

Agnieszka Gabryś

ORCID: 0000-0002-8502-7119

Katedra Metodologii Nauk Pedagogicznych,
Instytut Pedagogiki, Wydział Pedagogiki i Psychologii
Uniwersytet Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie

Pomyślne starzenie się kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego

Artykuł podejmuje kwestię pozytywnego starzenia się kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Pomyślne starzenie się z uwagi na jego wielowymiarowość jest różnorodnie ujmowane w literaturze przedmiotu. Jest to pojęcie złożone i wymaga odwołania się do wielu procesów psychologicznych, społecznych czy biologicznych, jako wzajemnie się warunkujących. W kontekście osób z niepełnosprawnością ruchu termin ten funkcjonuje od dość niedawna, a obejmuje wykorzystywanie zasobów psychologicznych, opieki zdrowotnej i wsparcia społecznego do życia zgodnego z posiadanymi wartościami w kontekście własnej niepełnosprawności. Dokonując charakterystyki funkcjonowania starzejących się kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego zwrócono uwagę na zmiany, trudności i wyzwania jakich doświadczają one w aspekcie posiadanej płci i niepełnosprawności. Zasygnalizowano działania usprawniające funkcjonowanie tych kobiet w kontekście osiągnięcia pomyślnego przebiegu starzenia się. Nieliczne badania dotyczące funkcjonowania starzejących się kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego pozwoliły jedynie zasygnalizować pewne aspekty.

Słowa kluczowe: pomyślne starzenie się, kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, kobiety z niepełnosprawnością ruchową, starzejące się kobiety z niepełnosprawnością ruchową, kobiety, starość

Successful ageing women with spinal cord injury

This article addresses the issue of successful ageing in women with spinal cord injury. Successful ageing, due to its multidimensionality, has been variously conceptualised in the literature. It is a complex concept and requires reference to a number of psychological, social or biological processes as mutually conditioning. In the context of people with physical disability, the term has been around from recently and encompasses the use of psychological resources, health care and social support to live in accordance with one's values in the context of one's disability. In the characterise functioning of ageing women with spinal cord injury, attention were paid to the changes, difficulties and challenges they experience in terms of their gender and disability. Actions to improve the functioning of these women in the context of successful ageing are highlighted. The few studies about the functioning of ageing women with spinal cord injury allowed only hinted at certain aspects.

Key words: successful ageing, women with spinal cord injury, women with physical disability, ageing women with physical disability, women, aging

Wprowadzenie

Starzenie się społeczeństwa zwane „rewolucją demograficzną” lub „przemianą demograficzną” (Pili i in. 2018: 1), mające zasięg globalny, wynikające z ciągle zwiększającej się liczby osób w wieku poprodukcyjnym i wydłużenia średniej długości życia zarówno kobiet, jak i mężczyzn (GUS 2021: 8), nasuwa potrzebę orientacji badawczej na tym okresie życia człowieka. Przyszłościowa polityka światowa polega już nie tylko na wspieraniu osób starszych, ale na promowaniu pomyślnego starzenia się (Giles i in., 2021: 10). Badacze różnych dyscyplin nauki coraz częściej skupiają się na tym procesie i jego uwarunkowaniach umożliwiających osiągnięcie ludziom pomyślnej starości (Hodge i in. 2013: 361; Fabiś, Wawrzyniak, Chabior 2017: 9, Grodzicki, Tobiasz-Adamczyk 2020: 8). Pozwala to w pewnym stopniu jeszcze lepiej zrozumieć cały proces, ale też dostarczyć konkretnych sposobów postępowania na różnych płaszczyznach życia zmierzających do realizacji pomyślnego jego przebiegu, m.in. w kontekście ich aktywizacji (Kaczmarczyk, Trafiałek 2007: 116; Leśniak-Berek 2016: 190-191), potrzeb i marzeń (Rejter 2020: 49-58), duchowości (Sadler, Biggs 2007: 267; Kosiol 2015: 44-46), samotności i osamotnienia (Różański 2020: 76), czy aktywności fizycznej (Boyes 2013: 644; Zając-Gawlak, Pośpiech 2014: 133-135).

„Pomyślne starzenie się” (*successful ageing*) w ostatnim czasie stało się ważnym terminem opisującym jakość starzenia się jednostek, a jego wielowymiarowość skutkowałą pojawieniem się różnorodnych definicji je opisujących (Urtamo i in. 2019: 359; Martinson, Berridge 2015: 58-59). Po raz pierwszy został on użyty przez Havighursta i Albrecht (1953, za: Halicki 2008: 13-14), którzy zwrócili uwagę na jego dwa naczelnne warunki: długie życie oraz doświadczanie satysfakcji życiowej w starości. Uwzględniane były też atrybuty, takie jak: brak choroby i dobre funkcjonowanie fizjologiczne oraz witalność emocjonalna (Young, Fan i in. 2009: 314). To szerokie pojęcie zdaniem Mamak-Zdaneckiej (2015: 19) należy utożsamiać ogólnie z dobrze przebiegającym procesem starzenia się, który prowadzi do kolejnego etapu życia – starości. Obejmuje aspekty zdrowia fizycznego, psychologicznego, funkcjonalnego i społecznego, które podczas badania tego zjawiska powinny być rozpatrywane w kontekście subiektywnych i obiektywnych uwarunkowań (Urtamo i in. 2019: 360). Subiektywne ujęcie traktuje o bilansie własnego życia w tym sytuacji rodzinnej i ekonomicznej, stanie zdrowia, relacjach społecznych, przeszłej sytuacji zawodowej itd. Wymiar obiektywny natomiast dotyczy środowiska społecznego i instytucjonalnego (Mamak-Zdanecka 2015: 29). Ponadto w aspekcie subiektywnym i obiektywnym powinno dokonywać się pomiaru zdrowia fizjologicznego, dobrego samopoczucia i zaangażowania społecznego, co zdaniem Kleineidam i współpracowników (2018: 2) pozwoli na poprawną operacjonalizację zjawiska pomyślnego starzenia się. Warto dodać, że dobre

funkcjonowanie społeczne jest określone, jako ważny czynnik pomyślnego starzenia się, zatem nie należy utożsamiać go z zawężaniem pól aktywności ludzi starszych, takie działanie może jedynie prowadzić do przekonania o braku przydatności w życiu rodzinnym i społecznym, redukcji kontaktów z innymi, a w efekcie ich izolacji (Mamak-Zdanecka 2015: 28; Urtamo i in. 2019: 362). Wyniki badań Hodge i współpracowników (2013: 361), przeprowadzone w grupie 5512 osób starszych dowodzą, że zdrowy styl życia i utrzymanie prawidłowej masy ciała mogą przyczynić się do utrzymania pomyślnego starości. Ponadto Jang (2020: 3220) wskazuje na poziom wykształcenia, wiek, płeć, status ekonomiczny, subiektywny stan zdrowia, nadużywanie alkoholu, satysfakcje małżeńską, kontakty społeczne jako jej korelaty.

