

Alen Sajtl

Kakovostno staranje kljub telesnim in duševnim omejitvam

POVZETEK

V preglednem znanstvenem članku sem ugotavljal, ali lahko kakovost staranja pri posameznikih ocenjujemo zgolj na podlagi prisotnosti ali odsotnosti telesnih ali duševnih omejitev. Za odgovor na zastavljeno vprašanje sem opravil splošen pregled literature v spletnih bazah podatkov PubMed in Web of Science Core Collection. Iskanje relevantnih virov je potekalo preko ključne besedne zveze v angleškem jeziku »successful ageing despite disability«. V pregled literature so bili vključeni vsi viri, ki obravnavajo tako kakovostno staranje kot kakršnokoli obliko telesne ali kognitivne prikrajšanosti. Na koncu je bilo v pregledni članek vključenih sedem prispevkov.

Iz pregledanih virov je razvidno pomanjkanje raziskav, ki proučujejo odnos med kakovostnim staranjem in specifičnim obolenji. Je pa relativno dobro raziskano področje krhkosti (frailty), kjer gre za splošno zmanjšanje telesnih in/ali kognitivnih zmožnosti. Prav tako je na voljo veliko podatkov o stoletnikih, ki imajo običajno več telesnih in kognitivnih izgub. Plodno je tudi področje, ki proučuje razloge za subjektivno kakovostno staranje, kljub objektivnim (telesnim ali duševnim) omejitvam.

Glede na zbrano literaturo lahko zaključim, da samo objektivna ali subjektivna mera kakovostnega staranja nista dovolj za primerno oceno kakovostnega staranja. Le kombinacija objektivnih in subjektivnih meril je lahko merodajna in učinkovito prispeva k razvoju intervencij, ki bi spodbujale kakovostno staranje.

Ključne besede: kakovostno staranje, zmanjšane telesne in kognitivne zmožnosti, krhkost, stoletniki, varovalni dejavniki

AVTOR

Alen Sajtl (1984) je univerzitetni diplomirani psiholog in doktorski študent socialne gerontologije (AMEU), zaposlen na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje. Po končanem študiju je delal kot koordinator aktivnosti na področju duševnega zdravja in dela s starejšimi ljudmi. Na Inštitutu se posveča predvsem raziskovalnemu delu, razvoju starosti prijaznih skupnosti ter preventivnem socialno varstvenem programu Staranje brez nasilja.

ABSTRACT

Quality ageing despite physical and mental limitations

In this review article, I investigated whether the quality of ageing in individuals can be assessed solely based on the presence or absence of physical or mental limitations. To answer the question, I conducted a general literature review in PubMed and Web of Science Core Collection online databases. Relevant sources were searched using the key phrase in English “successful aging despite disability”. The literature review included all sources dealing with both quality ageing and any form of physical or cognitive disability. In the end, seven papers were included in the review article.

The sources reviewed show a lack of research examining the relationship between quality ageing and specific conditions. However, the area of frailty, which refers to a general decline in physical and/or cognitive abilities, is relatively well researched. There is also a wealth of data on centenarians, who tend to have more physical and cognitive loss. Another fruitful area is that of studying the reasons for subjective qualitative ageing, despite objective (physical or mental) limitations.

In the light of the literature, I concluded that objective or subjective measures of Quality of Ageing alone are not sufficient to adequately assess Quality of Ageing. Only a combination of objective and subjective measures can be meaningful and contribute effectively to the development of interventions to promote quality ageing.

Keywords: successful ageing, reduced physical and cognitive abilities, frailty, centenarians, protective factors

AUTHOR

Alen Sajtl (1984) is a university graduate psychologist and doctoral student of social gerontology (AMEU), working at the Anton Trstenjak Institute for Gerontology and Intergenerational Coexistence. After graduation, he worked as a coordinator of activities in the field of mental health and work with older people. At the Institute, he focuses on research, the development of age-friendly communities and the preventive social care programme Ageing without Violence.

1 UVOD

Kakovostno staranje (successful ageing) velja med raziskovalci za sprejeto mero kakovosti posameznikovega življenja. Kljub temu, da gre v dobesednem prevodu za uspešno staranje, sem se odločil za rabo v slovenščini bolj uveljavljenega izraza kakovostno staranje. Kakovostno staranje je namreč širši

pojmem, »ki upošteva celotnega človeka z vsemi njegovimi razsežnostmi in potrebami, zmožnostmi, možnostmi in nalogami« (Ramovš, 2003). Hkrati je celostna in bolj vključujoča opredelitev tudi trenuten trend na področju kakovostnega staranja.

