncentrowanej na materializmie i sukcesie, śmierć staje się czymś, o czym się nie rozmawia. Dlatego może być postrzegana jako odległy, nieunikniony, ale mało istotny element życia. Jak zauważa Dariusz Kulas, „współczesność wytwarza konstrukt człowieka z nowych komponentów kulturowych. Umasowienie, demokratyzacja, globalizacyjne procesy kultury zachodniej przekładają się na to, że człowiek jest «pod rzeczami», a człowieczeństwo nie jest już okryte tajemnicą, jedynie coraz skuteczniej jest dookreślane przez kolejne rzeczy i przywiązanie do powierzchowności wiedzy, w tym do ignorancji problemów istotnych, na przykład lęku przed śmiercią. Pozostała nam kulturowa banalizacja lęku przed śmiercią, pozbawiona grozy płynącej z surowego spojrzenia na konieczność śmierci” (Kulas, 2012, s. 41–42).

Przemiany te niejednokrotnie prowadzą do swoistej bezradności człowieka wobec śmierci, która zamiast być postrzegana jako naturalny etap ludzkiej egzystencji, staje się obcym, niechcianym doświadczeniem, którego społeczeństwo woli unikać. Skutkuje to „neurotycznym lękiem” wobec śmierci (Herman Feifel za: Sękowski, 2019, s. 45). Zanik głębszej refleksji nad śmiercią sprawia, że ludzka postawa wobec niej staje się powierzchowna, pozbawiona duchowego

3 Zagadnienie to jest szeroko opisane przez Philipa Ariès – francuskiego historyka i znawcę tematu [w:] Ph. Ariès, *Człowiek i śmierć*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1989.

wymiaru czy pytania o sens istnienia. Ostatecznie, w takim uproszczonym pojęciu, śmierć traci swój wymiar transcendentalny, a człowiek – zagubiony w codzienności – często nie wie, jak się z nią zmierzyć. W tym kontekście pojawia się również zagadnienie eutanazji, która w niektórych środowiskach bywa rozważana jako „rozwiązanie” problemu cierpienia i nieuchronności śmierci, jeszcze bardziej trywializując zarówno życie, jak i sam moment jego końca⁴.

Uwzględniając powyższą refleksję, można dojść do konkluzji, że dziś człowiek bardzo często pozbawiany jest możliwości społecznego uczenia się w obszarach: jak zachowywać się w obliczu straty bliskich, jak rozumieć emocje związane z tym doświadczeniem, jak wspierać osoby pogrążone w cierpieniu oraz, co najważniejsze, jak samemu postępować, gdy dotknie nas strata. Co więcej, wydaje się, że tak potrzebny czas, jakim jest żałoba po stracie, jest też „bojkotowany” przez środowiska profesjonalistów. Jak zauważa Renata Kleszcz-Szczyrba (2016), w ciągu ostatnich dekad można zaobserwować tendencję do skracania okresu uznawanego za typowy dla normalnej żałoby. Amerykańska klasyfikacja zaburzeń psychicznych DSM-V sugeruje, że okres przeznaczony wyłącznie na żałobę powinien ograniczyć się do dwóch tygodni. W poprzedniej wersji tej klasyfikacji – DSM-IV – mówiono o dwóch miesiącach, a jeszcze wcześniejsza DSM-III wskazywała rok jako typowy czas trwania żałoby. Zmiany te, jak pisze autorka, są wynikiem postępującego procesu medykalizacji i istnieje ryzyko, że w przyszłości żałoba może zostać uznana za nieprawidłowy stan, wymagający farmakologicznego leczenia. To rodzi kolejne zagrożenie, a mianowicie wpływ takiej decyzji negatywnie wpłynie na naturalne wsparcie społeczne, gdyż postrzeganie żałoby jako choroby przyczyni się do tego, że bliscy nie będą czuli się wystarczająco profesjonalni do udzielania pomocy i zostanie ona scedowana na lekarzy. Wizja ta nie napawa optymizmem, szczególnie jeśli dostrzeżemy już istniejące zaniedbania w tym obszarze. Świadomość tego, jak śmierć bliskich wpływa na ludzi, a szczególnie osoby starsze, oraz wiedza o ograniczonym oddziaływaniu socjalizacji w tym zakresie stają się predyktorem do tego, by celowo wdrażać edukację o śmierci i żałobie.

Opierając się na dotychczasowych rozważaniach, można dostrzec, że przeżywanie utraty bliskich kształtuje człowieka, a żałoba jest ważnym zadaniem rozwojowym. W tym granicznym doświadczeniu widoczny jest także wymiar edukacyjny, który nie tylko kształtuje osieroconych w czasie teraźniejszym, zmuszając ich do adaptacji do nowej rzeczywistości, ale także otwiera przed nimi

4 Zagadnienie ludzkiej postawy wobec śmierci w kontekście współczesnych przemian społeczno-kulturowych jest niezwykle rozległe i wykracza poza ramy tego artykułu. Zarys problematyki był jednak konieczny dla zrozumienia potrzeby wspierania edukacji w obszarze straty, cierpienia i żałoby.

perspektywę dalszego rozwoju w przyszłości. Można wyróżnić tu dwa obszary edukacyjne, które wynikają bezpośrednio z założeń indywidualnej ścieżki żałoby, na której opiera się model zadaniowy i zostały one określone obszarami edukacji koniecznej, oraz trzeci obszar, który można potraktować jako potencjalny.

Przedstawiony wcześniej model żałoby oparty na zadaniach wyjaśnia, jak przejść przez ten proces, aby sprostać wyzwaniom rozwojowym. Aby jednak był skuteczny, powinien być rozpowszechniany, zwłaszcza wśród osób opiekujących się seniorami. To istotny aspekt edukacji, który może pomóc uniknąć błędów, takich jak: zaprzeczanie emocjom czy ich mylne kategoryzowanie na te właściwe i niewłaściwe, unikanie rozmów o zmarłym czy irytacja, gdy owdowiały rodzic nagle staje się bezradny w wielu dziedzinach życia. Istotne jest zrozumienie, jak bardzo osoby starsze zależą od swoich wieloletnich partnerów, ale także uznanie, że „strata” dotyczy nie tylko osób, lecz także ról społecznych, z których seniorzy wypadają ze względu na wiek oraz utratę sprawności i zdrowia.

Konieczność intencjonalnego uczenia się w tym zakresie jest wynikiem ograniczenia uczenia się społecznego. Współczesne zanikanie wielopokoleniowych rodzin, w których naturalnie uczymy się opieki, empatii i obserwujemy starzenie się bliskich, sprawia, że tracimy ważne umiejętności. To samo dotyczy śmierci i żałoby. Dziś ludzie najczęściej umierają w szpitalach, a ból po stracie staje się tematem wstydliwym i często skrywanym. Ponadto żyjemy w społeczeństwie nastawionym na konsumpcyjny hedonizm (Wieczorkowska, 2008), gdzie nacisk kładzie się na przeżywanie szczęścia i unikanie trosk. Brak konfrontacji z trudnościami w wymiarze psychicznym i emocjonalnym czyni nas nieporadnymi w obliczu kryzysu, jakim z pewnością jest strata w wyniku śmierci.

Warto zadać sobie pytanie, w jakim zakresie powinna być realizowana edukacja na temat śmierci i żałoby. Odpowiedź jest jednocześnie i prosta, i złożona. Najlepszym rozwiązaniem jest włączenie tej edukacji w codzienne życie. Nikt nie dziwi się kursom dla małżeństw, rodziców czy bezrobotnych. Istnieją szkoły rodzenia, a dzieci i młodzież uczą się w ramach programów szkolnych o dojrzewaniu i wyzwaniach tego okresu. Każdy z nas kiedyś zetknie się ze śmiercią, ale na ten temat, podobnie jak na temat żałoby, uczymy się niewiele lub wcale, pomimo że w nauce, za sprawą Komeńskiego, myśl ta zaistniała. Tu leży trudność – w dużej niechęci do myślenia i rozmów o śmierci, która wynika z lęku i sprawia, że od tego tematu często się ucieka.

Drugim istotnym obszarem edukacji jest nauczanie osób w żałobie, jak radzić sobie z tym procesem na poziomie emocjonalnym, poznawczym i społecznym. Utrata bliskiej osoby to nie tylko brak fizycznej obecności, ale także strata wspólnych marzeń, planów i części własnego życia. To utrata przyszłości. Osoby doświadczające żałoby często muszą, zgodnie z trzecim zadaniem, przejmować

obowiązki, które wcześniej należały do zmarłego, w tym nowe role w rodzinie i społeczeństwie. Dla starszych osób to wyzwanie może być szczególnie trudne. Zarządzanie finansami, korzystanie z samochodu, obsługa pralki czy pieca centralnego ogrzewania stają się nie lada wyzwaniem, które, obok bólu straty, mogą być dodatkowym źródłem stresu. W dwutorowym modelu przystosowania do straty wg Stroebe i Schuta (za: Steuden, 2009) istotne są dwa elementy, które pozwalają poradzić sobie z utratą bliskiej osoby. Jednym z nich jest proces orientacji na stratę, który wyraża się we wspominaniu i idealizowaniu zmarłego. Tutaj jest miejsce na tęsknotę, prowadzenie dialogu z nieobecnym, jak również na utożsamianie własnych celów, wartości z utraconym bliskim. Nierzadko przejmowany jest również jego styl życia. Jest to dość częsta strategia, a przykładem dobrze ją ilustrującym jest historia o włoskim małżeństwie w podeszłym wieku, opowiedziana przez Kennetha Dokę – amerykańskiego gerontologa i doradcę w żałobie. Para, o której mowa, mieszkała w centrum Nowego Jorku i choć brzmi to zaskakująco – kobieta w tym miejscu prowadziła uprawę pomidorów, bo tylko sok z domowych warzyw był dla niej najlepszy. Utrzymanie ogrodu w niekorzystnych warunkach betonowego miasta było sporym wyzwaniem. Mąż kobiety kłócił się z nią o ten skrawek ziemi, który chętnie przerobiłby na parking. W małżeńskich sprzeczkach ona żartowała, że po jej śmierci zrobi, co będzie chciał, on zaś zapowiadał, że zaraz po wyprowadzeniu trumny z domu, wjedzie betoniarka z cementem. I stało się tak, że faktycznie to żona umarła pierwsza. On zaś „do końca życia z miłością pielęgnował jej ogród. Plonami dzielił się z sąsiadami, chętnie wspominając swoją żonę przy szklance wina” (Doka, 2017, s. 28–29). Historia ta w przepiękny sposób pokazuje, jak owdowiały mąż poradził sobie ze stratą, zachowując pamięć o swojej żonie, zachowując to, co było dla niej cenne, przy okazji przejmując jej styl życia. Proces orientacji na stratę pomaga uporać się z najbardziej bolesnym okresem żałoby, nad którym nie ma się kontroli. Wracanie pamięcią do przeszłości pozwala ją utrzymać, obniżyć lęk i poczucie bezradności, co w perspektywie czasu stać się może formą zachowania pamięci i obecności zmarłego w codzienności żyjącej rodziny.

Drugi proces – orientacja na zmianę, jest przystosowywaniem się osoby w żałobie do przemian, które są wynikiem poniesionej straty. Przemiany te odbywają się zarówno poprzez budowanie nowej tożsamości, jak i w codziennym funkcjonowaniu, co dobrze oddaje ideę zaproponowanego przez Wordena zadania trzeciego – dostosowania się do świata bez osoby zmarłej – które zostało przedstawione wyżej. Podsumowując dwutorowy model przystosowania się do straty, „według Stroebe podstawą pomyślnego rozwiązania kryzysu żałoby jest współwystępowanie procesu zorientowanego na stratę z procesem zorientowanym na zmianę, przy czym nadmierna koncentracja na jednym z nich może utrudniać

lub uniemożliwić przystosowanie do nowej sytuacji” (Steuden, 2009, s. 176). Nauczenie się nowych umiejętności pozwala na odzyskanie spokoju, daje poczucie sprawczości i kontroli nad własnym życiem. Rolą opiekunów jest dołożenie wszelkich starań, by faza wyręczenia, potrzebna w pierwszych chwilach po pogrzebie, nie stała się czymś stałym. Konieczne jest znalezienie takich rozwiązań, by człowiek starszy miał możliwość stać się samodzielny i decyzyjny.

Również w zadaniu czwartym wymienionym przez Wordena (znalezienie sposobu na upamiętnienie zmarłego podczas reszty swojego życia) dostrzec można aspekty edukacyjne. W praktyce pracy z osobami w żałobie jako sposób upamiętnienia zmarłych poleca się m.in. wypełnianie duchowego testamentu, wspominanie zmarłego poprzez zakładanie albumów ze zdjęciami, szkatulek pamięci, spisywanie wspomnień, rozmawianie z innymi, czy bycie w grupach wsparcia. W przypadku osób starszych działania te są dobre nie tylko podczas żałoby, ale są również dobrym sposobem na podtrzymanie aktywności intelektualnej i społecznej. Praca na wspomnieniach (reminiscencje) pozwala nie tylko na pielęgnowanie pamięci o bliskich, ale jest dobrą formą pracy z seniorami, łatwą do zrealizowania w domu z rodziną, w grupach wsparcia czy domach seniora. Dokonanie bilansu życia pomaga starszym osobom na nowo zidentyfikować się z samym sobą, co ma zasadnicze znaczenie dla zachowania ich tożsamości, zwłaszcza gdy są oderwani od swojego dotychczasowego środowiska lub środowisko to zostało zachwiane. Wspominanie daje poczucie sprawczości, ułatwia procesy identyfikacyjne i pomaga zaakceptować zarówno nową, trudną sytuację życiową, jak i etap życia, na którym się znajdują (Tomasik, 1997).