Reasumując, jest to pojęcie złożone i wymaga odwołania się do wielu procesów psychologicznych, społecznych czy biologicznych, jako wzajemnie się warunkujących. W opinii Mamak-Zdaneckiej (2015: 32) bez wątplenia przebieg i dynamikę procesu starzenia się poza czynnikami genetycznymi w znacznym stopniu moderuje historia życia jednostki. Tym samym coraz częściej odchodzi się od biomedycznych definicji na rzecz podejścia holistycznego z uwzględnieniem subiektywnych aspektów procesu starzenia się (Calasanti, 2016: 1093). Na przykład koncepcja pomyślnego starzenia się autorstwa Rowea i Kahna (1997: 433) opiera się na założeniach długowieczności i nieposiadaniu choroby czy niepełnosprawności. Co więcej, kryterium to jest szeroko rozpowszechnione we współczesnych definicjach pomyślnego starości (Phelan, Larson 2002: 1306). Jest to poniekąd zrozumiałe gdyż większość koncepcji tego zjawiska została stworzona w kontekście osób starzejących się z populacji ogólnej (Molton, Yorkston 2017: 291). Dlatego zdaniem Younga, Fricka i współpracowników (2009: 88) należy zwrócić uwagę na wyniki ostatnich badań sugerujących, że brak choroby i niepełnosprawności nie jest najważniejszym elementem w koncepcji pomyślnego starzenia się, a tym samym osoby z chorobami przewlekłymi czy niepełnosprawnością mogą starzeć się z powodzeniem (Young, Fan i in. 2009: 88). Ponadto zdaniem Kosiol (2015: 44) spełnienie warunku braku choroby, czy niepełnosprawności jest niemożliwe w kontekście danych wskazujących, że każda osoba po 60 r.ż. cierpi na średnio cztery choroby przewlekłe, a około połowa osób po 75 r.ż. posiada orzeczenie o niepełnosprawności. Zdaniem Autorki bardziej istotne wydaje się, aby posiadana choroba czy niepełnosprawność nie utrudniały znacząco codziennej aktywności tych osób (por. Heikkinen 2003: 4–5). Zarówno w konceptualizacji starzenia się, jak i niepełnosprawności kluczowymi elementami składającym się na dobrą jakość życia osoby jest uznanie jej za najważniejszą (postawienie w centrum), zwrócenie uwagi na jej możliwość zachowania autonomii we wszystkich fazach życia (podjęcie decyzji i utrzymywanie kontroli), oraz na jej niezależność (zdolność do wyboru i wykonywania czynności życia codziennego) (Pili i in. 2018: 1).

W niniejszym artykule posłużono się klasyczną nazwą omawianego procesu, czyli „pomyślne starzenie się” mając na uwadze, że jest on różnie ujmowany m.in. jako: zdrowe starzenie się (*healthy ageing*), produktywne starzenie się (*productive ageing*), aktywne starzenie się (*active ageing*), czy dobre starzenie się (*ageing well*) itp.

Starzenie się w/do i z niepełnosprawnością ruchową

Starzenie się społeczeństwa ma swoje odniesienie także w kontekście osób z niepełnosprawnością – średni wiek osób żyjących z niepełnosprawnością wzrasta (Putnam, Bigdy, 2021). Tym samym osoby te doświadczają tzw. transformacji/przejścia epidemiologicznego, oznaczającego klasyczne przesunięcie się choroby w populacji, czyli sytuację gdy śmiertelność podczas danego przejścia demograficznego spada, oraz następuje przesunięcie wieku umieralności (Groah, Kehn 2010: 1–3). Zasadne w tym miejscu jest odróżnienie od siebie dwóch kategorii osób, tych starzejących się z niepełnosprawnością (*aging with disability*) i tych starzejących się w/do niepełnosprawności (*aging into disability*). Osoby żyjące w podeszłym wieku z niepełnosprawnością nabytą we wczesnej dorosłości to tzw. osoby starzejące się z niepełnosprawnością, które notabene stanowią rosnącą populację jednostek z wyjątkowymi potrzebami zdrowotnymi. Natomiast osoby starzejące się w/do niepełnosprawności to osoby, które starzeją się w kierunku niepełnosprawności, przy czym początek niepełnosprawności jest stopniowy i liniowy. W przypadku osób starzejących się w/do niepełnosprawności pojawia się ona zazwyczaj pod koniec ich życia, z kolei w odniesieniu do osób starzejących się z niepełnosprawnością jej początek przypada na cztery pierwsze dekady, co znacznie różnicuje przebieg życia tych osób. Obie grupy mają różne trajektorie posiadanych zdolności w ciągu całego życia (Verbrugge, Yang 2002: 253–254; Byra, 2014a: 96; Molton, Yorkston 2017: 290–291)

Inni badacze (Campbell, Putnam 2017: 2–5) zwrócili uwagę na relację pomiędzy starzeniem się a niepełnosprawnością, wskazując na pewne jej swoiste konsekwencje. Po pierwsze, na wtórne komplikacje zdrowotne, których większe prawdopodobieństwo wystąpienia jest w przypadku osób z długotrwałą niepełnosprawnością. Wtórne komplikacje zdrowotne są różnie ujmowane w literaturze przedmiotu, m.in. jako: choroby współistniejące, powiązane komplikacje czy medyczne komplikacje (zob. Jensen i in. 2012: 373–377; Duda 2021: 54). Mogą być one bezpośrednie lub pośrednie i są to wszelkie dodatkowe fizyczne i psychiczne problemy zdrowotne, które mogą wynikać z pierwotnie posiadanej niepełnosprawności, niebędące jednak jej cechą charakterystyczną. Są podobne do tych, które występują w starzejącej się populacji ogólnej z tym, że ich pojawienie się ma

miejsce około 20-25 lat wcześniej, więc określa się je jako nietypowe i przedwczesne. Jensen i współpracownicy (2013: 882) wskazali na takie wtórne komplikacje zdrowotne, jak: ból, problem z regulacją jelit i pęcherza, skurcze mięśni, zmęczenie, osteoporoza, skurcze mięśni itp. Po drugie, schorzenia związane z wiekiem, których doświadczają w tym samym zakresie osoby z długotrwałą niepełnosprawnością, jak i te starzejące się w/do niepełnosprawności. Wymienia się tu m.in.: problemy z poruszaniem się, infekcje dróg oddechowych, osteoporoza, choroby płuc, demencja, choroby skóry, wzroku, słuchu itp. Po trzecie, wielorakie choroby przewlekłe, czyli wystąpienie dwóch lub większej liczby schorzeń jednocześnie, np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, podwyższony cholesterol itp. Campbella i Putnam (2017: 2–5) stwierdzili, że powyższe konsekwencje opisywanej relacji, są ze sobą znacznie powiązane i mają niebagatelne znaczenie, dla jakości życia, uczestnictwa społecznego i autonomii osób starszych z niepełnosprawnością. Ostatecznie, wszystkie wymienione elementy składają się na swoiste w przypadku uszkodzenia rdzenia kręgowego i starości – „przyśpieszone starzenie się” układów narządów w ciele (Pili i in. 2018: 3).

Groah i Kehn (2010: 1) uznali, że dla procesu starzenia się osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego znaczenie mają wzajemnie oddziałujące i współistniejące czynniki, takie jak: dojrzałość rozwojowa w momencie wystąpienia niepełnosprawności, oczekiwany fizjologiczny proces starzenia się osoby, epoka historyczna w momencie nabycia urazu, czas jego trwania, oraz liczba i jakość odbytych terapii metod oraz leków stosowanych w leczeniu. Co ważne w przypadku osób z niepełnosprawnością używa się terminu „linia czasu niepełnosprawności” (*disability timeline*), która opisuje indywidualny chronologiczny przebieg czasu starzenia się z niepełnosprawnością.