Kljub relativno dolgi zgodovini pa glavna pomanjkljivost kakovostnega staranja ostaja odsotnost enotne opredelitve. Tako sta (Depp & Jeste, 2006) *gender, education, and social contacts* v 28 objavljenih člankih našla kar 29 različnih opredelitev kakovostnega staranja (v nadaljevanju KS). Ugotovila sta, da je bila najpogostejša sestavina opredelitev KS invalidnost in/ali telesno delovanje ($n = 26$ opredelitev), ki ji je sledilo kognitivno delovanje ($n = 13$). Socialno in produktivno delovanje je bilo vključeno le v osmih študijah, prisotnost bolezni pa v šestih študijah. Sčasoma so KS razlagali na toliko načinov, da je splošno sprejeto, da ni standardne opredelitve. Pomanjkanje dosledne opredelitve ima tudi praktične posledice, saj otežuje primerjave. V eni študiji je lahko spremenljivka vključena kot del opredelitve KS, v drugi študiji pa je ista spremenljivka morda obravnavana kot pojasnjevalni dejavnik.

Kljub temu pa za prvo pravo opredelitev KS velja model, ki sta ga zastavila Rowe & Kahn (1987); v njem sta predlagala, da sta za visoko raven delovanja potrebni tako duševna kot telesna sposobnost, ki sta neodvisni druga od druge, tretji dejavnik pa je aktivna vključenost v življenje. Predlagala sta, da so tri komponente njenega modela relativne in da so odnosi med njimi do neke mere hierarhični. V odsotnosti bolezni in invalidnosti je lažje ohranjati duševne in telesne funkcije, kar posledično omogoča vključenost v življenje (Rowe & Kahn, 2015). Poleg dela Rowea in Kahna je bilo le malo opredelitev, ki bi bile tako izčrpne, kar deloma tudi pojasnjuje razširjenost njenega modela.

Med študijami, ki sta jih izpostavila (Depp & Jeste, 2006) *gender, education, and social contacts* in ki so imele celovito opredelitev KS, se je razpon posameznikov, opredeljenih kot uspešno starajočih, gibal od 0,4 do 95,0 odstotka, s povprečjem 35,8 odstotka. Ta razlika je posledica raznolikosti študij in uporabljenih merskih instrumentov. V nasprotju s celovitimi modeli KS so bile v več študijah za prepoznavanje posameznikov, ki se kakovostno starajo, uporabljene tudi samoocenjevalne lestvice. Te študije so odkrito nasprotovale modelu Rowea in Kahna, ker so preveč omejujoče v smislu prepoznavanja posameznikov, ki se kakovostno starajo. Model KS Rowea in Kahna temelji na predpostavki, da mora posameznik izpolnjevati vsa tri merila iz modela, da bi bil opredeljen kot uspešen, oziroma da lahko rečemo, da se kakovostno stara.

Na področju kakovostnega staranja je torej ključno vprašanje, kako ga meriti; ali naj se uporabljajo kvantitativne ali kvalitativne metode. Nekatere študije so

primerjale udeležence, ki so ali niso izpolnjevali objektivnih meril za uspešno staranje, vendar niso raziskovale razlogov za neskladje med različnimi merili (Pruchno idr., 2010).

Priporočen je bil tudi kombinirani pristop, pri katerem je treba vzporedno uporabljati objektivne in subjektivne ukrepe. Strawbridge idr. (2002) so ugotovili, da se je polovica (50,3 %) starejših oseb, vključenih v njihovo študijo, močno strinjala z izjavo »kakovostno se staram«, medtem ko je manj kot petina udeležencev (18,8 %) izpolnjevala objektivna merila, kar nakazuje, da objektivna merila morda niso dovolj.

Različni avtorji so torej mnenja, da je uspešno staranje mogoče doseči tudi v neugodnih zdravstvenih razmerah. Z razvojem literature o KS se je povečalo tudi zanimanje za to, v kolikšni meri se uspešno starajo številne populacije, ki so bile prej izključene iz preučevanja. Kvalitativni, subjektivni pristop omogoča upoštevanje posameznikov, ki na uspeh gledajo kot na proces prilagajanja, in lahko dopolnijo opredelitve raziskovalcev.

Čeprav se kronična stanja in telesna invalidnost s starostjo povečujejo, se je le malo študij posebej osredotočilo na starejše z invalidnostjo v poznem življenjskem obdobju. Tako edinstveni pogledi starejših invalidov, zlasti tistih, ki menijo, da se uspešno starajo, niso dobro opisani in jih je treba razumeti.