Trzeci obszar edukacji to już edukacja potencjalna. Wszelkie działania podejmowane w fazie żałoby mogą pobudzić do dalszego rozwoju, zarówno w wymiarze umiejętności – np. nauczenie się obsługi aplikacji bankowych, prowadzenia auta itd., jak i zwiększenia swoich osobistych zasobów. Rozwój ten można wiązać ze zjawiskiem potraumatycznego wzrostu, który wyraża się pozytywnymi zmianami w wyniku radzenia sobie z traumą, takimi jak np. zwiększenie odporności psychicznej, dojrzałości emocjonalnej, czy też poprzez redefiniowanie celów i sensu życia. Jednak w przypadku przeżycia śmierci bliskich osób kwestia ta nie jest jasna. Jedne badania pokazują, że wzrost ten jest możliwy, inne, że jest niewielki (Ogińska-Bulik, 2013). Być może jest to wynikiem braku dostatecznego wspierania osób w żałobie i bez wsparcia otoczenia takiego efektu uzyskać się nie da. W przypadku seniorów, z chwilą owdowienia bardzo często są oni umieszczani w domach seniora albo dzieci przejmują opiekę nad nimi, tym samym uniemożliwiając rozwój. Osoba starsza niepozostawiona sama sobie, lecz wspierana na drodze pokonywania poszczególnych trudności, ma możliwość nie tylko odkryć swój potencjał w roli, w której wcześniej była wyręczana, ale może

być to dla niej pewnego rodzaju trampoliną do tego, by odważyć się doświadczać innych nowych rzeczy, uczyć się i zdobywać nowe cele. Oczywiście jeśli nie ma ograniczeń poznawczych wynikających z wieku i chorób.

Na zakończenie warto dodać, że każde doświadczenie, które przeżywamy świadomie i poddajemy refleksji, może być kształtujące. Żałoba, choć jest okresem ciężkim, również może mieć wymiar edukacyjny – sprzyjający życiodajnej kreatywności. Z pewnością wcześniejsza edukacja w zakresie zadań rozwojowych od narodzin do śmierci w dużym stopniu ułatwiłaby radzenie sobie w okresie żałoby, gdyż świadome życie pozwoliłoby w większym zakresie planować przyszłość i unikać wielu bezradnych sytuacji, generujących bezradność i osamotnienie. W żałobie można uczyć się, wypełniając zadania, ale też uczyć się drugiego człowieka, nie wolno tylko zaniedbać tego obszaru. Dawną społeczność, która towarzyszyła rodzinie w tych trudnych chwilach, dziś zastąpić może wspólnota empatyczna, czyli ludzie, których łączą doświadczenia i współodczuwanie (Janicka, 2021, s. 284). Uczenie się towarzyszenia i wspierania w żałobie staje się nowym i koniecznym zadaniem społecznym.

Bibliografia

- Ariès, Ph. (1989). *Człowiek i śmierć*. Państwowy Instytut Wydawniczy.
- CBOS. (2019). *Sytuacja społeczno-ekonomiczna seniorów*. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Doka, K. J. (2017). *Żałoba jest podróżą. Jak zmagać się ze stratą*. Wydawnictwo Charaktery.
- Erikson, E. H. (2012). *Dopełniony cykl życia*. Wydawnictwo Helion.
- Franczak, A. (2022). Przedmowa do wydania polskiego. W: J. W. Worden, *Poradnictwo i terapia w żałobie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Grabarczyk, F. (2019). Samotność osób starszych. W: J. Zimny (red.), *Nowe oblicza współczesnej rzeczywistości* (ss. 137–150). Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Stalowej Woli.
- Herbert, M. (2005). *Żałoba w rodzinie. Jak pomóc dzieciom i ich rodzinom*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Janicka, A. (2021). *Współczesna schola mortis. Perspektywa kulturowa, komunikacyjna i pedagogiczna*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Kessler, D. (2022). *Szósty etap żałoby. W poszukiwaniu sensu*. Wydawnictwo Laurum.
- Kleszcz-Szczyrba, R. (2016). Czy każdej stracie „potrzebna jest” żałoba i czy każdej żałobie „potrzebna jest” terapia? W: R. Kleszcz-Szczyrba, A. Gałuszka (red.), *Utrata i żałoba. Teoria i praktyka* (ss. 111–121). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Kosiol, M. (2015). Psychologiczne aspekty pomyślnego starzenia się. *Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej*, 9(1), 37–49.

- Kulas, D. (2012). Między koniecznym a możliwym – kulturowa banalizacja egzystencjalnego lęku. *Casus śmierci. Kultura Współczesna*, 4(75), s. 33–43.
- Łukaszewska, B. (2015). Doświadczanie żałoby przez osoby dorosłe. Formy wsparcia psychologicznego w kontekście opieki paliatywno-hospicyjnej. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 5(3), 299–304.
- Niezabitowski, M. (2011). Relacje społeczne ludzi starszych w środowisku zamieszkania – aspekty teoretyczne i empiryczne. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica*, (38), 13–31.
- Ogińska-Bulik, N. (2013). Potraumatyczny wzrost – zróżnicowanie ze względu na rodzaj doświadczonego zdarzenia oraz płeć i wiek badanych osób. *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Psychologica*, (17), 51–66.
- Okła, W. (2009). Pomoc psychologiczna w sytuacji utraty. W: S. Steuden, S. Tucholska, *Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby* (ss. 197–205). Wydawnictwo KUL.
- Sacharczuk, K. (2021). Samobójstwa wśród osób w podeszłym wieku w świetle statystyk polskich i europejskich. *Journal Socioterapie*, 7(1), 33–41.
- Sękowski, M. (2019). *Postawa wobec śmierci w cyklu życia człowieka*. Universitas.
- Spahni, S., Bennett, K. M., Perrig-Chiello, P. (2016). Psychological adaptation to spousal bereavement in old age. The role of trait resilience, marital history, and context of death. *Death Studies*, 40(3), 182–190.
- Stelcer, B. (2012). Żałoba mężczyźni. *Nowiny Lekarskie*, 81(5), 569–573.
- Steuden, S. (2009). Doświadczanie żałoby przez osoby starsze. W: S. Steuden, S. Tucholska, *Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby* (ss. 171–182). Wydawnictwo KUL.
- Tomasik, E. (1997). Możliwości zastosowania biblioterapii względem osób starszych. *Roczniki Pedagogiki Specjalnej*, 8, 286–296.
- Tucholska, S. (2009). Psychologiczna analiza procesu żałoby. W: S. Steuden, S. Tucholska, *Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby* (ss. 11–33). Wydawnictwo KUL.
- Wieczorkowska, M. (2008). Hedonizm współczesnego społeczeństwa konsumpcyjnego. *Annales. Etyka w Życiu Gospodarczym*, 11(2), 161–169.
- Worden, J. W. (2022). *Poradnictwo i terapia w żałobie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Beata Tkacz¹ 

Satysfakcja ze związku małżeńskiego a zdrowie osób w późnej dorosłości – przegląd literatury

Marital satisfaction and health in late adulthood – a literature review

Streszczenie:

Cele

Niniejszy artykuł ma na celu analizę związków satysfakcji małżeńskiej ze zdrowiem fizycznym, psychicznym, i samopoczuciem poprzez systematyczny przegląd literatury, aby lepiej zrozumieć strukturę i trajektorię relacji małżeńskich seniorów i jej wpływ na stan zdrowia i samopoczucia.

Metoda

Materiały użyte w tym artykule mieszczą się w ramach czasowych od 1993 do 2024 roku. Do wyszukiwania materiałów zostały użyte następujące bazy elektroniczne: Google Scholar, Research Gate oraz Pub Med. Wyszukiwania były przeprowadzone z użyciem kombinacji następujących słów: związek, satysfakcja małżeńska, zdrowie, seniorzy, małżeństwo, zadowolenie małżeńskie, stres, choroby.

Wyniki

Przeprowadzona analiza tekstów ujawniła, że istnieje powiązanie pomiędzy satysfakcją małżeńską a zdrowiem fizycznym, psychicznym oraz samopoczuciem seniorów. Nieszczęśliwe małżeństwa mogą być przyczyną stresu i nasilać choroby z nim związane.

Dyskusja

Jakość małżeńska uczestników badań jest jednym z elementów, które mogą podwyższać lub obniżać poziom stresu, a co za tym idzie wpływać na rozwój chorób, które są z nim powiązane. Chroniczny stres, który może być rezultatem nieszczęśliwego małżeństwa, upośledza systemy zdrowotne jednostki.

¹ Akademia WSB, beata.tkacz@student.wsb.edu.pl

Słowa kluczowe:

związek, satysfakcja małżeńska, zdrowie, seniorzy, małżeństwo, zadowolenie małżeńskie, stres, choroby

Summary:

Objectives

This article aims to analyze links between marital satisfaction and physical health, mental health, and well-being through a systematic review of the literature to understand better the structure and trajectory of the marital relationships of seniors and its impact on health and well-being.

Method

Articles from 1993 to 2024 were included in the review. The following electronic databases were used to search for articles: Google Scholar, Research Gate, and Pub Med. These searches were conducted using combinations of the following words: relationship, marital satisfaction, health, seniors, marriage, marital satisfaction, stress, diseases, and people in late adulthood. The search was conducted in Polish and English.

Results

The analysis revealed a relationship between marital satisfaction and physical health, mental health, and well-being in seniors. Unhappy marriages can cause stress and exacerbate diseases related to it.

Discussion

The marital quality of research participants is one of the elements that can increase or decrease stress levels and, therefore, affect the development of related diseases. Chronic stress, which can be a result of an unhappy marriage, impairs the health systems of an individual.

Keywords:

relationship, marital satisfaction, health, seniors, marriage, marital contentment, stress, diseases.

Wstęp

Ten systematyczny przegląd ma na celu podsumowanie literatury dotyczącej satysfakcji małżeńskiej oraz zdrowia i samopoczucia osób w okresie późnej dorosłości. Eksploracja relacji mąż–żona w ostatnich kilku dekadach stała się bardzo popularna wśród naukowców i psychologów na całym świecie. Większość badań skupia się na młodszych grupach wiekowych. Jednak powoli następuje wzrost liczby badań empirycznych analizujących związki osób starszych. Zrozumienie korelacji małżeńskiej pomyślności ze zdrowiem w późnym etapie życia jest bardzo ważne dla współczesnego społeczeństwa, biorąc pod uwagę obecne trendy demograficzne. Społeczeństwo polskie starzeje się, a wraz ze wzrostem długości życia zauważamy nagromadzenie problemów osób starszych. Naukowcy zajmujący się psychologią relacji badają, jak jednostki będące w związkach zachowują się i co myślą. Szczęśliwe małżeństwa oferują wsparcie i spokój, a małżeństwa nieszczęśliwe mogą

się przyczynić do rozwoju chorób i pogorszenia stanu zdrowia fizycznego, psychicznego i samopoczucia (np. Bookwala, 2005; Carr i in., 2016; Margelish i in., 2017; Pienta i in., 2000). Małżeństwo to wciąż jedna z najważniejszych relacji w życiu człowieka. Oferuje potencjalne bezpieczeństwo i zabezpieczenie przed samotnością. Jak wynika z przeprowadzonych badań, relacje małżeńskie mogą wpływać na zdrowie i samopoczucie seniorów (np. Bookwala & Jacobs, 2004; Choi & Ha, 2011; O'Rourke, 2005; Korporea, 2013; Whisman i in., 2006).

Zadowolenie z małżeństwa i zdrowie oraz samopoczucie wzajemnie na siebie oddziałują. Małżeństwa nieszczęśliwe mogą pogarszać stan zdrowia i wprowadzać w zły nastrój, ale należy podkreślić, iż własny zły stan zdrowia i/lub zły stan zdrowia współmałżonka może wpływać na codzienne zachowanie i sposób radzenia sobie ze stresem. Problemy ze zdrowiem mogą negatywnie wpływać na samopoczucie osób starszych (Acitelli & Antonucci, 1994). W konsekwencji subiektywna ocena ogólnego zadowolenia z życia i zadowolenia z małżeństwa może być zniekształcona przez negatywne sytuacje zdrowotne.

Metoda

Poprzez analizę wybranych tekstów artykuł ma pokazać, jak w badaniach empirycznych przedstawiany jest związek między zadowoleniem z małżeństwa a zdrowiem i samopoczuciem seniorów. Celem tego przeglądu jest odpowiedź na pytanie:

„W jaki sposób subiektywna ocena zadowolenia z małżeństwa oraz jej powiązania ze zdrowiem fizycznym, psychicznym i samopoczuciem seniorów są interpretowane przez literaturę naukową?

Intencją artykułu jest zrozumienie, w jaki sposób dynamika relacji satysfakcji małżeńskiej i zdrowia oraz samopoczucia osób w okresie późnej dorosłości jest objaśniana przez naukowców.

Materiały użyte w tym artykule sięgają roku 1993. Selekcja tekstów została zakończona w roku 2024. Badania były oceniane pod kątem związku z tematem, a także oryginalności. Bibliografia obejmuje 26 pozycji w tematyce satysfakcji i jakości małżeńskiej, zdrowia fizycznego, psychicznego i samopoczucia osób w okresie późnej dorosłości. W ramach tego przeglądu systematycznego uwzględniono 22 prace empiryczne, a 4 prace to przeglądy literatury. Sposób selekcji prac jest przedstawiony w tabeli 1.

Wyszukiwania zostały przeprowadzone z użyciem kombinacji następujących słów: satysfakcja małżeńska, zdrowie, seniorzy, małżeństwo, zadowolenie małżeńskie, stres, choroby, osoby w późnej dorosłości, w następujących bazach elektronicznych: Google Scholar, Research Gate oraz Pub Med.

Wszystkie prace uznane za istotne dla niniejszego artykułu zostały przeczytane i zbadane pod względem istotności. Wyszczególniono wyniki poszczególnych badań i poddano je analizie, aby zapewnić wiarygodność tego przeglądu systematycznego. Dane zostały pobrane z podanych artykułów, a bibliografia każdego z nich została przejrzana w poszukiwaniu potencjalnych istotnych informacji. Selekcja materiałów skupiała się na istotności tematycznej, wysokiej jakości metodologicznej, odpowiedniej grupie wiekowej badanych i popularności tekstu.

Aby artykuł został zakwalifikowany do przeglądu, musiał spełniać określone kryteria. Przede wszystkim dotyczyć tematyki małżeństw i/lub satysfakcji małżeńskiej i zdrowia fizycznego i/lub psychicznego i/lub samopoczucia osób w okresie późnej dorosłości. Ważne było też, aby dotyczył osób w związkach małżeńskich heteroseksualnych i osób w wieku 50 lat lub więcej (biorąc pod uwagę średnią wieku badanych osób), skupiając się na złożoności relacji starszych par. Kryteria językowe wymagały, aby artykuły były napisane w języku polskim lub angielskim, a kryteria geograficzne – aby dotyczyły w większości (przynajmniej 70%) populacji Europy lub USA, które mają podobne tło kulturowe i społeczno-polityczne. Większość zakwalifikowanych badań empirycznych została przeprowadzona w USA, kilka w Europie (m.in. w Niemczech, Holandii i Szwajcarii). Jedno badanie przeprowadzone w Kanadzie także zostało zaliczone do tego przeglądu, gdyż ponad 80% uczestników pochodziło z USA – badanie przeprowadzone przez O'Rourke (2005). Cztery teksty oparte na przeglądach literatury skupiają się na populacji Szwecji, USA, Holandii, Turcji, a artykuł Walker i Luszcz (2009) dotyczy w 80% populacji USA, dlatego został wliczony do tego przeglądu literatury. Większość uczestników badań przeanalizowanych tekstów była rasy białej (około 80%), a w kilku badaniach empirycznych informacja ta nie została sprecyzowana.