Zdaniem Moltona i Yorkston (2017: 291) koncepcja pomyślnego starości jest obecna we współczesnej gerontologii, natomiast zauważalny jest jej brak w nauce o niepełnosprawności i rehabilitacji. Wszechobecne kryterium pomyślnego starzenia się odnoszące się do braku posiadania choroby/niepełnosprawności zakłada, że osoby starzejące się z tymi dolegliwościami nie są w stanie starzeć się z powodzeniem, co poniekąd wyklucza je z badań empirycznych nad pomyślnym starzeniem się. Molton i Yorkston (2017: 293–294) wskazali na pojedyncze badania podejmowane w kontekście pomyślnego starzenia się osób z długotrwałą nabytą niepełnosprawnością. Jednocześnie dowiedli, że pomyślne starzenie się z niepełnosprawnością fizyczną jest złożonym konstruktem, na który składają się współzależne od siebie elementy definiowane przez samą jednostkę. Wskazali oni na resilience i przystosowanie, autonomię, więzi społeczne i zdrowie fizyczne. Resilience i przystosowanie obejmowały opanowanie emocjonalne i unikanie negatywnych, chronicznych stanów nastroju, oraz zdolność do przystosowania się do nowych okoliczności.

Autonomia wiązała się z umiejętnością utrzymania poczucia własnej sprawczości i skuteczności oraz była utożsamiana z niezależnością. Więzi społeczne dotyczyły dostępności wsparcia lub pomocy z różnych źródeł, czyli stopień, w jakim osoba wchodzi w interakcję z przyjaciółmi, rodziną i otoczeniem społecznym. Zdrowie fizyczne odnosiło się do utrzymania obecnego stanu zdrowia fizycznego (radzenie sobie z wtórnymi komplikacjami zdrowotnymi, np. bólem, zmęczeniem, spastycznością) i dostępu do odpowiedniej opieki medycznej zarówno pod względem barier transportowych i sprzętu rehabilitacyjnego, jak i odpowiedniego doboru personelu medycznego, który posiada wiedzę na temat niepełnosprawności (Molton, Yorkston 2017: 293–294).

Zasadne stało się sformułowanie pytania: czy pomyślne starzenie się jest czymś innym w przypadku osób z długotrwałą niepełnosprawnością nabytą? Otóż na podstawie przeprowadzonych badań Molton i Yorkston (2017: 295) stwierdzili, że pomimo zauważalnych podobieństw z populacją ogólną w zakresie pojedynczych elementów składający się na konstrukt pomyślnego starzenia się, to w kontekście osób z niepełnosprawnością występują one w nieco innych wyjątkowych warunkach funkcjonowania społecznego i medycznego, stąd też potrzeba ujmowania ich w szczególny sposób. Badacze uznali, że pomyślne starzenie się osób z długotrwałą niepełnosprawnością ruchową należy definiować jako wykorzystywanie zasobów psychologicznych, wsparcia społecznego i opieki zdrowotnej do życia zgodnego z własnymi przekonaniami/wartościami w kontekście posiadanej niepełnosprawności. Jako wskaźniki pomyślnego starzenia się zaproponowano: (1) psychologiczne resilience, rozumiane jako brak negatywnego nastroju i zdolność do odczuwania zadowolenia, przyjemności i satysfakcji z życia codziennego; (2) psychologiczna adaptacja i elastyczność – bycie otwartym na konieczność dokonywania wyboru, kompensację i optymalizację wynikającą z niepełnosprawności; (3) autonomia – podejmowanie decyzji i wysoki poziom własnej skuteczności w kontekście samoopieki; (4) uczestnictwo w życiu społecznym oraz pozytywne relacje z innymi ludźmi z i bez niepełnosprawności; (5) opieka medyczna, która jest odpowiednia, dostępna i osiągalna dla osób z niepełnosprawnością, z naciskiem na koncentrację na wtórnych komplikacjach zdrowotnych; (6) kompensacja uszkodzeń funkcjonalnych w ramach indywidualnych możliwości osoby, jej celów i oczekiwań w tym zakresie (Molton, Yorkston 2017: 296).

Należy wskazać, że osoby starsze z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, oprócz codziennych wyzwań życiowych związanych z funkcjonowaniem z niepełnosprawnością są bardziej podatne na niektóre schorzenia związane ze starzeniem się, oraz doświadczają wcześniej niż osoby z populacji ogólnej pogarszającego się ogólnego poziomu funkcjonowania (Jørgensen i in. 2017: 356). Ponadto Barker i współpracownicy (2008: 149), wskazują na ich niższą jakość życia w porównaniu

z osobami z populacji ogólnej, co jest wynikiem występowania wtórnych komplikacji zdrowotnych oraz ograniczenia aktywności i uczestnictwa w życiu społecznym tych osób. Niemniej Jörgensen i współpracownicy (2017: 363–364) dowiedli, że osoby starsze z uszkodzeniem rdzenia kręgowego mogą utrzymać stosunkowo wysoki poziom fizycznej niezależności i zadowolenia z życia, które nie są zależne od ich wieku, płci czy czasu jaki upłynął od nabycia niepełnosprawności. Natomiast istotne dla wykonywania codziennych aktywności jest charakterystyka/stopień urazu oraz niska częstotliwość występowania wtórnych komplikacji zdrowotnych. Również badania podłużne Holicky'ego i Charlifue (1999: 250) wykazały, że osoby starsze z urazem rdzenia kręgowego będące w związku małżeńskim, mają niższy poziom depresji, większą satysfakcję z życia i dobrostan psychiczny oraz lepszą jakość życia.

Murtagh i Hubert (2004: 1406), wskazują na różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami starzejącymi się w/do niepełnosprawności. Otóż badane starzejące się kobiety doświadczają niższej śmiertelności, korzystają w większym zakresie z opieki medycznej, zgłaszają więcej ograniczeń funkcjonalnych i niższą jakość życia niż badani mężczyźni. Jak wynika z badań autorów, to kobiety w porównaniu z mężczyznami posiadają istotnie większe ograniczenia w zakresie wypełniania obowiązków domowych, w tym czynnościach polegających na chwytaniu i sięganiu, w poruszaniu się oraz w zakresie higieny osobistej.

Do podobnych wniosków doszli Kirchengast i współpracownicy (2008: 270), którzy dowiedli, że starzejące się kobiety mają większe w stosunku do mężczyzn trudności w sferze poruszania się i gorszą jakość życia związaną ze zdrowiem. Co więcej, to kobiety gorzej postrzegają stan swojego zdrowia, mają większe ryzyko depresji i ubóstwa oraz częściej zażywają leki psychoaktywne (Pentland i in. 2002: 375). Zdaniem autorów wyniki badań z populacji ogólnej dotyczące starzenia się kobiet i mężczyzn oraz ich reakcji na to zjawisko, nasuwają obawy o starzejące się kobiety z długotrwałą niepełnosprawnością i ich funkcjonowanie (Pentland i in. 2002: 375).

W przypadku osób starzejących się z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, badania McColl i współpracowników (2004: 363) dostarczyły istotnych różnic w zakresie doświadczeń starości kobiet i mężczyzn (por. McColl 2002: 371–372). Doniesienia Posta i Reinhardta (2015: 237) ukazują, że to mężczyźni w porównaniu z kobietami cechują się wyższym poziomem uczestnictwa. Podobnie to właśnie kobiety zgłaszają większe problemy związane z przemieszczaniem się, zmęčeniem, problemami skórnymi i odczuwanym bólem. Natomiast to mężczyźni gorzej oceniają proces starzenia się, zgłaszając częściej problemy zdrowotne. Zdaniem autorów publikacji może to wynikać z narzucania sobie przez badanych mężczyzn, społecznych oczekiwań kulturowych w kontekście płci, a odnoszących się do ich wysokiej wydajności (McColl i in. 2004: 363). Ustalenia badaczy doty-

czące gorszej sytuacji kobiet z niepełnosprawnością w wielu sytuacjach życia codziennego (m.in. odmowa pełnienia odpowiednich wiekowo ról rodzinnych i społecznych, trudności w zakresie edukacji, z zatrudnieniem, w dostępie do opieki zdrowotnej i rehabilitacji czy finansowe), doprowadziły do powstania etykiety „podwójnie pokrzywdzonych” – kobieta plus niepełnosprawność. Kiedy dodamy do niej „starość” (tzn. kobieta plus niepełnosprawność plus starość) mamy do czynienia z potrójnym zagrożeniem (Pentland i in. 2002: 375).