2 KRHKOST IN KAKOVOSTNO STARANJE

Oprelitev krhkosti (frailty) je veliko, običajno pa gre za osebo starejšo od 65 let, ki je pri vsakodnevnih opravilih odvisna od drugih in potrebuje oskrbo v institucijah ali na splošno. Za merjenje krhkosti je bilo razvitih več instrumentov. Strawbridge idr. (2002) so krhkost ocenili s pomočjo štirih področij: telesnega delovanja, kognitivnega delovanja in senzoričnih težav ter prehranjevanja.

Večina raziskav o krhkosti se osredotoča na primanjkljaje in tveganja za škodljive izide. Vendar pa nekateri krhki starejši ljudje poročajo o nizki kakovosti življenja, drugi pa o relativno visoki kakovosti življenja. Cilj raziskave van der Vorst idr. (2017) je bil pojasniti razlike med višjimi in nižjimi ravnmi kakovosti življenja, s posebnim zanimanjem za opredelitev prednosti, ki jih imajo krhki starejši ljudje z višjo kakovostjo življenja.

Ker imajo lahko krhki starejši ljudje še vedno dobro zaznано kakovost življenja, je to lahko pomembno izhodišče za pristop, ki temelji na zmožnostih in ne na omejitvah. Prejšnje raziskave so na primer pokazale, da je skoraj 50 % udeležencev, ki so bili prepoznani kot krhki, vsaj na telesnem področju še vedno poročalo o dobrem do odličnem kakovostnem staranju (Ament idr., 2014).

V primerjavi s starostniki z nižjo kakovostjo staranja so bili krhki starostniki z višjo kakovostjo staranja bolj zadovoljni s svojo socialno mrežo, poročali so o večjem smislu v življenju, imeli so več želja in pričakovanj v prihodnosti, želeli so biti koristni in pomagati drugim (van der Vorst idr., 2017).

Zanimiva je bila primerjava obeh skupin pri soočanju s težavami. Udeleženci v obeh podskupinah so kot pomembne dejavnike za soočanje s težavami navedli sprejemanje, aktivno reševanje težav (npr. urjenje spomina in ohranjanje telesne dejavnosti), izražanje čustev/občutkov, optimizem, vero, iskanje razvedrila (npr. ukvarjanje z hobiji) in primerjanje s tistimi v slabšem položaju.

Vendar so se nekatere strategije za reševanje težav zdele bolj razširjene v podskupini z visokim KS. Udeleženci so na primer zamenjali dejavnosti (npr. »Včasih sem se še vedno lahko vozil s kolesom, zdaj obiskujem tovariše, prijatelje in družino«). Aktivno so iskali socialno podporo pri prijateljih in družinskih članih, prav tako je več udeležencev uporabljalo pripomočke v primerjavi s podskupino z nizkim KS, kar jim je dejansko omogočilo, da so počeli stvari, ki so jih želeli. Poleg tega so se udeleženci z višjo ravniyo kakovosti življenja trudili, da se ne bi ukvarjali s preteklostjo ali stvarmi, ki jih ne morejo več početi. Namesto tega so se osredotočili na pozitivne vidike, npr. na tisto, kar še vedno lahko počnejo (van der Vorst idr., 2017).

Zanimiva je tudi raziskava (Chou idr., 2012), kjer se je v intervjujih razkri- lo bistvo izkušenj starejših udeležencev s krhkostjo, ki sovпада s konceptom kakovostnega staranja. Izpostavljene teme so bile splošna telesna zmogljivost, psihološko zdravje in fiziološko zdravje. Kar zadeva fizično delovanje, so vsi udeleženci na objektivnem testu dosegli odličen rezultat, kar kaže na popolno neodvisnost pri vsakdanjih opravilih, kljub temu pa so se vsi samoocenjevali za krhke. Glavni razlog za to pomanjkanje samostojnosti ni bila krhkost, temveč družinski člani, ki so se odzvali na staranje udeležencev in v njihovem imenu poskrbeli za večino stvari. Stopnja odvisnosti se je izkazala za ključno pri za- znavanju krhkosti pri starejših (Chou idr., 2012).

Zdi se, da imajo krhki starejši ljudje z višjo kakovostjo staranja boljše in učinkovitejše načine spoprijemanja in/ali prilagajanja težavam. Tudi pretekle raziskave so pokazale, da se starejši, ki so bili razvrščeni kot šibki, ne dojema- jo vedno kot šibki, zato lahko »doživljanje krhkosti« vpliva tudi na njihovo samooceno kakovosti staranja (Puts idr., 2007).

3 KAKOVOSTNO STARANJE STOLETNIKOV

Visoko starost običajno spremljajo tudi zmanjšane telesne in kognitivne sposobnosti, ki so lahko del kroničnih bolezni ali naravnega upada zmožnosti.