Dane do badań w wybranych pracach empirycznych zostały zebrane za pomocą kwestionariuszy lub wywiadów, a artykuły opierają się na badaniach ilościowych, co umożliwiło autorom przeprowadzenie analiz statystycznych.

Artykuły zostały wykluczone w przypadku niespełnienia kryterium istotności tematycznej oraz niespełnienia kryterium językowego i/lub geograficznego. Zostały wykluczone prace opublikowane przed rokiem 1990 oraz koncentrujące badania tylko na jednej płci. Kolejnym kryterium wykluczenia były badania nad związkami homoseksualnymi i konkubinatem. Wykluczone zostały także prace skupiające się wyłącznie na młodszych grupach wiekowych.

Zakwalifikowane artykuły zostały podzielone na trzy główne kategorie: zdrowie fizyczne, zdrowie psychiczne i samopoczucie. Część badań empirycznych przedstawionych w tym przeglądzie odnosi się do wszystkich trzech obszarów, zostały jednak przyporządkowane wyłącznie do jednej kategorii, co ma na celu zapewnienie klarowności analizy oraz umożliwienie koncentracji na danym problemie. Takie podejście ma na celu łatwiejszą interpretację wyników.

Tabela 1. Fazy wyszukiwania literatury

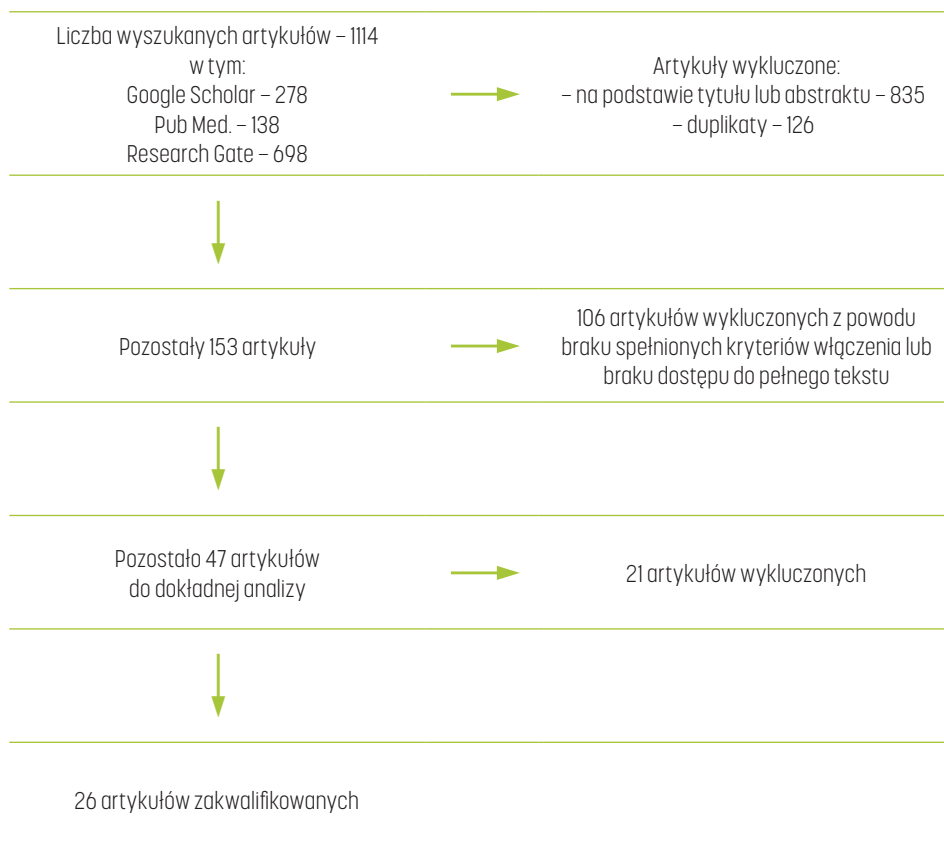


Tabela 2. Wykaz prac empirycznych zakwalifikowanych do przeglądu

Autor i rok	Tytuł	Próba	Wiek badanych	Streszczenie
Acitelli i Antonucci, 1994	<i>Gender differences in the link between marital support and satisfaction in older couples</i>	69 par	44–92 (średnia wieku 74 lata)	Badania przeprowadzone w USA. Zostało wykazane, że postrzegane wsparcie społeczne ma większe znaczenie dla satysfakcji małżeńskiej i dobrego samopoczucia żon niż mężów. Postrzegana wzajemność jest większa niż rzeczywista. Percepcja wsparcia społecznego w związku jest silniej powiązana z satysfakcją małżeńską żon niż mężów.

Autor i rok	Tytuł	Próba	Wiek badanych	Streszczenie
Bookwala, 2005	<i>The Role of Marital Quality in Physical Health During the Mature Years</i>	729	50–74 (średnia wieku 60 lat)	Badania przeprowadzone w USA. Badania pokazują, że negatywne zachowania partnera mają wpływ na zdrowie fizyczne współmałżonka. Jakość małżeńska pełni znaczącą rolę w zdrowiu fizycznym osób starszych.
Bookwala i Jacobs, 2004	<i>Age, Marital Processes, and Depressed Affect</i>	4125	trzy kohorty wiekowe: I. 20–39 lat, II. 40–59 lat, III. 60 lat i więcej	Badania przeprowadzone w USA. Najstarsza grupa wiekowa wykazała wyższą satysfakcję małżeńską w porównaniu do pozostałych grup, a satysfakcja ze związku była silnie powiązana z depresją zarówno dla najmłodszej, jak i dla najstarszej grupy wiekowej
Carr i in., 2016	<i>Marital Quality and Negative Experienced Well-Being: An Assessment of Actor and Partner Effects Among Older Married Persons</i>	722 pary	jeden partner w wieku min. 60 lat lub więcej, a drugi min. 50 lat lub więcej	Badania przeprowadzone w USA. Badania wykazują, że niezadowolenie z małżeństwa powoduje zamartwianie się, smutek i frustrację żon, a u mężów powoduje jedynie frustrację. Zdrowie partnera ma znaczenie dla współmałżonka. Subiektywna ocena jakości związku jest mocno powiązana z samopoczuciem żon i mężów. Zależność ta jest bardziej widoczna przy emocjach negatywnych w diadzie.
Carr i in., 2014	<i>Happy marriage, happy life? Marital quality and subjective well-being in later life</i>	720 par	jeden partner w wieku minimum 60 lat lub więcej, a drugi minimum 50 lat lub więcej	Badania przeprowadzone w USA. Zostało wykazane, że subiektywna ocena zdrowia partnera jest powiązana z satysfakcją życiową żon (ale nie mężów). Subiektywna ocena zdrowia żon jest powiązana z ich własną satysfakcją życiową. Powiązanie jakości małżeńskiej mężów z satysfakcją życiową jest uwarunkowane zadowoleniem żony z małżeństwa.
Choi i Ha, 2011	<i>Relationship between spouse/partner support and depressive symptoms in older adults: gender difference</i>	2924	57–85 lat (średnia wieku: K – 68 M – 67)	Badania przeprowadzone w USA. Autorzy wykazują, że wsparcie ze strony współmałżonka ma istotny wpływ na zdrowie fizyczne i samopoczucie. Niski poziom odczuwanego wsparcia ze strony partnera, w przeciwieństwie do braku wsparcia, jest powiązany ze stanami depresyjnymi tylko u kobiet. Wysoki poziom odczuwanego wsparcia ze strony partnera, w przeciwieństwie do braku wsparcia, jest powiązany z mniejszym nasileniem depresji u obu płci.

Autor i rok	Tytuł	Próba	Wiek badanych	Streszczenie
Ingersoll-Dayton i in., 1997	<i>The Effects of Positive and Negative Social Exchanges on Aging Adults</i>	718	50–95 lat (średni wiek 66 lat)	Badania przeprowadzone w USA. Wyniki badań skupiają się na wpływie społecznych wymian na samopoczucie i pokazują, że związek pomiędzy negatywnymi uczuciami i negatywnymi wymianami społecznymi jest silniejszy u osób, które doświadczyły wielu wydarzeń życiowych.
Iveniuk i in., 2014	<i>Marital Conflict in Older Couples: Positivity, Personality, and Health</i>	953 pary	średnia wieku K – 68 lat M – 72 lata	Badania przeprowadzone w USA. Wyniki badań pokazują, że własny stan zdrowia fizycznego nie ma wpływu na wzrost konfliktów w małżeństwie. Jednak słabe fizyczne zdrowie męża jest powiązane ze zwiększonym konfliktem w związku ze strony żon. Słabe zdrowie psychiczne natomiast jest skorelowane z konfliktem małżeńskim u obu płci.
Korporaal, 2013	<i>Health problems and marital satisfaction among older couples</i>	78 par	55–85 lat (średnia wieku: K – 74 lata M – 77 lat)	Badania przeprowadzone w Holandii. Wyniki pokazują, że dla żon zdrowie partnera jest powiązane z zadowoleniem z małżeństwa (ale tylko w sytuacji, gdy ich własne zdrowie jest dobre). Dla mężów ani zdrowie partnera, ani ich własne zdrowie nie ma wpływu na zadowolenie z małżeństwa.
Landis i in., 2013	<i>Dyadic coping and marital satisfaction of older spouses in long-term marriage</i>	132 pary	53–84 lata (średnia wieku 68 lat)	Badania przeprowadzone w Szwajcarii i Niemczech. Badania wykazują, że subiektywna ocena wsparcia partnerskiego jest bardziej związana z satysfakcją małżeńską niż ze wsparciem. Jak pary radzą sobie ze stresem w małżeństwie ma znaczny wpływ na odczuwaną satysfakcję ze związku.
Levenson i in., 1993	<i>Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction</i>	156 par	2 grupy: 40–50 lat i 60–70 lat	Badania przeprowadzone w USA. Badania wykazują, że osoby starsze (druga grupa badanych) wykazują się mniejszym konfliktem małżeńskim. Powiązanie satysfakcji małżeńskiej ze zdrowiem jest też większe dla kobiet. W małżeństwach nie-szczęśliwych żony raportowały więcej problemów ze zdrowiem fizycznym i psychicznym niż mężowie.

Autor i rok	Tytuł	Próba	Wiek badanych	Streszczenie
Liu i Upenie- ks, 2011	<i>Marital quality and well-being among older adults: A typology of supportive, aversive, indifferent, and ambivalent marriages</i>	1250	57–85 lat	Badania przeprowadzone w USA. Artykuł bada relację pomiędzy jakością małżeństwa a zdrowiem i samopoczuciem. Autorzy dzielą małżeństwa na 4 grupy (wspierające, awersyjne, ambiwalentne i obojętne) w celu lepszego zrozumienia ich wpływu na zdrowie i samopoczucie seniorów.
Liu i Waite, 2014	<i>Bad marriage, broken heart? Age and gender differences in the link between marital quality and cardiovascular risks among older adults</i>	1198	57–85 lat	Badania przeprowadzone w USA. Autorzy zajmują się analizą związku pomiędzy zadowoleniem z małżeństwa a ryzykiem zachorowania na choroby związane z układem sercowo-naczyniowym u osób starszych. Wyniki pokazują, że kobiety są bardziej narażone na negatywne skutki nie-szczęśliwego małżeństwa niż mężczyźni.
Margelisch i in., 2017	<i>Marital stability, satisfaction and well-being in old age: variability and continuity in long-term continuously married older persons</i>	I tura: 374 II tura: 252	średnia wieku – 74 lata dla I tury i 76 lat dla II tury	Badania przeprowadzone w Szwajcarii. Autorzy w badaniach podłużnych wykazują, że osoby z małżeństw szczęśliwych wykazują się lepszym samopoczuciem i lepszym zdrowiem. Satysfakcja małżeńska jest powiązana ze zdrowiem i samopoczuciem seniorów.
O'Rourke, 2005	<i>Personality, Cognitive Adaptation, and Marital Satisfaction as Predictors of Well-Being among Older Married Adults</i>	208	średnia wieku 64,5 roku	Badania przeprowadzone w Kanadzie, 80% uczestników pochodziło z USA. Badania wykazują, że pozytywne cechy osobowości, dobra adaptacja poznawcza i zadowolenie z małżeństwa mają duży wpływ na samopoczucie starszych par.

Autor i rok	Tytuł	Próba	Wiek badanych	Streszczenie
Penninx i in., 1999	<i>Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly.</i>	6247	65–103 (średnia wieku 72 lata)	Badania przeprowadzone w USA. Autorzy wykazują, że depresja jest powiązana z niepełnosprawnością fizyczną u seniorów, a sposób radzenia sobie ze stanami depresyjnymi jest ważny dla zdrowia fizycznego.
Pienta i in., 2000	<i>Health Consequences of Marriage for the Retirement Years</i>	9333	51–61	Badania przeprowadzone w USA. Badania wykazują, że bycie w związku małżeńskim ma pozytywne korzyści zdrowotne dla seniorów, a dobre relacje z partnerem promują lepsze wyniki zdrowia.
Sandberg i in., 2009	<i>The impact of marital conflict on health and health care utilization in older couples</i>	536 par	średni wiek: K – 62 M – 64	Badania przeprowadzone w USA. Autorzy badają wpływ jakości małżeństwa na zdrowie seniorów. Wyniki pokazują, że mężczyźni z małżeństw nieszczęśliwych częściej korzystają z opieki zdrowotnej, a kobiety ze związków szczęśliwych też korzystają w dużej mierze z opieki zdrowotnej.
Smith i in., 2009	<i>Conflict and collaboration in middle-aged and older couples: I. Age differences in agency and communion during marital interaction</i>	300 par	2 grupy: 40–50 lat (średnia wieku K – 43, M – 45) i 60–70 lat (średnia wieku: K – 62, M – 64)	Badania przeprowadzone w USA. Autorzy badają, jak wiek wpływa na relacje małżeńskie, biorąc pod uwagę zarówno konflikt, jak i współpracę partnerską. Wraz z wiekiem osoby starsze charakteryzują się innym, bardziej pozytywnym stylem współdziałania niż osoby młodsze.
Umberson i in., 2006	<i>You make me sick: Marital quality and health over the life course</i>	1049	24–96 lat (średnia wieku 50 lat)	Badania przeprowadzone w USA. Badania wykazują, że problemy małżeńskie powodują gorszą samoocenę zdrowia, a zależność ta wzrasta wraz z wiekiem.