Starzenie się kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego – pomyślne, czy niepomyślne?

Kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego proces swojego starzenia się ujmują w kategoriach „przyśpieszonego” (McColl i in. 2004: 363). Owe przyśpieszenie dotyczy porównania swojego stanu ze starzeniem się osób w populacji ogólnej, co potwierdzają też badania innych autorów (m.in. Campbell, Putnam 2017: 2; Molton, Yorkston 2017: 293–294; Pili i in. 2018: 3). Postrzeganie przez badane kobiety procesu starzenia się w ten sposób może być wynikiem: po pierwsze, społecznego nacisku na kobiety wygląd, i po drugie, zwiększonej ich wrażliwości na widoczne oznaki starzenia się (McColl 2004: 363).

Zdaniem Pentland i współpracowników (2002: 375), poznanie unikalnych potrzeb i problemów związanych z wiekiem, starzejących się kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, pozwoli na zaplanowanie działań pomocowych i przygotowanie się na późniejsze lata życia tych kobiet. Dostosowanie do wieku i płci usług medycznych/rehabilitacyjnych oraz społecznych, umożliwi im uczestnictwo w życiu społecznym przez całe ich życie, co być może pozwoli na ujęcie tego procesu w ramach pomyślnego przebiegu. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na kluczowe kwestie podejmowane w badaniach starzejących się kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, a odnoszące się do ich funkcjonowania w sferze fizycznej/medycznej, społecznej i psychologicznej w dużej mierze warunkujące pomyślność ich starzenia się.

Badania Pentland i innych (2002: 375) koncentrowały się głównie na określeniu zmian związanych z wiekiem, które zgłaszały badane kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, ponadto na ich obawach oraz strategiach i zasobach uznanych subiektywnie za ważne w celu osiągnięcia pomyślnej starości. Kobiety najczęściej wskazywały na zmiany fizyczne w tym te związane z: ginekologią i seksualnością, jelitami i pęcherzem moczowym, bólem i pogorszeniem się stanu układu mięśniowo-szkieletowego, ogólnym zmęczeniem i spadkiem energii wraz z wiekiem oraz z wyglądem skóry (McColl 2002: 371).

Duże znaczenie dla stanu zdrowia i jakości życia kobiet z niepełnosprawnością ruchową mają wtórne komplikacje zdrowotne (Coyle i in. 2000: 1380). Niektóre z nich są obecne częściej u kobiet niż u mężczyzn z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Adriaansen i współpracownicy (2013: 1021) dowiedli występowania istotnego związku pomiędzy płcią żeńską a częstszymi infekcjami/chorobami płuc, hipotensją (niedociśnieniem krwi), neuropatycznym bólem oraz obrzękiem i nasileniem bólu mięśniowo-szkieletowego. Tym samym badacze wskazują na płeć żeńską jako jeden z potencjalnych czynników zwiększonego ryzyka (*risk factor*) występowania wtórnych komplikacji zdrowotnych w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Liem i współpracownicy (2004: 1567) przedstawiają wyniki badań świadczące, że starzejące się kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w większym stopniu niż mężczyźni podatne są na takie komplikacje medyczne, jak zaparcia i odleżyny. Tym samym to właśnie one wymagają częstszej pomocy przy wykonywaniu codziennych czynności. Zdaniem badaczy informacja ta powinna zwiększyć świadomość usługodawców w zakresie udzielania pomocy starzejącym się kobietom z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, u których zapotrzebowanie na nią wzrasta wraz z wiekiem (Liem i in. 2004: 1567).

Innym problemem fizycznym/zdrowotnym kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w podeszłym wieku jest ten związany ze zmianami osteoporotycznymi. Transformacje, które naturalnie pojawiają się w kościach, są potęgowane przez posiadaną niepełnosprawność, co w konsekwencji prowadzi do zwiększonego ryzyka złamań w tej grupie kobiet. Co więcej, kobiety te wraz z wiekiem jeszcze bardziej charakteryzują się niedoborem białka i masy kostnej oraz nadmiarem tkanki tłuszczowej, co dodatkowo może przyczyniać się u nich do złamań i uszkodzeń skóry (McColl 2002: 371). Terapie mające na celu leczenie lub zapobieganie zmianom osteoporotycznym polegają głównie na zoptymalizowaniu diety oraz podawaniu estrogenów kobietom z uszkodzeniem narządu ruchu znajdującymi się w okresie pomenopauzalnym (Ott, 2001: 111).

Badania starzejących się kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (poziom urazu C6- T12) i bez urazu wskazują na niewielkie różnice między nimi w zakresie doświadczenia menopauzy. Niemniej Kalpakjian i inni (2010: 566) dowiedli, że pod pewnymi względami kobiety z uszkodzeniem narządu ruchu doświadczają większego niepokoju związanego z objawami somatycznymi klimakterium (infekcje pęcherza moczowego i długotrwały spadek libido/popędu płciowego). Poza wymienionymi aspektami badacze zaznaczają ściśle podobieństwo przeżywania menopauzy w grupie badanych kobiet. Jednakże McColl (2002: 371) zwraca uwagę na gorszą sytuację kobiet z niepełnosprawnością, wskazując na przebyte operacje, zabieg histerektomii czy objawy charakterystyczne dla tego okresu, które mogą być następstwem innych przyczyn wynikających z posiadanej niepełnej sprawności. Ponadto szczególnie często wraz z wiekiem w grupie kobiet

z uszkodzeniem rdzenia kręgowego raportuje się nietrzymanie moczu i infekcje dróg moczowych (McColl 2002: 371). Wyniki badań (Nevedal i in. 2015: 1–2) dostarczają szeregu obaw i strategii wykorzystywanych przez kobiety doświadczające utraty funkcji pęcherza moczowego i jelit, które mogą okazać się pomocne pracownikom służby zdrowia dla ulepszenia opieki nad tymi kobietami.

Kolejne zmiany związane z wiekiem, które zgłaszały badane kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w eksploracjach Pentland i współpracowników (2002: 375), odnosiły się do sfery społecznej i emocjonalnej/psychologicznej, a dotyczyły m.in.: relacji, negatywnych emocji, siły emocjonalnej i zmiany priorytetów oraz przedwczesnego starzenia się. Pojawiło się również zagadnienie zasobów i strategii, w tym postaw i zachowań oraz wsparcia formalnego i nieformalnego. Badane raportowały też obawy związane z narastającymi problemami zdrowotnymi i finansowymi oraz rosnącą zależnością i izolacją. Jørgensen i współpracownicy (2021: 1278) podkreślają znaczenie kontekstu społecznego dla udanej adaptacji do życia z nabytą niepełnosprawnością w kontekście starzenia się.