Autor i rok	Tytuł	Próba	Wiek badanych	Streszczenie
Whisman i in., 2006	<i>Marital discord and well-being in older adults: Is the association confounded by personality?</i>	416 par	mąż w wieku 65 lat i więcej [średnia wieku: K – 67 lat M – 71 lat]	Badania przeprowadzone w USA. Autorzy wykazują, że nieporozumienia małżeńskie są powiązane ze stanami depresyjnymi oraz niższym zadowoleniem z życia.
Wong i Waite, 2015	<i>Marriage, Social Networks, and Health at Older Ages</i>	I tura: 3005 II tura: 3400	57–85 lat	Badania przeprowadzone w USA. Autorzy analizują, jak małżeństwo i kontakty społeczne wpływają na zdrowie i samopoczucie seniorów. Jakość bliskich relacji, a zwłaszcza małżeństwa, może wpływać na zdrowie i samopoczucie osób starszych.

Tabela 3. Wykaz prac opartych na przeglądzie literatury

Autor i rok	Tytuł	Streszczenie
Blazer i Hybels, 2005	<i>Origins of depression in later life</i>	Przegląd biologicznych, psychologicznych i społecznych źródeł depresji w późnym wieku. Badania wykazują, że osoby starsze są narażone na depresję o podłożu biologicznym, jednak częstość występowania jest niższa w porównaniu z osobami młodszymi. Badania dotyczą populacji Szwecji.
George, 2010	<i>Still Happy After All These Years: Research Frontiers on Subjective Well-being in Later Life</i>	Przegląd literatury w temacie subiektywnej oceny samopoczucia. Liczne badania wykazują, że subiektywna ocena zdrowia i niepełnosprawność są skorelowane z samopoczuciem osób starszych. Badania dotyczą populacji USA.
Karakose, 2022	<i>Marital Satisfaction and Depression in Older Adults: A Literature Review</i>	Przegląd literatury w temacie satysfakcji małżeńskiej i jej powiązania z depresją u seniorów. Kobiety wykazują niższe zadowolenie z małżeństw niż mężczyźni, są też bardziej narażone na depresję. Badania dotyczą populacji Turcji.
Walker i Luszczy, 2009	<i>The health and relationship dynamics of late-life couples: a systematic review of the literature</i>	Systematyczny przegląd literatury w temacie zdrowia i relacji małżeńskich starszych par. Zawiera 45 artykułów. Badania dowodzą, że istnieje powiązanie pomiędzy jakością małżeńską a zdrowiem fizycznym i szybkością powrotu do zdrowia po chorobie. Badania dotyczą głównie populacji USA (80%).

Wyniki

Starzenie się jest naturalnym procesem biologicznym i nieuniknioną częścią życia, a związek małżeński jedną z najważniejszych bliskich relacji, jakiej doświadczy większość społeczeństwa. Istnieje wiele czynników wpływających na stan zdrowia jednostki. Zadowolenie z relacji romantycznej jest jednym z nich. Natomiast nieporozumienia małżeńskie i stres z nimi związany powodują upośledzenie systemów zdrowotnych jednostki. Partnerzy raportujący wyższe zadowolenie z małżeństwa wykazują się lepszym zdrowiem i samopoczuciem (Bookwala, 2005).

Wzajemne wspieranie się z partnerem i działanie zawsze w taki sposób, aby mieć dobro rodziny na uwadze, to priorytety i fundamenty udanego związku. Ciągły konflikt w diadzie małżeńskiej ma negatywny wpływ na partnerów i przyczynia się do zwiększonego stresu (np. Bookwala i Jacobs, 2004; Blazer i Hybels, 2005; Landis i in., 2013).

Jak dowodzą badania, przewlekły stres może wpływać na zdrowie fizyczne i psychiczne, a zwłaszcza na choroby związane bezpośrednio z wiekiem, co jest szczególnie ważne, kiedy mówimy o osobach w okresie późnej dorosłości (np. Landis i in., 2013; Levenson i in., 1993; Umberson i in., 2006; Walker i Luszcz, 2009). Relacje te są także uzależnione od płci, wieku oraz wielu indywidualnych czynników, jak: cechy osobowości, doświadczenia życiowe, indywidualne podejście do zdrowia czy sytuacja rodzinna (np. O'Rourke, 2005; Whisman i in., 2006).

Według Walker i Luszcz (2009) relacje małżeńskie znacząco wpływają na zdrowie osób w późnej dorosłości. Autorzy przedstawiają systematyczny przegląd literatury w temacie zdrowia i związków seniorów. Przedstawione podsumowanie z 45 różnych prac empirycznych wykazuje, że mężczyźni i kobiety mogą w różny sposób reagować na pozytywne i negatywne sytuacje w związku i może to mieć dla obojga partnerów różne konsekwencje. Partnerzy mogą wywierać duży wpływ na wzajemne zdrowie fizyczne, psychiczne i samopoczucie (np. Carr i in., 2014; Iveniuk i in., 2014; George, 2010). Dobre małżeństwo z kolei może przyczynić się do szczęścia jednostki, a czerpana z niego satysfakcja i wsparcie mogą mieć pozytywny wpływ na te ostatnie lata życia. Należy podkreślić, iż wsparcie partnera ma dużo większy wpływ na dobrostan psychiczny jednostki, niż wsparcie otrzymywane od innych osób (Karakose, 2022). Małżeństwo szczęśliwe i satysfakcjonujące powinno przynosić pozytywne odczucia, a związek nie powinien stwarzać powodu do stresu i niepokoju. Jest to szczególnie istotne dla długoletnich związków, w których najczęściej są osoby w wieku późnej dorosłości. Pary, które wzięły ślub 30, 40, czy 50 lat temu będą miały inny obraz związków niż obecne pokolenie. Dla wielu rozwód nie był opcją i z założenia

małżeństwo trwało do końca życia. Dlatego jakość związku jest tak ważna dla tej grupy wiekowej.

Wraz z wiekiem dynamika bliskich relacji zmienia się, co wpływa na zadowolenie ze związku (Acitelli i Antonucci, 1994). Acitelli i Antonucci (1994), badając 69 starszych par, doszli do wniosku, że wsparcie otrzymywane od partnera ma duże znaczenie dla samopoczucia. Zwłaszcza u kobiet to powiązanie jest silnie widoczne. Autorzy zbadali wpływ faktycznego wsparcia z subiektywną oceną wsparcia. Wsparcie emocjonalne, wyrozumiałość i empatia ze strony partnera mogą mieć duże znaczenie dla polepszenia jakości życia seniorów. Satysfakcja i zadowolenie małżeńskie mają złożoną strukturę, a często również subiektywna ocena relacji drugiej osoby w diadzie małżeńskiej ma duży wpływ na dobrostan jednostki (Acitelli i Antonucci, 1994).

Carr i in. (2014) wyjaśniają, że gdy jeden z partnerów jest niezadowolony ze związku, jego negatywne zachowanie wobec współmałżonka może mieć negatywny wpływ na satysfakcję drugiej osoby. Autorzy zbadali 720 starszych par, aby analizować związek pomiędzy jakością małżeńską a dobrostanem seniorów. W sytuacji przeciwnej, gdy partner wspomaga współmałżonka i jest wyrozumiały, będzie to pozytywnie wpływać na samopoczucie drugiej osoby w diadzie małżeńskiej. To, jak partnerzy zachowują się w związku, wpływa na oboje i powoduje podobne reakcje zwrotne (Carr i in., 2014).

W badaniach Landis i in. (2013) zostało dowiedzione, że subiektywna ocena wsparcia partnerskiego jest powiązana z satysfakcją. Zbadano 132 starsze pary w średnim wieku 68 lat. Umiejętność rozwiązywania problemów w diadzie małżeńskiej i radzenie sobie z indywidualnymi oraz wspólnymi stresorami życia codziennego wywiera wpływ na zadowolenie jednostki ze związku. Wspólne rozwiązywanie problemów, brak krytyki oraz poczucie wsparcia w trudnym momencie życia to cecha udanego, satysfakcjonującego związku. Pozytywne zachowanie nie tylko ogranicza sytuacje stresowe, ale też zbliża partnerów i umacnia związek. Ważne jest zachowanie tendencji emocji pozytywnych, górujących w diadzie małżeńskiej nad tymi negatywnymi (Landis i in., 2013). Autorzy podkreślają, iż szczęśliwe małżeństwo może mieć pozytywny wpływ zarówno na zdrowie fizyczne, jak i psychiczne.

Zdrowie fizyczne

Tabela 4. Prace empiryczne w tematyce jakości małżeńskiej i zdrowia fizycznego seniorów

Autor	Hipotezy, główne wyniki i ograniczenia badań
Bookwala, 2005	Badanie analizuje pięć wskaźników zadowolenia z małżeństwa (poziom niezgody, pozytywne zachowanie, negatywne zachowanie, jakość relacji i komunikację małżeńską) oraz cztery wskaźniki zdrowia (symptomatologie, przewlekłe problemy zdrowotne, niepełnosprawność fizyczną i postrzegane zdrowie). Badanie wyjaśnia wpływ jakości małżeństwa na zdrowie fizyczne, uwzględniając czynniki społeczno-demograficzne oraz depresję. Wyniki badań potwierdziły zakładane hipotezy: wyższy poziom zachowań negatywnych w diadzie jest powiązany z niższą samooceną zdrowia, zwiększoną ilością objawów fizycznych oraz chorobami przewlekłymi. Ograniczenia badania: próba badawcza mogła nie być w pełni reprezentatywna, gdyż większość uczestników zgłaszała wysoką jakość małżeństwa; badania oparte na subiektywnej opinii zdrowia mogły nie być dokładne; użycie danych przekrojowych uniemożliwiło wykazanie związku przyczynowo-skutkowego.
Iveniuk i in., 2014	W artykule przedstawiono kilka hipotez w temacie powiązań osobowości, stanu zdrowia i problemów małżeńskich. Tylko niektóre zostały potwierdzone. Wyniki wskazują, że cechy osobowości (np. neurotyczność) mają wpływ na konflikt w związku. Wykazano też, że zdrowie fizyczne mężów wpływa na to, jak żony odbierają sytuacje konfliktowe w związku. Dobre zdrowie i pozytywne cechy charakteru zwiększają zadowolenie z małżeństwem. Ograniczenia badania: badania skupiają się na ogólnym stanie zdrowia, nie uwzględniając konkretnych chorób; badane pary były w wieloletnich związkach, co mogło spowodować selekcję próby ze względu na fakt, że małżeństwa konfliktowe są skłonne do rozwodów.
Landis i in., 2013	Artykuł skupia się na analizie związku radzenia sobie w małżeństwie i satysfakcji ze związku osób starszych. Wszystkie 3 hipotezy zostały potwierdzone (wsparcie w związku jest powiązane z satysfakcją małżeńską; subiektywna ocena wsparcia partnera w związku jest ważniejsza dla satysfakcji małżeńskiej, niż własne radzenie sobie; subiektywna ocena wsparcia ma silniejszy wpływ na satysfakcję, niż zgodność w postrzeganiu wsparcia). Wyniki pokazują, że jakość relacji ma wpływ na zdrowie i samopoczucie współmałżonków. Ograniczenia badania: uczestnicy badania należeli do stosunkowo zdrowej grupy z dobrym statusem ekonomicznym, co ogranicza generalizację wyników; subiektywność ocen wsparcia, oparta na osobistych odczuciach, mogła wpłynąć na wyniki badania.
Liu i Waite, 2014	3 z 4 zakładanych hipotez zostały potwierdzone. Wyniki pokazują silniejszy związek negatywnego wpływu nieszczęśliwego małżeństwa z ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego, zwłaszcza u kobiet; związek ten jest bardziej widoczny wraz z wiekiem. Jedynie ostatnia hipoteza nie została potwierdzona, gdyż nie zostało wykazane, że ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego wpływa na późniejsze zadowolenie ze związku. Ograniczenia badania: koncentracja na jednej grupie wiekowej; badanie oparte na 2 tu-rach, co mogło ograniczać wielkość próby i wpływać na reprezentatywność.

Autor	Hipotezy, główne wyniki i ograniczenia badań
Korpooral, 2013	Badania skupiają się na zdrowiu fizycznym i niepełnosprawności, które są analizowane pod względem ich wpływu na zadowolenie ze związku. Zostały postawione 2 hipotezy – problemy zdrowotne małżonka są negatywnie skorelowane z satysfakcją i jest to bardziej widoczne u żon; negatywny wpływ problemów zdrowotnych jest bardziej prawdopodobny, gdy problemy te są różne dla obu współmałżonków. Obie hipotezy zostały potwierdzone. Ograniczenia badania: mała próba badanych; użycie danych przekrojowych uniemożliwiło wykazanie związku przyczynowo-skutkowego.
Levenson i in., 1993	Autorzy podkreślają, że w tym ostatnim etapie życia małżeństwa oferują więcej emocjonalnego wsparcia, co ma wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne. Wyniki potwierdziły wszystkie hipotezy (m.in.: mniej konfliktów w małżeństwach starszych niż młodszych; korelacja zdrowia i satysfakcji małżeńskiej jest silniejsza dla kobiet; różnice płci są mniej widoczne w starszych małżeństwach). Ograniczenia badania: badania przekrojowe mogły wpływać na interpretację danych; uczestnicy tylko z długoletnich małżeństw, co ogranicza generalizację wyników.
Margelish i in., 2017	Zostało wykazane, że nieszczęśliwe małżeństwa mogą powodować pogorszenie stanu zdrowia. Przedstawione hipotezy zakładały, że małżeństwa można podzielić na szczęśliwe i nieszczęśliwe, a te szczęśliwe mogą przewidzieć dobre samopoczucie i zdrowie. Zostało wykazane, że obie grupy różnią się pod względem satysfakcji małżeńskiej, reagowania na stres i zachowań adaptacyjnych. Ograniczenia badania: tylko jeden partner brał czynny udział w badaniu, a dane były samodzielnie zgłaszane, co mogło wprowadzać subiektywność.
Pienta i in., 2000	Autorzy podkreślają, że jakość małżeństwa ma wpływ na ogólny stan zdrowia. Zakładane hipotezy zostały potwierdzone – szczęśliwe małżeństwa przyczyniają się do lepszego samopoczucia, zdrowia fizycznego i psychicznego; nieszczęśliwe małżeństwa prowadzą do pogorszenia samopoczucia i zdrowia seniorów. Zostało wykazane, że dobre relacje małżeńskie redukują stres. Ograniczenia badania: użycie danych przekrojowych, co mogło wpłynąć na interpretację wyników.
Sandberg i in., 2009	Hipotezy założone przez autorów zostały częściowo potwierdzone – mężczyźni z małżeństw nieszczęśliwych częściej korzystają z opieki zdrowotnej, natomiast kobiety z małżeństw szczęśliwych też częściej korzystają z opieki zdrowotnej. Druga hipoteza nie została w pełni potwierdzona – mimo że jakość małżeństwa ma wpływ na zdrowie seniorów nie zostało wykazane, że wpływa na partnera. Ograniczenia badania: badania przekrojowe uniemożliwiły ustalenie przyczynowości; samodzielne raportowanie zdrowia mogło wprowadzić subiektywność.
Umberson i in., 2006	Autorzy zbadali wpływ jakości małżeństwa na zdrowie fizyczne. Założone hipotezy zostały częściowo potwierdzone – niskie zadowolenie z małżeństwa jest powiązane z gorszym zdrowiem i niską satysfakcją małżeńską powoduje szybsze pogorszenie się zdrowia wraz z wiekiem. Więc osoby z małżeństw nieszczęśliwych doświadczające stresu są narażone na szybsze pogorszenie stanu zdrowia. Ograniczenia badania: próba oparta była na małżeństwach 8-letnich, co mogło prowadzić do selekcji tylko szczęśliwych par; samoocena zdrowia i zadowolenia z małżeństwa może wprowadzać subiektywność; autorzy podkreślili także ograniczenia w dostępnych miarach satysfakcji małżeńskiej.

Wpływ jakości związku na zdrowie fizyczne został wielokrotnie udowodniony przez naukowców i psychologów (np. Bookwala, 2005; Korporaal, 2013; Landis i in., 2013; Levenson i in., 1993; Margelish i in., 2017; Pienta i in., 2000; Umberson i in., 2006; Walker i Luszcz, 2009). Badania wykazują, że zdrowie fizyczne jest ściśle związane z relacjami małżeńskimi.

Według Umberson i in. (2006) seniorzy są grupą najbardziej narażoną na skutki nieszczęśliwych małżeństw. Dowody na istnienie związku pomiędzy satysfakcją małżeńską a zdrowiem pochodzą głównie z prób klinicznych i badań laboratoryjnych, a także z badań ankietowych pochodzących z badań społecznych. Badania laboratoryjne skupiają się na badaniu układu sercowo-naczyniowego i neuroendokrynologicznego i ich reaktywności. Wyniki potwierdzają, że konflikt małżeński upośledza układ odpornościowy i zwiększa reaktywność układu sercowo-naczyniowego (Umberson i in., 2006). Nieporozumienia małżeńskie są kwalifikowane jako stresory, które wywołują produkcję hormonów stresu w organizmie, tym samym powodując wzmożoną aktywność układu sercowo-naczyniowego. Autorzy wyjaśniają, że poważny problem pojawia się wtedy, gdy na taki stres jednostki są narażone codziennie. Chroniczny stresor, jakim zdecydowanie może być nieszczęśliwe małżeństwo, może bardzo niekorzystnie wpływać na zdrowie jednostki (Umberson i in., 2006).

Liu i Waite (2014) również skupiają się w swoich badaniach na wpływie negatywnych relacji małżeńskich na układ sercowo-naczyniowy i choroby z nim związane. Zależność ta jest szczególnie widoczna u kobiet w wieku 75–85 lat, gdzie każda zmiana w jakości małżeństwa na gorsze zwiększa ryzyko nadciśnienia, a także innych problemów sercowych (Liu i Waite, 2014). Z badań wynika, że szczęśliwe małżeństwo w pozytywny sposób wpływa na układ sercowo-naczyniowy, jednak ta zależność nie jest aż tak duża w porównaniu ze szkodliwym wpływem nieszczęśliwego związku.

Także według Bookwala (2005) małżeństwo znacząco wpływa na zdrowie fizyczne jednostki, zwłaszcza w drugiej połowie życia. Badania przeprowadzone na 729 osobach w średnim wieku 60 lat wykazują, że nieporozumienia małżeńskie powodują upośledzenie systemów zdrowotnych osób starszych, a jednostki charakteryzujące się wyższą satysfakcją małżeńską wykazują się lepszym zdrowiem i samopoczuciem. Wyniki wskazują, że negatywne interakcje międzypartnerskie są powiązane ze słabym zdrowiem fizycznym. Ponadto negatywne sytuacje w związku mają dużo większy wpływ na zdrowie osób starszych niż zachowania pozytywne (Bookwala, 2005).

Przewlekły stres i napięcie mogą powodować długotrwałe problemy zdrowotne. Wraz z wiekiem ta zależność wzrasta jeszcze bardziej. Jeśli niezadowolenie i kłopoty w małżeństwie mogą powodować np. wysokie ciśnienie tętnicze,

to osoby z osłabionym układem krążenia będą bardziej narażone na choroby z nim związane (Umberson i in., 2006). Autorzy dochodzą do wniosku, że seniorzy są grupą najbardziej narażoną na negatywne skutki związków. Jednostki w wieku późnej dorosłości, które doświadczyły nieszczęśliwego małżeństwa, charakteryzują się niższą samooceną własnego zdrowia niż osoby młodsze. Brak negatywnych doświadczeń w związku może znacząco wpływać na seniorów, a właśnie dla tej grupy wiekowej satysfakcjonujące małżeństwo wydaje się mieć największe znaczenie. Wraz z wiekiem negatywne sytuacje w związkach mają tendencję wzrostową, co również jest widoczne w samoocenie własnego zdrowia. Z biegiem lat samoocena zdrowia staje się coraz słabsza. Co jest też naturalnym procesem, biorąc pod uwagę podeszły wiek, który wiąże się ze spadkiem sprawności fizycznej i umysłowej (np. Umberson i in., 2006; Pienta i in., 2000).

Wyniki badań Penninx i in. (1999), które są zgodne z wynikami innych badaczy, potwierdzają, że bliskie relacje wpływają na zdrowie jednostki. Autorzy zbadali 6247 starszych osób w wieku 65 lat i więcej. Osoby starsze, które charakteryzują się silnym wsparciem bliskich, zazwyczaj cieszą się lepszym zdrowiem fizycznym. Na przykład na niepełnosprawność spowodowaną wypadkami są bardziej narażone osoby ze słabym zdrowiem psychicznym, które nie mają odpowiedniego wsparcia.

Także Pienta i in. (2000), badając 9333 starsze osoby w wieku 51–61 lat wykazali, jak zdrowie fizyczne jest powiązane z małżeństwem. Autorzy zbadali korelację małżeństwa z najczęstszymi chorobami śmiertelnymi u seniorów (nadciśnienie, rak, choroby płuc, cukrzyca, wylew i choroby serca) oraz innymi schorzeniami (reumatyzm, astma, problemy żołądkowe, problemy płuc, problemy stóp itp.). Seniorzy są grupą wiekową najbardziej narażoną na choroby i niepełnosprawność. Badania dowodzą, że osoby, które są w związku małżeńskim, mają najmniejszy odsetek zachorowań, niepełnosprawności i chorób. W swoich badaniach Pienta i in. (2000) wykazali, że osoby będące w związkach małżeńskich cieszą się dużo lepszym zdrowiem fizycznym od osób, które są samotne, kohabitujące, czy nigdy nie były w związku. Autorzy podkreślają, że pozytywny wpływ małżeństwa na stan zdrowia jest konsystentny dla wszystkich zbadanych chorób i niepełnosprawności, poza tylko jedną – problemami żołądkowymi. Należy zwrócić również uwagę na fakt, że mężczyźni w związkach wykazują się większą zachorowalnością na choroby śmiertelne i mniejszą zachorowalnością na choroby uleczalne, w porównaniu do kobiet. Mężczyźni zatem są bardziej podatni na choroby, które przyczyniają się do szybszej umieralności, natomiast żony zazwyczaj zapadają na choroby uleczalne, które jednak często prowadzą do kalectwa (Pienta i in., 2000).

Badania Levenson i in. (1993) wykazały, że wraz z wiekiem małżeństwa stają się mniej konfliktowe i bardziej satysfakcjonujące. Autorzy zbadali 156 starszych

par (dwie grupy badanych: w wieku 40–50 lat i 60–70 lat) i wykazali korelację pomiędzy satysfakcją małżeńską a zdrowiem. Po raz kolejny zostało potwierdzone, że ta korelacja jest większa u żon. W przeprowadzonych badaniach, w małżeństwach szczęśliwych oboje partnerzy wykazali się podobnym stanem zdrowia. Natomiast w małżeństwach nieszczęśliwych żony charakteryzował gorszy stan zdrowia.

Konflikty w związku mogą mieć bardzo niekorzystny wpływ na zdrowie fizyczne, a niska jakość małżeństwa może powodować pogorszenie stanu zdrowia i wolniejszą rekonwalescencję (np. Korporaal, 2013; Landis i in., 2013; Levenson i in., 1993).

Również zdrowie partnera ma wpływ na dynamikę relacji małżeńskiej. Gdy jeden z partnerów zmagą się ze słabym zdrowiem, może to wpływać na codzienne funkcjonowanie obojga (np. Carr i in., 2014; Iveniuk i in., 2014). Zdrowie i samopoczucie partnera oddziałuje w wieloaspektowy sposób na relację w diadzie. Korporaal i in. (2013) przeprowadzili badania skupiające się na dwustronnych relacjach małżeńskich w okresie późnej dorosłości, kiedy oboje partnerzy wymagają opieki i oboje opiekują się sobą nawzajem. W tym okresie życia relacja opiekun–pacjent zaciera się i obie strony stają się w pewnym stopniu opiekunami (Korporaal i in., 2013). Autorzy zbadali, jak problemy ze zdrowiem mogą wpływać na satysfakcję małżeńską. Wpływ własnego zdrowia i zdrowia partnera na subiektywną ocenę satysfakcji małżeńskiej może być skomplikowany i wieloaspektowy. Problemy ze zdrowiem partnera są zazwyczaj powiązane z niższą satysfakcją ze związku. Korporaal i in. (2013), badając 78 starszych par (w średnim wieku K – 68, M – 72 lata), wykazali, że problemy zdrowotne partnera miały wpływ na satysfakcję ze związku dla żon (ale tylko, gdy stan zdrowia żon był w miarę dobry), a u mężów korelacja ta nie miała miejsca. Tematykę tę poruszają również Carr i in. (2014). W badaniach 720 par wykazano, że subiektywna ocena zdrowia partnera jest skorelowana z satysfakcją życiową żon, ale nie mężów. Autorzy zaznaczają także, iż prosta ocena wpływu zdrowia partnera na jednostkę nie odzwierciedla złożoności relacji samopoczucia z zadowoleniem małżeńskim. Starsze pary, często zmagające się z problemami zdrowotnymi, mogą w różny sposób radzić sobie z komunikacją i wsparciem w związku (Carr i in., 2014).

Niektóre badania wykazują również różnice płci w tej kwestii. Iveniuk i in. (2014) zbadali konflikty małżeńskie 953 starszych par (w średnim wieku K – 68, M – 72 lata), analizując osobowość, pozytywne nastawienie oraz zdrowie. Ocena własnego słabego zdrowia fizycznego nie wykazała korelacji z konfliktem małżeńskim. Natomiast badania wykazały, że w parach, gdzie mąż charakteryzował się słabym zdrowiem fizycznym, żony wykazywały wyższy konflikt. Ale w drugą stronę tej relacji już nie było. Zdrowie fizyczne męża jest ważne dla żon, ale dla

mężów zdrowie fizyczne ich partnerek nie ma aż tak dużego znaczenia (Iveniuk i in., 2014). Z kolei patrząc na zdrowie psychiczne, autorzy badający konflikty małżeńskie seniorów wykazali, że ocena własnego słabego zdrowia wykazała korelację z konfliktem małżeńskim u obu płci. Natomiast w drugą stronę tej relacji już nie było. Stan własnego zdrowia psychicznego jest zatem bardzo ważny dla obu partnerów (Iveniuk i in., 2014). Natomiast stan zdrowia psychicznego partnera nie wykazał większego znaczenia w przeprowadzonym badaniu.

Własny stan zdrowia oraz stan zdrowia partnera mogą mieć wpływ na zadowolenie z małżeństwa. Problemy zdrowotne seniorów mogą prowadzić do stresujących sytuacji, tym samym wpływając na dynamikę relacji mąż–żona i wpływając negatywnie na samopoczucie obojga małżonków (np. Carr i in., 2014; Korporaal i in., 2013).

Według Sandberg i in. (2009) jakość małżeńska wpływa na zdrowie jednostki, a także na częstotliwość korzystania z opieki zdrowotnej. Autorzy wnioskuje, że konflikty małżeńskie są powiązane ze zdrowiem i wpływają na choroby sercowo-naczyniowe. Badania te są zgodne z wynikami innych badaczy (np. Liu i Waite, 2014; Umberson i in., 2006).

Zadowolenie z małżeństwa jest zatem istotnym czynnikiem, mającym wpływ na zdrowie fizyczne osób w okresie późnej dorosłości. Biorąc pod uwagę wyniki badań, można wywnioskować, iż dobre relacje w diadzie małżeńskiej mogą przyczynić się do lepszego funkcjonowania. Jakość relacji jest kluczowym elementem, decydującym o wpływie na stan zdrowia. Jest to szczególnie ważne u kobiet, które często nie otrzymują odpowiedniego wsparcia od partnera (Karakose, 2022).