Warto podkreślić, że kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego cechuje niższy odsetek małżeństw niż kobiety w populacji ogólnej i mężczyzn z niepełnosprawnością. Jak wiadomo znalezienie partnera życiowego jest znacznie utrudnione w przypadku posiadania przez kobietę niepełnosprawności (Wołowicz-Ruszkowska 2013: 227), która w porównaniu z pełnosprawnymi kobietami napotyka więcej przeszkód (wewnętrznych i zewnętrznych) utrudniających jej nawiązywanie relacji damsko-męskich (Gabryś 2018: 196; Gabryś 2020: 121). Z uwagi na to proces starzenia się w ich przypadku najczęściej przebiega w samotności, co jest powiązane z niższymi dochodami i zadowoleniem z życia, gorszym zdrowiem psychicznym i fizycznym czy większą zależnością od formalnych usług wsparcia. Guilcher i współpracownicy (2013: 899) zaznaczyli znaczenie nieformalnej opieki małżeńskiej jako „wypełnianie luk” w formalnym systemie opieki zdrowotnej. Wskazują, że żonaci mężczyźni z uszkodzeniem rdzenia kręgowego o wiele lepiej (od samotnych mężczyzn i kobiet) radzą sobie z wtórnymi komplikacjami zdrowotnymi dzięki opiece swoich żon. W obrębie tej problematyki coraz częściej podejmowane jest zagadnienie zasobów radzenia sobie posiadanych przez partnerów osób z niepełnosprawnością ruchową (np. Boczkowska 2020: 325; Byra 2021: 8). Sytuacje te powodują, że kobiety z niepełnosprawnością częściej od mężczyzn korzystają z usług opiekunów społecznych (McColl 2002: 371). Należy dodać, że posiadanie partnera życiowego jest jednym z istotnych czynników wyjaśniających pozytywne zmiany w poczuciu koherencji u osób starzejących się z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (Jørgensen i in. 2021: 1278).

Jak wynika z badań, zmniejszone bezpieczeństwo finansowe wiąże się z gorszym przebiegiem starzenia się (Pentland i in. 2002: 375). Niższe dochody w gospodarstwie domowym badanych kobiet są związane z obniżoną w związku

z nabyciem trwałej niepełnosprawności ruchowej możliwością zdobycia zatrudnienia. Z pewnością perspektywa pozyskania dodatkowych pieniędzy do emerytury miałyby duże znaczenie dla jakości życia tych kobiet, nie tylko z powodów finansowych (por. Krause, Broderick 2005: 353). W rezultacie wiele kobiet żyje w ubóstwie, z niewielkimi szansami na poprawę swojego bezpieczeństwa finansowego (McCull 2002: 372). Krause i Broderick (2005: 353) w swoich 25-letnich badaniach podłużnych wskazali na potrzebę uwrażliwienia doradców zawodowych na pomoc starszym osobom z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w utrzymaniu/ znalezieniu zatrudnienia.

Z uwagi na wyraźną tendencję do zmniejszania się zadowolenia z życia społecznego i seksualnego wśród osób starzejących się z uszkodzeniem rdzenia kręgowego należy, zdaniem Krause i Broderick (2005: 353) zwrócić uwagę na to, czy osoby te mają zapewniony dostęp do wiedzy na temat zasobów, które zostały opracowane w celu poprawy ich funkcjonowania w tych zakresach. To zadanie staje przede wszystkim przed świadczeniodawcami opieki.

Głównym problemem w obrębie funkcjonowania psychologicznego poruszanym w literaturze przedmiotu w kontekście kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest depresja, na którą są one narażone w większym stopniu niż mężczyźni (Groah, Kehn 2010: 3). Krause i współpracownicy (2010: 1099) dowiedli, że większe objawy depresyjne są związane z wiekiem i płcią. To znaczy, że kobiety oraz osoby starsze są bardziej narażone na występowanie depresji w grupie osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Zjawisko to m.in. jest związane z kumulacją czynników ryzyka, tzn. płci, niepełnosprawności i wieku (McCull 2002: 371). Wstępne badania w grupie kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wskazują na powiązanie wysokiego poziomu depresji z niskim wskaźnikiem testosteronu przy uwzględnieniu czasu od nabycia urazu (Dirlikov i in. 2019: 1).

Od niedawna badacze w większym stopniu koncentrują się na konstrukcjach psychologii pozytywnej w opisie funkcjonowania psychologicznego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (zob. Byra 2019: 61). Warto w tym kontekście wspomnieć o „paradoksie niepełnosprawności”, polegającym na zestawieniu niepełnosprawności z pozytywnymi aspektami życia osób z niepełną sprawnością (zob. Byra 2014b: 13; Byra 2016: 120). Jednym z nich jest resilience (ujmowane jako proces), którego wczesne rozpoznanie może dostarczyć osobom świadczącym specjalistyczną opiekę ważnej wiedzy w kontekście długoterminowego leczenia tych osób. Jest to o tyle istotne, gdyż jak wskazują autorzy badań (np. Bonanno in. 2012: 236; Silverman i in. 2015: 1262), resilience łagodzi skutki posiadanej niepełnosprawności oraz przyczynia się do lepszych wyników psychospołecznych, zdrowotnych i funkcjonalnych osób z długotrwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Badania jakościowe (Rohn i in. 2020: 1) przeprowadzone z dwiema starszymi się kobietami z tym schorzeniem, dowodzą, jak ważne jest uwzględ-

nienie resilience w pracy z osobami po urazie w celu poprawy opieki nad nimi. Nowatorskie podejście autorów badań polega na podłużnym podejściu eksplorującym, czyli wzajemnym przenikaniu się niepełnosprawności i resilience. Zachęcają oni świadczeniodawców opieki oraz badaczy do odkrywania i pielęgnowania tej zdolności do radzenia sobie z trudnościami, aby można byłoby ją wykorzystać w nowych wyzwaniach życiowych również tych związanych z procesem starzenia się.

W badaniach Pentland i współpracowników (2002: 375) kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego poruszyły kwestię dodatkowych zasobów potrzebnych do osiągnięcia pomyślnej starości w tym: dostępu do środowiska społecznego i urzędzeń wspomagających, pomocy i opieki w prowadzeniu gospodarstwa domowego, wsparcia psychologicznego i rówieśniczego, postępów naukowych w zakresie badań nad uszkodzeniem rdzenia kręgowego, a także możliwości rekreacji fizycznej.

Przyszłe eksploracje powinny w głównej mierze skupić się na posiadanych zasobach (osobistych i społecznych) mogących przyczynić się do osiągnięcia pomyślnej starości w tej grupie kobiet, ale też na skutecznym ich radzeniu sobie z problemami. Warto dodać, że kobiety z długotrwałym urazem rdzenia w celu poradzenia sobie z trudnościami wykorzystują najczęściej strategię polegającą na poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego, religii i akceptacji. Ale – co istotne – dla podejmowanego wyboru znaczenie mają uogólnione przekonania tych kobiet (nadzieja podstawowa, poczucie własnej skuteczności) oraz ich ocena niepełnosprawności (Byra, Gabryś 2022: 5).