Zdrowie psychiczne

Tabela 5. Prace empiryczne w tematyce jakości małżeńskiej i zdrowia psychicznego seniorów

Autor	Hipotezy, główne wyniki i ograniczenia badań
Bookwala i Jacobs, 2004	Hipotezy badania zakładają, że konflikty małżeńskie mają bezpośredni wpływ na stany depresyjne oraz pośredni wpływ poprzez zadowolenie z małżeństwa (co jest też uwarunkowane wiekiem). Założenia te zostały potwierdzone dla 2 grup wiekowych (najmłodszej i najstarszej). Autorzy nawiązują do teorii selektywności społeczno-emocjonalnej, potwierdzając, że wraz z wiekiem jednostki przywiązują większą wagę do pozytywnych aspektów relacji i regulacji emocjonalnej. Ograniczenia badania: koncentracja tylko na indywidualnych ocenach jakości małżeństwa; nieszczęśliwe małżeństwa mogły zostać zakończone wcześniej, co utrudnia generalizację wyników.

Autor	Hipotezy, główne wyniki i ograniczenia badań
Carr i in., 2014	Badania wykazują, że zadowolenie z małżeństwa jest skorelowane z ogólnym zadowoleniem z życia, zdrowiem psychicznym oraz szczęściem dla obu płci. Natomiast zadowolenie małżonka z małżeństwa w badaniach nie wykazało korelacji z samopoczuciem jednostki. Założone hipotezy zostały potwierdzone. Ograniczenia badania: badanie przekrojowe uniemożliwia ustalenie przyczynowości; badania nie uwzględniały cech osobowości mogących wpływać na jakość małżeństwa i samopoczucie.
Choi i Ha, 2011	Hipotezy badania zakładały, iż niski poziom wsparcia partnerskiego jest powiązany z objawami depresyjnymi u kobiet, natomiast wysoka ocena wsparcia partnerskiego jest powiązana z niższym poziomem objawów depresyjnych u obu płci. Obie hipotezy zostały potwierdzone w badaniach. Ograniczenia badania: badanie przekrojowe, które uniemożliwia ustalenie przyczynowości; użycie skróconych wersji skal wsparcia.
Liu i Upenieks, 2011	Hipotezy badania zakładały, że małżeństwa awersyjne i obojętne będą się charakteryzować gorszym zdrowiem i samopoczuciem w porównaniu do związków wspierających oraz że osoby w związkach ambiwalentnych będą się charakteryzować gorszym zdrowiem i samopoczuciem w porównaniu z małżeństwami wspierającymi i awersyjnymi. Pierwsza hipoteza została potwierdzona, a druga nie, ponieważ nie zostało wykazane, że osoby w związkach ambiwalentnych nie zgłaszały gorszego samopoczucia w porównaniu do wspierających. Zostało natomiast wykazane, że typ związku ma wpływ na zdrowie i samopoczucie. Ograniczenia badania: analiza skupiała się na parach pozostających w tym samym małżeństwie między turami, co mogło spowodować selekcję próby; skale użyte do pomiaru wsparcia miały niską niezawodność, co też mogło wpłynąć na dokładność wyników.
Penninx i in., 1999	Autorzy w pracy przedstawili hipotezy dotyczące wpływu depresji na niepełnosprawność fizyczną (depresja zwiększa ryzyko niepełnosprawności i problemów z mobilnością). Hipotezy zostały potwierdzone i zostało też wykazane, że osoby z depresją są bardziej narażone na niepełnosprawność. Według autorów depresja może prowadzić do izolacji społecznej i może mieć negatywny wpływ na zadowolenie ze związku. Ograniczenia badania: czas badania (6 lat), co mogło być niewystarczające do ukazania wpływu skutków depresji na niepełnosprawność; ocena chorób opierała się na samodzielnym raportowaniu, co mogło wpłynąć na dokładność wyników.

Wpływ jakości małżeństwa na zdrowie psychiczne osób w okresie późnej dorosłości jest wielowymiarowy. Szczęśliwe małżeństwo zapewnia wsparcie emocjonalne, stabilność, przyczynia się do dobrego samopoczucia i działa ochronnie na zaburzenia depresyjne (np. Bookwala i Jacobs, 2004; Carr i in., 2016; Choi i Ha, 2011; Iveniuk i in., 2014; Landis i in., 2013; Levenson i in., 1993). A właśnie depresji jest poświęcona szczególna uwaga w okresie późnej dorosłości i badania wykazują zbliżone wyniki, jak niezadowolenie małżeńskie i stres w związku mogą prowadzić do powstania i rozwinięcia tej choroby (np. Penninx i in., 1999; Whisman i in., 2006).

W poszukiwaniu związku między małżeństwem a zdrowiem psychicznym Bookwala i Jacobs (2004) zbadali ponad 4000 osób, w tym trzy kohorty wiekowe: osoby w okresie wczesnej dorosłości (20–39 lat), dorosłości wieku średniego (40–59 lat) oraz późnej dorosłości (60 lat i starsze), w celu stwierdzenia relacji procesu małżeńskiego ze stanami depresyjnymi. W badaniach tych wykazano, że satysfakcja małżeńska seniorów jest silnym predyktorem stanów depresyjnych w porównaniu z osobami młodszymi. Autorzy podkreślają złożoność relacji małżeńskich i zwracają uwagę na fakt, że osoby w wieku późnej dorosłości przywiązują większą wagę do emocjonalnego zaangażowania. Autorzy postulują, że seniorzy wykazują się większą satysfakcją małżeńską od osób młodszych, opierając się na teorii selektywności. Wraz z wiekiem zmienia się podejście do bliskich relacji i ich jakość zaczyna przeważać nad ilością, a te, które nie są emocjonalnie interesujące, są wypierane z codziennego życia. Innymi słowy, osoby w wieku późnej dorosłości interesują tylko takie relacje, które w ich ocenie są wspierające. W związkach romantycznych seniorzy charakteryzują się tendencją nieprzywiązania zbytnej wagi do nieporozumień i w ten sposób czasem satysfakcja może samoistnie wzrastać (Bookwala i Jacobs, 2004). Jakość małżeństwa ma więc znaczenie dla zdrowia psychicznego seniorów.

Słabe zdrowie fizyczne powoduje, że osoby w tym okresie życia stają się bardziej podatne na zaburzenia depresyjne. Stan zdrowia fizycznego i psychicznego wzajemnie na siebie oddziałują, dlatego należy zwracać uwagę na oba jednakowo. Niska satysfakcja małżeńska zdecydowanie może przyczynić się do rozwoju depresji (Karakose, 2022). Autor przedstawia przegląd literatury w temacie satysfakcji małżeńskiej i jej powiązania z depresją u seniorów. Analiza wykazuje, że kobiety charakteryzują się niższym zadowoleniem z małżeństwa od mężczyzn i są też bardziej narażone na depresję.

Pośród wszystkich grup wiekowych korelacja zadowolenia z małżeństwa i stanów depresyjnych jest największa u seniorów, głównie kobiet. Żony wykazujące słabe zadowolenie ze związków, charakteryzuje większy stopień depresji od mężów. Mimo że obie płci w okresie późnej dorosłości są szczególnie podatne na depresję, to kobiety wydają się bardziej narażone, a intensywność tego związku jest często uzależniona od wieku (Umberson i in., 2006). Umberson i in. (2006) dociekają heterogenicznej trajektorii zdrowia na przestrzeni czasu oraz badają powiązanie z satysfakcją małżeńską. Ciąg badań, które trwały 8 lat, wyłonił dowody, że pozytywne doznania w związku małżeńskim malały w ciągu tego okresu, a negatywne wzrastały. Przy porównaniu osób młodszych i starszych (30, 50 i 70 lat), wykazane zostało, że negatywne doświadczenia w związku są bardziej skorelowane ze zdrowiem osób starszych niż młodszych.

Również Blazer i Hybels (2005) dociekają przyczyn depresji u osób w okresie późnej dorosłości. Autorzy przeanalizowali biologiczne, psychologiczne i społeczne przyczyny powstawania depresji i w swoich badaniach nawiązują do chronicznego stresu, który wpływa w znaczący sposób na stan psychiczny jednostki. Bliskie relacje, które są przyczyną stresu i nie oferują poczucia wsparcia partnerskiego, mogą podwyższać szanse zachorowania na depresję u seniorów. Badania wykazują, że osoby starsze są narażone na depresję o podłożu biologicznym, jednak częstość występowania jest niższa w porównaniu z osobami młodszymi (Blazer i Hybels, 2005).

Liczne badania dowodzą, że zdrowie psychiczne jest skorelowane z jakością małżeńską, a małżeństwa nieszczęśliwe mogą być przyczyną depresji u seniorów (np. Bookwala i Jacobs, 2004; Carr i in., 2016; Choi i Ha, 2011; Iveniuk i in., 2014; Landis i in., 2013; Levenson i in., 1993; Penninx i in., 1999; Whisman i in., 2006).

Choi i Ha (2011) przeprowadzili ciekawe badania nad relacją wsparcia partnerskiego z depresją, biorąc pod uwagę płeć. Autorzy zbadali 2924 osoby w wieku 57–85 lat. Wyniki wskazują, że mężczyźni w inny sposób odbierają wsparcie partnerskie niż kobiety, i – co jest z tym związane – konsekwencje dla ich zdrowia psychicznego będą inne. Kobiety wydają się bardziej narażone na słabe wsparcie partnera. Jednak otrzymywanie wsparcia jest korzystne dla obu płci (Choi i Ha, 2011). Kobiety mają tendencję do bycia bardziej niezadowolonymi, jeśli związek nie jest wystarczająco satysfakcjonujący. Natomiast niska samoocena związku może według autorów przyczynić się do depresji. Ale należy pamiętać, że depresja może pojawić się też w szczęśliwym związku i to właśnie choroba może spowodować jego pogorszenie i osłabienie wsparcia partnerskiego.

Małżeństwo ma wpływ na zdrowie psychiczne jednostki. Osoby z małżeństw szczęśliwych raportują wyższy poziom szczęścia i niższy poziom depresji (Liu i Upenieks, 2011). Autorzy wykazali, że nie tylko status małżeństwa wpływa na zdrowie psychiczne i samopoczucie, ale także jakość związku. Aby lepiej zrozumieć wpływ pozytywnych i negatywnych relacji międzypartnerskich na zdrowie, Liu i Upenieks (2011) utworzyli typologię małżeństw (wspierające, ambiwalentne, awersyjne i obojętne). Wyniki pokazały, że osoby w związkach awersyjnych raportowały gorsze samopoczucie.

Jak zostało przedstawione w wielu badaniach opisanych powyżej, jakość związku małżeńskiego może wpływać na zdrowie psychiczne seniorów. Pozytywne i negatywne sytuacje w diadzie mogą wpływać na stan emocjonalny, poczucie bezpieczeństwa i samopoczucie współmałżonków.

Samopoczucie

Tabela 6. Prace empiryczne w tematyce jakości małżeńskiej i samopoczucia seniorów

Autor	Hipotezy, główne wyniki i ograniczenia badań
Carr i in., 2016	Według autorów jakość małżeństwa ma wpływ na zdrowie emocjonalne. Autorzy w artykule wykorzystują modele współzależności międzypartnerskiej do analizy, w jaki sposób ocena satysfakcji małżeńskiej obu osób w diadzie wpływa na ich dobre samopoczucie. Wykazano, że problemy w małżeństwie mogą prowadzić do większej frustracji i smutku. Ograniczenia badania: badania przekrojowe, uniemożliwiające ustalenie przyczynowości; brak uwzględnienia cech osobowości.
Ingersoll-Dayton i in., 1997	W artykule zostały przedstawione hipotezy dotyczące wpływu pozytywnych i negatywnych interakcji społecznych na samopoczucie. Zostały one częściowo potwierdzone – wykazano, że negatywne wymiany społeczne mają silniejszy wpływ na osoby z dużą pulą doświadczeń życiowych. Ograniczenia badania: badanie oparte na 5-letnim okresie, co mogło wpłynąć na wyniki (długi okres nie wykazuje natychmiastowych reakcji po wydarzeniu); zastosowano różne miary wymian społecznych.
O'Rourke, 2005	Według autora istnieje silny związek między jakością małżeńską a samopoczuciem i zdrowiem seniorów. Badania potwierdziły hipotezy w temacie wpływu adaptacji poznawczej i satysfakcji małżeńskiej na samopoczucie. Natomiast hipoteza dotycząca bezpośredniego wpływu charakteru nie została potwierdzona. Osobowość wykazała jedynie pośredni wpływ na satysfakcję małżeńską oraz samopoczucie. Ograniczenia badania: badanie przeprowadzone przez Internet, dlatego nie można mieć pewności, czy wszyscy uczestnicy spełnili kryteria włączenia; uczestnicy sami zgłosili się do badania, co mogło spowodować selekcję próby.
Acitelli i Antonucci, 1994	Zostało wykazane, że problemy zdrowotne wpływają na samopoczucie osób starszych. Jakość otrzymywanego wsparcia jest powiązana ze zdrowiem psychicznym. Wyniki potwierdzają 2 z 3 hipotez (subiektywna ocena wsparcia jest bardziej powiązana z dobrostanem żon; subiektywna ocena wzajemnego wsparcia jest większa niż rzeczywista). Natomiast jedna hipoteza nie została potwierdzona, gdyż związek pomiędzy samopoczuciem a wzajemnym wsparciem był silniejszy dla mężów niż dla żon. Ograniczenia badania: nie można było określić przyczynowości, co może oznaczać, że zadowolone żony mogły raportować, że otrzymują więcej wsparcia od partnera niż te niezadowolone.
Smith i in., 2009	Autorzy wykazali, że relacje małżeńskie wpływają na zdrowie i samopoczucie. Główne hipotezy badania zakładały, że seniorzy będą zgłaszać więcej pozytywnych niż negatywnych opinii o partnerze podczas konfliktu oraz że osoby starsze będą wykazywać mniej kontroli niż osoby młodsze. Hipotezy zostały potwierdzone tylko częściowo – seniorzy rzeczywiście raportowali mniej złości, ale różnice w zachowaniu nie były widoczne. Ograniczenia badania: badania przekrojowe uniemożliwiły powiązanie różnic wiekowych z procesem starzenia, a różnice te mogą też być związane z długością małżeństwa, co mogło doprowadzić do błędnych wyników; samodzielne raportowanie mogło wprowadzić subiektywność w ocenach.

Autor	Hipotezy, główne wyniki i ograniczenia badań
Whisman i in., 2006	Badania wykazały, że większy konflikt w małżeństwie jest powiązany ze stanami depresyjnymi oraz niższą satysfakcją życiową, a także niższą samooceną. Następujące hipotezy zostały potwierdzone: konflikt małżeński jest związany z gorszym samopoczuciem (w tym z depresją, niską samooceną i niską satysfakcją życiową); związek pomiędzy konfliktem małżeńskim a samopoczuciem jest ważny przy uwzględnieniu modelu cech osobowości wielkiej piątki. Ograniczenia badania: charakter przekrojowy badania uniemożliwił wykazanie przyczynowości.
Wong i Waite, 2015	Wszystkie hipotezy zostały potwierdzone: jakość relacji społecznych ma wpływ na zdrowie psychiczne, fizyczne i samopoczucie; małżeństwo ma pozytywny wpływ na zdrowie, a utrata partnera negatywny; pozytywny wpływ małżeństwa na zdrowie jest zauważalny zwłaszcza u mężczyzn; zdrowie jednostki wpływa na jakość relacji społecznych; osoby zdrowsze charakteryzują się większą liczbą kontaktów społecznych. Ograniczenia badania: samodzielne zgłaszanie uczestników mogło spowodować selekcję próby.

Satysfakcja z małżeństwa pełni ważną rolę w subiektywnej ocenie samopoczucia. Osoby, które czują się spełnione w małżeństwie, zazwyczaj charakteryzuje wyższa satysfakcja życiowa i lepsza stabilność emocjonalna (np. Carr i in., 2016; Ingersoll-Dayton i in., 1997; Margelish i in., 2017; O'Rourke, 2005; George, 2010).

O'Rourke (2005) udowodnił, że wysoka satysfakcja małżeńska pozwala przewidzieć dobrostan seniorów, biorąc pod uwagę osobowość (choć tutaj badania wykazały tylko pośredni jej wpływ na satysfakcję) oraz adaptacyjne funkcjonowanie poznawcze. Autor zbadał 208 osób w średnim wieku 64,5 lat, gdzie średnio stan małżeński wynosił 38,6 lat. Satysfakcja ze związku, na co wskazują wyniki, wydaje się pełnić ważną rolę w dobrostanie jednostki i definitywnie nie jest tylko obiektywną oceną relacji. Zadowolenie z małżeństwa wydaje się w znacznym stopniu zależne od relacji interpersonalnych, co wpływa na samopoczucie seniorów. Długotrwałe szczęśliwe związki mają działanie ochronne przed stresem (O'Rourke, 2005).

Badania skupiające się na powiązaniu jakości małżeńskiej z samooceną samopoczucia przeprowadzili między innymi Carr i in. (2016). Autorzy wykazali, że jest ona podobna dla kobiet i mężczyzn. Można zatem wnioskować, iż dynamika wsparcia partnerskiego i subiektywnej oceny satysfakcji oraz zadowolenia ze związku może znacznie regulować samopoczucie obojga partnerów.

Również Carr i in. (2014) w swoich badaniach wykazują istotną rolę jakości małżeństwa w życiu osób w późnej dorosłości oraz jej wpływ na dobrostan jednostki. Autorzy badają korelację satysfakcji małżeńskiej z ogólną satysfakcją życiową i samopoczuciem starszych par. Satysfakcja małżeńska według autorów

jest bardzo istotnym czynnikiem, mającym wpływ na ogólny subiektywny poziom szczęścia jednostki. Bliskie relacje mają tendencję zmniejszania się wraz z wiekiem. Tym samym relacja mąż–żona często staje się bardzo istotna w tym ostatnim etapie życia, gdyż jest jedną z niewielu pozostałych (Carr i in., 2014). Wyniki wykazują również, że samoocena zdrowia mężów jest często uzależniona od zadowolenia żon z małżeństwa. Natomiast samoocena zdrowia żon jest powiązana z ich własną życiową satysfakcją.

Carr i in. (2016) skupili się na badaniu jakości starszych małżeństw z 3 aspektami samopoczucia (frustracji, smutku oraz zamartwiania się). Zbadali 722 starsze pary (jeden partner przynajmniej w wieku 60 lat, a drugi w wieku przynajmniej 50 lat) i wykazali, że gdy porównamy wpływ pozytywnych i negatywnych sytuacji w związku małżeńskim, te negatywne będą mieć dużo poważniejsze konsekwencje. W badaniach autorzy dochodzą także do wniosku, że samoocena jakości małżeńskiej jest mocno skorelowana z negatywnymi aspektami własnego samopoczucia. Sytuacja ta jest taka sama dla kobiet i dla mężczyzn. Negatywne sytuacje w związku wpływają na jego trwałość i jakość dużo dogłębniej niż pozytywne sytuacje. A subiektywna ocena samopoczucia seniorów wpływa w szczególny sposób na bliskie relacje (George, 2010).

Do podobnego wniosku dochodzą Margelish i in. (2017) i w badaniach wykazują, że starsze pary z małżeństw szczęśliwych charakteryzują się lepszym zdrowiem i samopoczuciem od małżeństw nieszczęśliwych. Pozytywna samoocena zdrowia i samopoczucia powoduje lepsze zaangażowanie społeczne, lepsze radzenie sobie z trudnościami i konfliktami, a także dodaje motywacji w codziennych działaniach. Natomiast negatywne postrzeganie własnego zdrowia i samopoczucia może prowadzić do izolacji społecznej i obniżenia jakości życia (Margelish i in., 2017). Margelish i in. (2017) przebadali małżeństwa w wieku 60 do 89 lat (374 osoby w pierwszej turze, 252 w drugiej), ze stażem małżeńskim wynoszącym przynajmniej 40 lat. Spośród objętych badaniem seniorów zostały wyłonione dwie grupy – małżeństwa szczęśliwe i nieszczęśliwe. Te z grupy szczęśliwych charakteryzował lepszy stan zdrowia niż z grupy małżeństw nieszczęśliwych. Autorzy wywnioskowali, że wraz z upływem czasu u osób w okresie późnej dorosłości satysfakcja małżeńska jest skorelowana z dobrostanem par. Warto wspomnieć, iż wyniki wskazują także, że jakość małżeńska może polepszyć się wraz z edukacją jednostek dotyczącą efektywnej komunikacji, czy wraz z poprawą interakcji międzypartnerskiej (Margelish i in., 2017).

Ingersoll-Dayton i in. (1997) również zajęli się badaniem samopoczucia osób starszych, konkretnie w kontekście pozytywnych i negatywnych wymian społecznych. Zbadali 718 osób w wieku 50–95 lat. Zostało wykazane, że wymiany nacechowane negatywnie miały wpływ na negatywne uczucia badanych,

co było szczególnie widoczne u osób z dużą pulą sytuacji stresujących w życiu. Natomiast pozytywnie nacechowane wymiany bardziej powiązane były z osobami, które nie doświadczyły aż tylu nieprzyjemnych sytuacji w życiu.

Także Whisman i in. (2006), badając 416 starszych par (średnia wieku K – 67 lat, M – 71 lat), wykazali powiązanie stresu małżeńskiego z samopoczuciem. Wykazali, że im bardziej kłopotliwe małżeństwo, tym większa szansa na zachorowanie na depresję, niższa satysfakcja życiowa i niższa samoocena. Wyniki były podobne dla obu płci, potwierdzając inne badania – że nieszczęśliwe małżeństwo ma negatywny wpływ na zdrowie i samopoczucie obojga partnerów (np. Carr i in., 2016; Ingersoll-Dayton i in., 1997; O'Rourke, 2005).

Kolejne badania w temacie przeprowadzone przez Acitelli i Antonucci (1994) analizowały dynamikę wsparcia społecznego w starszych małżeństwach. Autorzy zbadali różnice płci, badając satysfakcję małżeńską i dobrostan seniorów. Z badań zostało wyłonione, iż subiektywne wsparcie międzypartnerskie było mocniej skorelowane z samopoczuciem żon niż mężów. Kobiety wydają się bardziej niż mężczyźni czerpać korzyści z zachowań wspierających w związku. Mężowie natomiast często czerpią korzyści ze źródeł wsparcia spoza diady małżeńskiej (Acitelli i Antonucci, 1994).

Smith i in. (2009) w swych badaniach porównali 300 starszych par małżeńskich w dwóch grupach wiekowych (40–50 lat i 60–70 lat). Wyniki wykazały, że seniorzy charakteryzują się większą satysfakcją małżeńską oraz mniejszą ilością odczuwanej złości wobec partnera niż młodsze pary. Małżeństwa szczęśliwe cechuje również wyższa ocena serdeczności i niższa ocena wrogości ze strony partnera. Pary w okresie późnej dorosłości charakteryzuje mniej negatywnych emocji względem siebie, a więcej pozytywnych (Smith i in., 2009).

Wiele przeprowadzonych badań nad relacją związków i samopoczucia wykazuje podobne wyniki, zwłaszcza gdy weźmiemy pod uwagę negatywny aspekt nieszczęśliwego małżeństwa i stresu z nim związanego. Według Wong i Waite (2015) jakość i dynamika bliskich relacji wpływa na samopoczucie w późniejszym życiu. Autorzy zbadali ponad 3000 osób, koncentrując się na wpływie relacji społecznych na zdrowie oraz roli małżeństwa w zdrowiu i samopoczuciu seniorów. Badania ukazały interakcję bliskich relacji i zdrowia, a także potwierdziły ich dynamikę i zmienność w czasie (Wong i Waite, 2015).

Dobre samopoczucie jest niezwykle ważne zwłaszcza w ostatnim etapie życia. Na stan zdrowia psychicznego seniorów może wpływać wiele elementów i, jak wykazują powyższe badania, jakość związku małżeńskiego może być jednym z nich. Relacje małżeńskie mają złożoną strukturę i są zależne od wieku, a proces starzenia wiąże się z licznymi zmianami w wielu aspektach procesów społecznych i relacji partnerskich.

Dyskusja i wnioski

Średnia długość życia w Polsce wydłuża się i mamy do czynienia z dość dynamicznym wzrostem liczby seniorów w społeczeństwie. Tendencja ta powinna w jeszcze większym stopniu skłaniać do realizowania większej liczby badań empirycznych na tej grupie wiekowej. Niestety, wciąż przeważająca większość badań dotyczy osób młodszych, dlatego ten najstarszy próg wiekowy wymaga pogłębienia badań empirycznych. Małżeństwo jest jedną z najważniejszych bliskich relacji, mającą fundamentalny wpływ na zdrowie seniorów, którzy są w tej najniekorzystniejszej grupie wiekowej. Przejście na emeryturę, lęk przed samotnością, pogarszające się zdrowie czy śmierć osób z bliskiego otoczenia to tylko niektóre z sytuacji, które wywierają piętno na samopoczuciu osób w okresie późnej dorosłości. W tak trudnym okresie życia szczęśliwy związek może pełnić rolę ochronną.

Badania wykazują, że wyższa jakość i satysfakcja małżeńska będzie powiązana z lepszym zdrowiem psychicznym, fizycznym i samopoczuciem (np. Levenson i in., 1993; Margelish i in., 2017; Pienta i in., 2000). Odpowiednie wsparcie otrzymywane od partnera wspomaga nie tylko emocjonalnie, ale też fizycznie. Szczęśliwe małżeństwo benefituje partnerów zwłaszcza w tej najstarszej grupie wiekowej. Jest to głównie widoczne u kobiet, dla których jakość małżeńska ma większe znaczenie niż dla mężczyzn. Szczęśliwe małżeństwo oferuje zaufanie i bezpieczeństwo emocjonalne, które może w znacznym stopniu poprawić jakość życia seniorów. Zachowanie partnerów często podlega zasadzie akcja–reakcja. Dlatego ważne jest dążenie do odpowiedniej komunikacji międzypartnerskiej i budowania relacji, gdzie oboje partnerzy czują się zrozumiani i wspierani.

Grupą najbardziej narażoną na negatywny wpływ małżeństwa są seniorzy, gdyż system odpornościowy organizmu osłabia się wraz z wiekiem, a co jest z tym powiązane – jednostki takie są bardziej podatne na zachorowania. Udałe małżeństwo ma bezpośredni związek ze zdrowiem fizycznym osób w okresie późnej dorosłości. Ograniczając sytuacje stresujące w życiu, można zapobiec chorobom bezpośrednio powiązanim ze stresem. Natomiast nieszczęśliwe małżeństwo z biegiem lat staje się przewlekłym stresorem, wpływającym na zdrowie fizyczne jednostki. Układ odpornościowy, pokarmowy, a także sercowo-naczyniowy są najbardziej podatne na negatywne skutki przewlekłego stresu. Osoby zestresowane mogą częściej chorować i dłużej się rehabilitować.

Małżeństwo nieszczęśliwe przyczynia się do zwiększonego stresu, który powoduje nasilenie się chorób bezpośrednio z nim związanych. Jest to widoczne zwłaszcza u kobiet – widoczna jest silna korelacja pomiędzy zadowoleniem z małżeństwa a stanami depresyjnymi. Małżeństwa nieszczęśliwe prowadzą do

zwiększonego ryzyka depresji, choć należy zaznaczyć, że osoby, które charakteryzują się słabym zdrowiem psychicznym, prowokują sytuacje stresujące w związku, co z kolei prowadzi do niskiej satysfakcji małżeńskiej. Satysfakcjonujące małżeństwa natomiast redukują osamotnienie i wspierają w radzeniu sobie z depresją, dostarczają poczucia sensu życia, co jest bardzo ważne dla zdrowia psychicznego.

Małżeństwa szczęśliwe i umiejące się porozumieć oraz współżyć bez niepotrzebnych konfliktów nie będą narażone na emocjonalny dyskomfort nieszczęśliwego związku. Małżeństwa bezkonfliktowe mogą znacznie poprawiać jakość samopoczucia. Satysfakcjonujący związek przyczynia się do lepszej subiektywnej oceny samopoczucia obojga partnerów, a dynamika relacji w diadzie małżeńskiej wpływa w znacznym stopniu na samopoczucie zarówno żon, jak i mężów.

Różnice płci wydają się pełnić ważną i zmienną rolę w powiązaniu satysfakcji małżeńskiej ze zdrowiem seniorów. Kobiety i mężczyźni różnią się pod wieloma aspektami, przyjmują różne role w społeczeństwie i małżeństwie, mają odmienne style komunikacji i różnorodne potrzeby emocjonalne. Te różnice będą wywierać wpływ na odbiór relacji w diadzie oraz na to, jak partnerzy radzą sobie ze stresem i trudnościami w małżeństwie. W rezultacie wpływ jakości związku będzie mieć inny wymiar na zdrowie i samopoczucie żon i mężów.