Badane kobiety zwróciły też uwagę na brak zainteresowania, odpowiednich kompetencji i przygotowania ze strony personelu medycznego, dla ich unikalnych problemów związanych ze zdrowiem i starzeniem się z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, co w efekcie prowadzi do ich większej samoizolacji i frustracji (Pentland i in. 2002: 375). W kontekście m.in. tych trudności Craven i Musselman (2019: 1) podkreślili konieczność doksztalcania specjalistów rehabilitantów, kładąc nacisk na związane z płcią specyficzne potrzeby i problemy kobiet żyjących i starzejących się z urazem rdzenia kręgowego. Co ważne, Pilusa i inni (2021: 1) wskazują, że aby poprawić opiekę skoncentrowaną na pacjencie z uszkodzeniem rdzenia kręgowego mierzącym się z wtórnymi komplikacjami zdrowotnymi, pracownicy służby zdrowia powinni przede wszystkim skupić się na aktywnym słuchaniu indywidualnych przeżyć i doświadczeń tej osoby, oraz uwzględnić jej wiek i poziom dojrzałości (emocjonalnej, fizjologicznej i społecznej) w chwili nabycia urazu (Groah, Kehn 2010: 3).

Zaprezentowane wyniki badań wskazują na pewne swoiste (wynikające z posiadanej niepełnosprawności) zmiany, ograniczenia i wyzwania, z jakimi spotykają się kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w kontekście ich starzenia się

i starości. Molton i Yorkston (2017: 291) przyjęli, że pomyślne starzenie się osób z długotrwałą niepełnosprawnością można definiować, jako wykorzystywanie zasobów psychologicznych, opieki zdrowotnej i wsparcia społecznego do życia zgodnego z posiadanymi przekonaniem/wartościami w kontekście własnej niepełnosprawności. Tym samym jasne jest, że osiągnięcie pomyślnej starości przez kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest możliwe. Jednak trzeba podjąć jasno skonkretyzowane działania m.in. te, które podają autorzy przytoczonych w opracowaniu badań, a które mają na celu usprawnienie funkcjonowania poszczególnych aspektów życia tych kobiet, by zasoby psychologiczne, opieka zdrowotna i wsparcie społeczne były na jak najwyższym poziomie umożliwiającym osiągnięcie im pomyślnego przebiegu starzenia się i w konsekwencji pomyślnej starości.

Podsumowanie

Celem niniejszego narracyjnego przeglądu literatury było odwołanie się do koncepcji pomyślnego starzenia się w kontekście kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oraz zwrócenie uwagi na istotne w tym zakresie kwestie wynikające ze specyfiki płci. Przyczynkiem do podjęcia tego zagadnienia była argumentacja, o istotnym braku omawianej koncepcji w obrębie osób z niepełnosprawnością. Zdaniem Moltona i Yorkston (2017: 291) wynika to przede wszystkim z powszechności zestawiania pomyślnego starzenia się z brakiem choroby czy niepełnosprawności. Wiadomo, że w grupie osób z uszkodzeniem narządu ruchu proces starzenia się uwarunkowany jest dodatkowymi ograniczeniami wynikającymi z niepełnej sprawności, dlatego należało przyjrzeć się tej specyfice i określić czy faktycznie jest to aspekt uniemożliwiający ujmowanie starzenia się z niepełnosprawnością w kontekście pomyślności oraz jeśli tak, to jakie ewentualne działania mogłyby być podjęte by temu przeciwdziałać/ to usprawnić.

Przeprowadzona analiza (niewielkiej w tym zakresie) literatury przedmiotu pozwoliła na wyodrębnienie kilku płaszczyzn funkcjonowania (fizyczne, społeczne, psychiczne) starzejących się kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, mających znaczenie dla ich egzystencji w tym okresie życia. Zwrócono uwagę m.in. na zmiany i trudności, jakich te kobiety doświadczają w obrębie wymienionych aspektów w związku z posiadanym ograniczeniem ruchu i okresem starzenia się. Należy podkreślić, że autorzy badań (m.in.: Pentland i in. 2002: 375; Liem i in. 2004: 1567; Krause, Broderick 2005: 353; Craven, Musselman 2019: 1; Rohn i in., 2020: 1; Pilusa i in. 2021: 1) konsekwentnie kładli nacisk na polepszenie funkcjonowania starzejących się kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, poprzez poprawę sprawowanej nad nimi specjalistycznej opieki w aspekcie zdrowotnym/fizycznym, społecznym i psychologicznym z naciskiem na uwzględnienie

kontekstu specyfiki płci, o co w wielu przypadkach wnioskowały same kobiety. Molton i Yorkston (2017: 291) wskazują, że pomyślne starzenie się z niepełnosprawnością fizyczną jest złożonym konstruktem składającym się z współzależnych od siebie elementów definiowanych przez samą jednostkę, tj. resilience i przystosowanie, autonomia, więzi społeczne i zdrowie fizyczne.

Biorąc pod uwagę implikacje praktyczne uwzględnionych w opracowaniu badań odnoszących się do kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego należy przede wszystkim uwrażliwić na dostosowane do płci wsparcie w zakresie wymienionych aspektów. Tego typu działania pozwolą poprawić sytuację życia starzejących się kobiet z niepełnosprawnością ruchu, co w istocie może przełożyć się na ujmowanie przez nie omawianego okresu życia w kategoriach pomyślnego.

Z pewnością przyszłym wyzwaniem dla badaczy tej problematyki będzie wyeksponowanie charakteru i jakości zasobów (podmiotowych, społecznych) potrzebnych tym kobietom w osiągnięciu pomyślnej starości. Tym bardziej, że pomimo zwiększonej ich uwagi poświęconej starzeniu się jednostek w ostatnich dekadach, nadal ograniczona jest wiedza na temat życia osób z długotrwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego w późniejszym okresie ich egzystencji (Jørgensen i in. 2017: 356). Warto podkreślić, że kobiety stanowią mniejszy odsetek osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, co stanowi przełożenie na ilość eksploracji badawczych w tej grupie. Tym samym zasadne jest w przyszłych badaniach uwzględnienie specyfiki płci (por. McColl i in. 2004: 366). Ponadto, warto byłoby za przykładem Smailla i współpracowników (2016: 51) stworzyć w Polsce krajowy rejestr osób z długotrwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego, co z pewnością ulepszyłoby system planowania i świadczenia usług, zwłaszcza dla tych, u których występują złożone, powiązane z wiekiem schorzenia wtórne. Zdaniem Rohn i współpracowników (2020: 1) rehabilitanci i badacze, którzy pracują nad lepszym zrozumieniem i poprawą jakości życia osób po urazie rdzenia, muszą uznać, że zdrowie wykracza poza diagnozę i leczenie medyczne, skupiając się tym samym na czynnikach osobowościowych.

Podsumowując należy wskazać, że proces starzenia się kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jest skomplikowany i uwarunkowany wieloma czynnikami wynikającymi m.in. z posiadanych ograniczeń w ruchu. Niemniej prawidłowo sprawowana opieka rehabilitacyjna i medyczna oraz odpowiednio przeszkolony personel medyczny w kontekście posiadanych swoistych (związanych z płcią) problemów i potrzeb tych kobiet w znacznym stopniu przybliży je do osiągnięcia pomyślnego przebiegu starzenia się, i w efekcie pomyślnej starości. Warto dodać, że nieliczne badania (zwłaszcza na gruncie polskim) dotyczące funkcjonowania starzejących się kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego pozwalają jedynie zasygnalizować pewne aspekty.

Bibliografia

- Adriaansen J.J., Post M.W., de Groot S., van Asbeck F.W., Stolwijk-Swüste J.M., Tepper M., Lindeman E. (2013), *Secondary health conditions in persons with spinal cord injury: a longitudinal study from one to five years post-discharge*, *Journal of Rehabilitation Medicine*, 45(10): 1016–1022. <https://doi.org/10.2340/16501977-1207>.
- Barker R., Kendall M., Amsters D., Pershouse K.J., Haines T.P., Kuipers P. (2008), *The relationship between quality of life and disability across the lifespan for people with spinal cord injury*, *Spinal Cord*, 47: 149–155, <https://doi.org/10.1038/sc.2008.82>.
- Boczkowska M. (2020), *Resiliencja a poczucie stresu i samoskuteczności u małżonków/partnerów osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową*, *Szkoła Specjalna*, 5(306): 325–338.
- Bonanno G.A., Kennedy P., Galatzer-Levy I.R., Lude P., Elfstrom M.L. (2012), *Trajectories of resilience, depression, and anxiety following spinal cord injury*, *Rehabilitation Psychology*, 57: 236–247.
- Boyes M. (2013), *Outdoor adventure and successful ageing*, *Ageing & Society*, 33: 644–665, <http://doi.org/10.1017/S0144686X12000165>.
- Byra S. (2014a), *Konstytutywne cechy starzenia się osób z długotrwałą niepełnosprawnością ruchową* [w:] *Współczesne oblicza pomocy społecznej i pracy socjalnej*, M. Czechowska-Bieluga, A. Kanios (red.), Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Byra S. (2014b), *Paradoks niepełnosprawności: w kręgu tezy i antytezy*, *Niepełnosprawność*, 15: 11–28.
- Byra S. (2016), *Czy paradoks niepełnosprawności rzeczywiście istnieje? Wybrane konteksty i wątki dyskusyjne*, *Kwartalnik Pedagogiczny*, 1 (239): 120–138.
- Byra S. (2019), *Niepełnosprawność ruchowa w paradygmacie pozytywnie ukierunkowanym*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- Byra S. (2021), *Associations between post-traumatic growth and wisdom in people with long-term paraplegia – the role of disability appraisals and participation*, *Disability and Rehabilitation*, 8: 1–8. <http://doi.org/10.1080/09638288.2020.1867903-42>.
- Byra S., Gabryś A. (2022), *Coping strategies of women with long-term spinal cord injury – the role of beliefs about the world, self-efficacy, and disability*, *Rehabilitation Counselling Bulletin*. <https://doi.org/10.1177/00343552211063649>.
- Calasanti T. (2016), *Combating ageism: How successful is successful aging?*, *The Gerontologist*, 56: 1093–1101. <http://doi.org/10.1093/geront/gnv076>
- Campbell M.L., Putnam M. (2017), *Reducing the shared burden of chronic conditions among persons aging with disability and older adults in the United States through Bridging aging and disability*, *Health Care*, 5 (56): 1–12.
- Coyle C.P., Santiago M.C., Shank J.W., Ma G.X., Boyd R. (2000), *Secondary conditions and women with physical disabilities: a descriptive study*, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81 (10): 1380–1387, <https://doi.org/10.1053/apmr.2000.9169>. PMID: 11030504.
- Craven B.C., Musselman K.E. (2019), *Improving the care of women with spinal cord injury: Rehabilitation professionals as agents of change*, *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 42 (1), 1–2. <https://doi.org/10.1080/10790268.2019.1656951>.
- Dirlikov B., Lavoie S., Shem K. (2019), *Correlation between thyroid function, testosterone levels, and depressive symptoms in females with spinal cord injury*, *Spinal Cord Series and Cases*, 5 (61), <https://doi.org/10.1038/s41394-019-0203-y>.

- Duda M. (2020), *Wtórne komplikacje zdrowotne w badaniach nad niepełnosprawnością*, Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej, 38: 52–63.
- Gabrys A. (2018), *Bariery w randkowaniu kobiet z niepełnosprawnością ruchową*, Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej, 20: 181–198.
- Gabrys A. (2020), *Social relationship quality among women with spinal cord injury – the role of disability acceptance*, Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja, 56 (2): 121–131.
- Giles H., Gasiorek J., Davis S.M., Giles J. (2021), *Communication for successful aging. Empowering individuals across the lifespan* [w:] *Handbook on ageing with disability*, M. Putnam Ch. Bigdy (red.), Routledge, New York.
- Główny Urząd Statystyczny GUS (2021), *Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2021 r. Stan w dniu 30 czerwca*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosc-i-raz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-2021-6-30.html> [dostęp: 31.01.2022].
- Grodzicka T., Tobiasz-Adamczyk B. (2020), *Nowe koncepcje w podejściu do zdrowego starzenia: rola wielowymiarowych modeli* [w:] *Trajektorie starzenia się związane ze zdrowiem: długofalowe możliwości i synergie (ATHLOS)*, B. Tobiasz-Adamczyk (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Guilcher S.J.T., Craven B.C., Lemieux-Charles L., Casciaro T., McColl M.A., Jaglal S.B. (2013), *Secondary health conditions and spinal cord injury: an uphill battle in the journey of care*, Disability and Rehabilitation, 35 (11): 894–906. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.721048>.
- Halicki J. (2008), *Potoczne definicje pomysłnego starzenia się* [w:] *Pomysłne starzenie się w perspektywie nauk społecznych i humanistycznych*, J.T. Kowaleski, P. Szukalski (red.), Zakład Demografii i Gerontologii Społecznej Uniwersytet Łódzki, Łódź.
- Holicky R., Charlifue S. (1999), *Ageing with spinal cord injury: the impact of spousal suport*, Disability and Rehabilitation, 21 (5–6): 250–257.
- Heikkinen E. (2003), *What are the main risk factors for disability in old age and how can disability be prevented?*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, <http://www.euro.who.int/document/E82970.pdf> [dostęp: 12.11.2021].
- Hodge A.M., English D.R., Giles G.G., Flicker L. (2013), *Social connectedness and predictors of successful ageing*, Maturitas, 75 (4): 361–366. <http://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.05.002>.
- Jensen M.P., Molton I.R., Groah S.L., Campbell M.L., Charlifue S., Chiodo A., Forchheimer M., Krause J.S., Tate D. (2012), *Secondary health conditions in individuals aging with SCI: Terminology, concepts and analytic approaches*, Spinal Cord, 50: 373–378, <https://doi.org/10.1038/sc.2011.150>.
- Jensen M., Truitt A., Schomer K., Yorkston K.M., Baylor C., Molton I.R. (2013), *Frequency and age effects of secondary health conditions in individuals with spinal cord injury: a scoping review*, Spinal Cord, 51: 882–892, <https://doi.org/10.1038/sc.2013.112>.
- Jørgensen S., Iwarsson S., Lexell J. (2017), *Secondary Health Conditions, Activity Limitations, and Life Satisfaction in Older Adults With Long-Term Spinal Cord Injury*, PM and R, 9 (4): 356–366, <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2016.09.004>.
- Jørgensen S., Lennman E., Lexell J. (2021), *Sense of coherence and changes over six years among older adults aging with long-term spinal cord injury*, Spinal Cord, 59: 1278–1284, <https://doi.org/10.1038/s41393-021-00713-6>.
- Kaczmarczyk M., Trafiałek E. (2007), *Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomysłne starzenie*, Gerontologia Polska, 15 (4): 116–118.