Zmiany społeczne, emocjonalne i psychologiczne związane z podeszłym wiekiem mogą wpływać na zdolność radzenia sobie ze stresorami. Przewlekły stresor, jakim mogą być konflikty małżeńskie, ma dużo bardziej niekorzystne konsekwencje dla partnerów w okresie późnej dorosłości, niż w jakiegokolwiek innej grupie wiekowej. Osoby w wieku późnej dorosłości są najbardziej narażone na negatywne skutki stresu małżeńskiego i wraz z procesem starzenia się coraz gorzej radzą sobie z jego eliminacją.

Przeprowadzone do tej pory badania sugerują, że istnieje związek pomiędzy satysfakcją małżeńską w okresie późnej dorosłości a zdrowiem fizycznym, psychicznym i samopoczuciem. Małżeństwa udane i szczęśliwe mogą pozytywnie wpływać na seniorów. Natomiast te charakteryzujące się niską satysfakcją ze związku mogą przyczyniać się do pogorszenia zdrowia fizycznego i psychicznego partnerów, a także pogorszenia samopoczucia. Dlatego bardzo istotne jest, aby pogłębiać wiedzę na temat relacji w okresie późnej dorosłości oraz ich wpływu na zdrowie i dobrostan. Pomoże to w lepszym wsparciu seniorów i w poprawie jakości ich życia.

Podsumowując, przeprowadzony systematyczny przegląd literatury analizuje powiązania przedstawione w literaturze naukowej pomiędzy zadowoleniem z małżeństwa a zdrowiem fizycznym, psychicznym oraz samopoczuciem osób w okresie późnej dorosłości. Jak wskazuje przestudiowana literatura, małżeństwo i jego jakość mogą wpływać na zdrowie i dobrostan współmałżonków

w pozytywny, a także w negatywny sposób. Jednak należy też zwrócić uwagę na ograniczenia tego przeglądu. Różnorodność metodologii przeprowadzonych badań oraz zróżnicowanie badanych populacji mogły mieć wpływ na końcowe wyniki i utrudnić dokładną analizę. Ponadto badania przeprowadzone na konkretnych obszarach mogą nie być reprezentatywne dla całości populacji. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na stronniczość publikacyjną oraz kontekst kulturowy. Należy także pamiętać o czynnikach zewnętrznych, jak np. sytuacja ekonomiczna, które mogą oddziaływać na badane zmienne. A złożoność relacji pomiędzy tymi zmiennymi może czasem nie być w pełni uwzględniona. Ponadto niektóre badania bazują na danych sprzed kilku, a czasem kilkunastu lat, co może wpływać na ich aktualność w kontekście współczesnych realiów. Kolejnym problemem jest ograniczona liczba uczestników w niektórych badaniach oraz zróżnicowane narzędzia pomiarowe (np. te użyte do oceny zadowolenia z małżeństwa), które mogły wpłynąć na wiarygodność wyników. Następnym ograniczeniem jest częste użycie badań przekrojowych, które uniemożliwiają ustalenie przyczynowości badanych zmiennych. Należy także wspomnieć o dynamice relacji małżeńskich i pamiętać, że satysfakcja ze związku, a także stan zdrowia i samopoczucie ulegają ciągłym zmianom w czasie. W związku z tym konieczne jest przeprowadzanie dalszych badań, które uwzględnią te ograniczenia i przyczynią się do lepszego zrozumienia relacji małżeńskich seniorów i ich wpływu na zdrowie i samopoczucie.

Bibliografia

- Acitelli, L. K., Antonucci, T. C. (1994). Gender differences in the link between marital support and satisfaction in older couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(4), 688–698.
- Blazer, D. G., Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35(9), 1241–1252.
- Bookwala, J. (2005). The Role of Marital Quality in Physical Health During the Mature Years. *Journal of Aging and Health*, Feb; 17(1), 85–104.
- Bookwala, J., Jacobs, J. (2004). Age, Marital Processes, and Depressed Affect. *The Gerontologist*, 44(3), 328–338.
- Carr, D., Cornman, J. C., & Freedman, V. A. (2016). Marital Quality and Negative Experienced Well-Being: An Assessment of Actor and Partner Effects Among Older Married Persons. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(1), 177–187.

- Carr, D., Freedman, V. A., Cornman, J. C., & Schwarz, N. (2014). Happy marriage, happy life? Marital quality and subjective well-being in later life. *Journal of Marriage and Family*, 76(5), 930–948.
- Choi, N. G., & Ha, J. H. (2011). Relationship between spouse/partner support and depressive symptoms in older adults: gender difference. *Aging & Mental Health*, 15(3), 307–317.
- George, L. K. (2010). Still Happy After All These Years: Research Frontiers on Subjective Well-being in Later Life. *The Journals of Gerontology: Series B*, 65B (3), May, 331–339.
- Ingersoll-Dayton, B., Morgan, D., Antonucci, T. (1997). The Effects of Positive and Negative Social Exchanges on Aging Adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 52B (4), July, 190–199.
- Iveniuk J., Waite L. J., McClintock, M. K., & Teidt, A. D. (2014). Marital Conflict in Older Couples: Positivity, Personality, and Health. *Journal of Marriage Family*, Feb; 76(1): 130–144.
- Karakose, S. (2022). Marital Satisfaction and Depression in Older Adults: A Literature Review. *Journal of Aging and Long-Term Care*, 5(1), 7–16.
- Korporaal, M., Broese van Groenou, M. I., & van Tilburg, T. G. (2013). Health problems and marital satisfaction among older couples. *Journal of Aging and Health*, 25(8), 1279–1298.
- Landis, M., Peter-Wight, M., Martin, M., & Bodenmann, G. (2013). Dyadic coping and marital satisfaction of older spouses in long-term marriage. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 26(1), 39–47.
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1993). Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging*, 8(2), 301–313.
- Liu, Y., & Upenieks, L. (2021). Marital quality and well-being among older adults: A typology of supportive, aversive, indifferent, and ambivalent marriages. *Research on Aging*, 43(9–10), 428–439.
- Liu, H., & Waite, L. (2014). Bad marriage, broken heart? Age and gender differences in the link between marital quality and cardiovascular risks among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 55(4), 403–423.
- Margelisch, K., Schneewind, K. A., Violette, J., & Perrig-Chiello, P. (2017). Marital stability, satisfaction and well-being in old age: variability and continuity in long-term continuously married older persons. *Aging and Mental Health*, 21(4), 389–398.
- O'Rourke, N. (2005). Personality, Cognitive Adaptation, and Marital Satisfaction as Predictors of Well-Being among Older Married Adults. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 24(3), 211–224.
- Penninx, B. W., Leveille, S., Ferrucci, L., van Eijk, J. T., & Guralnik, J. M. (1999). Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *American Journal of Public Health*, Sep; 89(9): 1346–52.
- Pienta, A. M., Hayward, M. D., & Jenkins, K. R. (2000). Health Consequences of Marriage for the Retirement Years. *Journal of Family Issues*, 21(5), 559–586.

- Sandberg, J. G., Miller, R. B., Harper, J. M., Robila, M., & Davey, A. (2009). The impact of marital conflict on health and health care utilization in older couples. *Journal of Health Psychology, 14*(1), 9–17.
- Smith, T. W., Berg, C. A., Florsheim, P., Uchino, B. N., Pearce, G., Hawkins, M., Henry, N. J., Beveridge, R. M., Skinner, M. A., & Olsen-Cerny, C. (2009). Conflict and collaboration in middle-aged and older couples: I. Age differences in agency and communion during marital interaction. *Psychology and Aging, 24*(2), 259–273.
- Umberson, D., Williams, K., Powers, D. A., Liu, H., Needham, B. (2006). You make me sick: Marital quality and health over the life course. *Journal of Health and Social Behavior, 47*(1), 1–16.
- Walker, R. B., & Luszcz, M. A. (2009). The health and relationship dynamics of late-life couples: a systematic review of the literature. *Ageing and Society, 29*(3), 455–480.
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., Tolejko, N., Chatav, Y., & McKelvie, M. (2006). Marital discord and well-being in older adults: Is the association confounded by personality? *Psychology and Aging, 21*(3), 626–631.
- Wong, J. S., & Waite, L. J. (2015). Marriage, Social Networks, and Health at Older Ages. *Journal of Population Ageing, 8*(1–2), 7–25.

Recenzje Book Reviews



Recenzja książki

Dorota Religa & Jarosław Derejczyk (red.),
„Drogowskazy w geriatrici”.

PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2021

Book Review:

Dorota Religa & Jarosław Derejczyk (Eds.),
"Geriatric medicine guidelines".

PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2021

Streszczenie: Recenzowana publikacja powstała z myślą o specjalistach różnych dziedzin medycyny, którzy na co dzień spotykają się z pacjentami w wieku podeszłym. Jej autorami są wybitni eksperci w dziedzinie geriatrici, interni, kardiologii, diabetologii oraz psychologii, będący autorytetami naukowymi w Polsce i poza jej granicami.

Słowa kluczowe: geriatrica, medycyna, seniorzy, studium przypadku

Abstract: The reviewed publication was created for specialists in various medical fields dealing with treating older adult patients. Its authors are outstanding specialists in geriatrics, internal medicine, cardiology, diabetology, and psychology who are recognized authorities in Poland and abroad.

Keywords: geriatrics, medicine, seniors, case study

Celem recenzowanej pracy było ukazanie możliwości i wyzwań stojących przed geriatricą w diagnostyce i leczeniu chorób w okresie starzenia się. Autorzy we wstępie zaznaczają: „[...] powodem napisania książki była chęć przybliżenia lekarzom, pracownikom medycznym innych specjalności i branż, szczególnie medycyny rodzinnej, zabiegowej i pielęgniarstwa, mechanizmów patofizjologicznych chorób i zespołów geriatricznych oraz języka komunikacji, którym posługuje się geriatrica” (s. IX).



Publikacja składa się z dziesięciu rozdziałów, zawiera także noty o autorach, wstęp, dwie skale diagnostyczne do wykorzystania przez klinicystów oraz skorowidz.

Pierwszy rozdział przedstawia szlaki sygnałowe starzenia i długowieczności. Autorzy zwracają uwagę na cukrzycę jako chorobę przyspieszającą proces starzenia się, opisują wyróżniki fenotypu osób charakteryzujących się długowiecznością.

W drugim rozdziale ukazano gerontologiczny punkt widzenia na proces starzenia i starość. Podkreślono, że podstawą systemów ochrony zdrowia powinny być działania ukierunkowane na hamowanie chorób przewlekłych, spowalnianie procesów starzenia, a także na poprawianie opieki w oparciu o standardy geriatry, opieki długoterminowej i paliatywnej.

Następna część pracy zawiera niezwykle istotne zagadnienia związane z diagnostyką zespołu otępiennego na podstawie oceny funkcji poznawczych. Dodatkowo przedstawiono kwestie prawne dotyczące przemocy wobec osób starszych, ubezwłasnowolnienia, zasady oceny starszych kierowców pod kątem zwiększenia bezpieczeństwa prowadzenia przez nich pojazdów.

Kolejne trzy części książki poświęcone są zagadnieniom optymalizacji opieki nad osobami starszymi przed, w trakcie i po zabiegach operacyjnych. Prezentują również możliwe sposoby oceny ryzyka zachorowalności i śmiertelności. Na przykładzie konkretnych jednostek chorobowych wskazują, jak powinno przebiegać prawidłowe przygotowanie pacjenta do planowego zabiegu chirurgicznego lub ortopedycznego.

Rozdział siódmy koncentruje się na diagnostyce zespołu kruchości, możliwych interwencjach profilaktycznych, polegających na aktywności fizycznej, zmianie planu żywienia, terapii funkcji poznawczych, stworzeniu całościowej oceny geriatrycznej (COG). Zawiera przykładowe błędy w leczeniu osób w stanie kruchości, będących najsłabszą grupą chorych wśród populacji osób starszych.

W rozdziale ósmym autorzy skupiają się na cukrzycy jako jednej z przyczyn występowania licznych powikłań u osób w starszym wieku. Jeden z podrozdziałów w całości opisuje patogenezę oraz możliwości zapobiegania występowaniu stopy cukrzycowej.

Przedostatni rozdział to próba odpowiedzi na pytania, jakie są cele i warunki prowadzenia badania geriatrycznego. Jednocześnie w tej części autorzy zwracają uwagę na pozornie błahe problemy, takie jak zaparcia i bezsenność, które jednak są istotnymi czynnikami, wpływającymi negatywnie na jakość życia i samopoczucie osób starszych.

W ostatniej części znajdują się niezwykle ciekawe opisy przypadków, w tym pacjenta zakażonego wirusem SARS-CoV-2, pacjentki z krwiotłuciem czy też 81-letniej chorej z powtarzającymi się upadkami.

Na ostatnich stronach recenzowanej pozycji znaleźć można Test 4AT, będący narzędziem przesiewowym oceniającym majaczenie i zaburzenia poznawcze, oraz Geriatryczną Skalę Oceny Depresji (*Geriatric Depression Scale*, GDS) – wersję 15-punktową według Yesavage’a.

Książka nie jest wywodem czysto teoretycznym dotyczącym zagadnień związanych z leczeniem pacjentów geriatrycznych. Jest źródłem wiedzy opartej na doświadczeniach własnych autorów. Niezwykle cenne są zaprezentowane w tomie opisy przypadków konkretnych chorych. Pozycja skierowana jest do geriatrów, lekarzy innych specjalności, osób wykonujących zawody medyczne, a także studentów.

Pacjenci w wieku podeszłym są najbardziej liczną grupą wśród wszystkich chorych. Z uwagi na mnogość rozpoznań chorobowych u pacjentów geriatrycznych, niezwykle istotne wydaje się nieprzeoczenie pozornie ukrytych problemów, takich jak zaburzenia poznawcze czy też depresja. Analizowana praca pozwala na zwiększenie wiedzy i świadomości dotyczącej problematyki geriatryj jako osobno definiowanej gałęzi medycyny o ponadstuletniej historii. Każda publikacja, która dotyczy problematyki opieki i leczenia pacjentów geriatrycznych, jest ważna z uwagi na rosnącą liczbę osób starszych w społeczeństwie. Koniecznością wydaje się znalezienie systemowych rozwiązań w opiece geriatrycznej, co jest wyzwaniem na najbliższe lata.