- Kalpakjian C.Z., Quint E.H., Bushnik T., Rodriguez G.M., Terrill M.S. (2010), *Menopause Characteristics and Subjective Symptoms in Women with and without Spinal Cord Injury*, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 91: 262–269, <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2009.12.012>.
- Kirchengast S., Haslinger B. (2008), *Gender Differences in Health-Related Quality of Life Among Healthy Aged and Old-Aged Austrians: Cross-Sectional Analysis*, Gender Medicine, 5 (3): 270–278, <https://doi.org/10.1016/j.genm.2008.07.001>.
- Kleineidam L., Thoma M.V., Maercker A., Bickel H., Mösch E., Hajek A., König H.H., Eisele M., Mallon T., Luck T., Röhr S., Weyerer S.W. (2018), *What is successful aging? A Psychometric validation study of different construct definitions*, The Gerontologist, 20: 1–11, <http://doi.org/10.1093/geront/gny083>.
- Kosiol M. (2015), *Psychologiczne aspekty pomyślnego starzenia się [w:] Duchowość jako kategoria egzystencji i transcendencji w starości*, A. Błachnio, A. Fabiś (red.), Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, Kraków.
- Krause J.S., Kemp B., Coker J. (2000), *Depression after spinal cord injury: relation to gender, ethnicity, aging, and socioeconomic indicators*, Archives of Physical Medicine Rehabilitation, 81: 1099–1109.
- Krause J., Broderick L. (2005), *A 25-year longitudinal study of the natural course of aging after spinal cord injury*, Spinal Cord, 43: 349–356, <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101726>.
- Leśniak-Berek E. (2016), *Aktywizacja i wspieranie pomyślnego starzenia się poprzez nowe sposoby działań w ramach senioralnej pracy socjalnej [w:] Znane i nieznanne oblicza starości jako obszar wyzwań dla społeczeństw XXI wieku*, M.H. Herudzińska, I. Błaszczak (red.), Wydawnictwo Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie, Warszawa.
- Liem N.R., McColl M.A., King W., Smith K.M. (2004), *Aging with a spinal cord injury: factors associated with the need for more help with activities of daily living*, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 85: 1567–1577.
- McColl M.A. (2002), *A house of cards: women, aging and spinal cord injury*, Spinal Cord, 40: 371–373. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101332>
- McColl M.A., Charlifue S., Glass C., Lawson N., Savic G. (2004), *Aging, Gender, and Spinal Cord Injury*, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 85: 363–367.
- Mamak-Zdanecka M. (2015), *„Pomyślne starzenie się” w wymiarze demograficznym, społecznym, gerontologicznym [w:] Inkluzja czy ekskluzja? Człowiek stary w społeczeństwie*, M Synowiec-Piłat, B. Kwiatkowska, K. Borysławski (red.), Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, Wrocław.
- Martinson M., Berridge C. (2015). *Successful aging and its discontents: A systematic review of the social gerontology literature*, The Gerontologist, 55: 58–69, <http://doi.org/10.1093/geront/gnu037>.
- Molton I.R., Yorkston K.M. (2017), *Growing Older With a Physical Disability: A Special Application of the Successful Aging Paradigm*, Journals of Gerontology: Social Sciences, 72 (2): 290–299, <http://doi.org/10.1093/geronb/gbw122>
- Murtagh K.N., Hubert H.B. (2004), *Gender Differences in Physical Disability Among an Elderly Cohort*, American Journal of Public Health, 94 (8): 1406–1411.
- Nevedal A., Kratz A.L., Tate D.G. (2015), *Women’s experiences of living with neurogenic bladder and bowel after spinal cord injury: life controlled by bladder and bowel*, Disability and Rehabilitation, 1–9, <http://doi.org/10.3109/09638288.2015.1049378>.

- Ott S. (2001), *Osteoporosis in Women with Spinal Cord Injuries*, Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, 12 (1): 111–131, [https://doi.org/10.1016/S1047-9651\(18\)30086-X](https://doi.org/10.1016/S1047-9651(18)30086-X).
- Pentland W., Walker J., Minnes P., Tremblay M., Brouwer B., Gould M. (2002), *Women with spinal cord injury and the impact of aging*, Spinal Cord, 40: 374–387. <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3101295>
- Phelan E.A., Larson E.B. (2002), *“Successful aging”–Where next?*, Journal of the American Geriatrics Society, 50: 1306–1308. <http://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.t01-1-50324.x>
- Pili R., Gaviano L., Pili L., Petretto D.R. (2018), *Ageing, Disability, and Spinal Cord Injury: Some Issues of Analysis*, Current Gerontology and Geriatrics Research, 1–7, <https://doi.org/10.1155/2018/4017858>.
- Pilusa S.I., Myezwa H., Potterton J. (2021), *Experiences of secondary health conditions amongst people with spinal cord injury in South Africa: A qualitative study*, South African Journal of Physiotherapy, 77 (1), 1530, <https://doi.org/10.4102/sajp.v77i1.1530>.
- Post M.W., Reinhardt J.D. (2015), *Participation and Life Satisfaction in Aged People with Spinal Cord Injury: Does Age at Onset Make a Difference?*, Topics Spinal Cord Injury Rehabilitation, 21 (3): 233–40, <https://doi.org/10.1310/sci2103-233>.
- Putnam M., Bigdy Ch. (2021), *Handbook on ageing with disability*, Routledge, New York.
- Rejter M. (2020), *Potrzeby i marzenia seniorów jako czynniki pomyślnego starzenia się*, Acta Universitatis Lodzianensis, 6 (351): 45–60.
- Rohn E.J., Nevedal A.L., Tate D.G. (2020), *Narratives of long-term resilience: two cases of women aging with spinal cord injury*, Spinal Cord Series and Cases, 6 (23), <https://doi.org/10.1038/s41394-020-0267-8>.
- Rowe J.W., Kahn R.L. (1997), *Successful aging*, The Gerontologist, 37: 433–440.
- Sadler E., Biggs S. (2007), *Exploring the links between spirituality and “successful ageing”*, Journal of Social Work Practice, 20 (3): 267–280, <https://doi.org/10.1080/02650530600931757>.
- Silverman A.M., Molton I.R., Alschuler K.N., Ehde D.M., Jensen M.P. (2015), *Resilience predicts functional outcomes in people aging with disability: a longitudinal investigation*, Archives of Physiology and Medicine Rehabilitation, 96: 1262–1268.
- Smaill R., Schluter P.J., Barnett P., Keeling S. (2016), *People ageing with spinal cord injury in New Zealand: a hidden population? The need for a spinal cord injury registry*, New Zealand Medical Journal, 129 (1438): 50–9.
- Urtamo A., Jyvääkorpi S.K., Strandberg T.E. (2019), *Definitions of successful ageing: A brief review of a multidimensional concept*, Acta Bio Medica: Atenei Parmensis, 90 (2): 359–363, <http://doi.org/10.23750/abm.v90i2.837>.
- Verbrugge L.M., Yang L.-S. (2002), *Ageing with disability and disability with aging*, Journal of Disability Policy Studies, 12 (4): 253–267.
- Wawrzyniak J.K. (2017), *Aktywność zawodowa seniorów [w:] Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, A. Fabiś, J.K. Wawrzyniak, A. Chabior (red.), Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- Wołowicz-Ruszkowska A. (2013), *Zanikanie? Trajektorie tożsamości kobiet z niepełnosprawnością*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- Young Y., Fan M.Y., Parrish J.M., Frick K.D. (2009), *Validation of a novel successful aging construct*, Journal of the American Medical Directors Association, 10: 314–322, <http://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.01.003>.

- Young Y., Frick K.D., Phelan, E. A. (2009), *Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging*, Journal of the American Medical Directors Association, 10: 87–92, <http://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.11.003>.
- Zając-Gawlak I., Pośpiech D. (2014), *Aktywność fizyczna sposobem na pomyślne starzenie się człowieka* [w:] *Osoby starsze w przestrzeni życia społecznego*, praca zbiorowa, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej Województwa Śląskiego, Katowice.