In res je prav starost dejavnik, ki najbolj dosledno napoveduje KS. Z naraščajočo starostjo nastopi dramatičen upad v KS (Depp & Jeste, 2006). Vendar so nove študije, ki temeljijo na bolj psihološkem pristopu, predstavile zavidljivo sposobnost nekaterih zelo starih posameznikov, da premagujejo preizkušnje in se prilagajajo izzivom visoke starosti.

Študije, ki so se osredotočile na objektivni vzorec uspešnosti stoletnikov, so ugotovile, da jih ob uporabi objektivnih meril ne moremo zlahka uvrstiti med starostnike, ki se kakovostno starajo. V študiji s 602 stoletnikoma iz italijanske študije o stoletnikih se je pokazalo, da tudi v skupini udeležencev brez posebne bolezni, ti niso ohranili nobene družabne ali produktivne dejavnosti, zato jih ni mogoče šteti za kakovostno starajoče se (Araújo idr., 2016).

V drugi študiji na vzorcu 234 stoletnikov iz študije Georgia Centenarian Study so (Cho idr., 2015) ugotovili, da je 29,5 % starostnikov imelo nizko verjetnost bolezni, 4,4 % je izpolnjevalo merila telesne in kognitivne zmogljivosti, 57,5 % pa je bilo vključenih v življenje, vendar tudi v tej raziskavi nobeden od stoletnikov ni izpolnjeval vseh treh sestavin uspešnega staranja. Tako ne preseneča, da so ti avtorji predlagali alternativni model, osredotočen na psihosocialne vidike (tj. subjektivno zdravje, zaznani ekonomski status in sreča), zaradi česar se skoraj polovica (47,5 %) stoletnikov te raziskave šteje za kakovostno se starajoče.

Rezultati potrjujejo ugotovitve predhodnih raziskav, da bo odstotek stoletnikov, ki izpolnjujejo subjektivna merila uspešnega staranja, višji od odstotka, ki izpolnjuje objektivna merila pri komponentah, povezanih z zdravjem, ki jih navajata Rowe in Kahn, ne pa tudi pri dejavnem vključevanju v življenje (McLaughlin idr., 2010). Rezultati kažejo tudi, da je razširjenost KS pri najstarejših starostnikih kljub upoštevanju subjektivnih meril zelo nizka, kar potrjuje izrazito manjše možnosti za kakovostno staranje z naraščajočo starostjo (McLaughlin idr., 2010).

Cho idr. (2015) so z analizo izkušenj stoletnikov in osemdesetletnikov ugotovili, da le redki starejši ljudje lahko ohranijo visoko raven delovanja, da bi jih lahko označili za kakovostno starajoče. Podobno ugotavljajo Andersen - Ranberg idr. (2001), ki trdijo, da zdravi stoletniki ne obstajajo, avtonomni pa, kar kaže, da ima dolgoživost lahko svojo ceno. Poleg tega bi zelo malo stoletnikov uvrstili med »uspešne« po merilih Rowea in Kahna.

Preučevanje življenja in vzorcev stoletnikov razkriva veliko heterogenost med posamezniki, ugotovitve pa kažejo na potrebo po upoštevanju dodatnih meril, ki širijo koncepte in večdimenzionalne vidike KS med najstarejšimi odraslimi. Konkretno za skupino stoletnikov lahko takšen pristop raziskovalcem pomaga pridobiti globlji vpogled v to, kako ta posebna skupina dosega

kakovostno staranje tudi v pogojih fizičnih zdravstvenih omejitev, invalidnosti in družbenih omejitev. Zato je upravičena širša opredelitev kakovostnega staranja, ki bo bolj usmerjena v proces (Araújo idr., 2016).

4 PRILAGODITVE, KI OMOGOČAJO KAKOVOSTNO STAROST

4.1 MODEL SELEKTIVNE OPTIMIZACIJE S KOMPENZACIJO

Kadar je govora o alternativni prevladujočemu modelu Rowe in Kahna, ne moremo mimo modela selektivne optimizacije in kompenzacije. Avtorja modela Baltes in Baltes (1990) vidita kakovostno staranje kot prilagoditveni proces, pri katerem starejši ohranjajo subjektivni občutek dobrega počutja in kakovostnega staranja. Ugotavljata, da imajo starejši ljudje sposobnost kompenzacije očitnih izgub s pomočjo nadomestnih procesov (tj. zunanjih pripomočkov in/ali pomoči drugih), ki omogočajo izvajanje fizičnih nalog na nov način. Če je splošni poudarek še vedno na doseganju ciljev in če starejši za dokončanje naloge uporablja nadomestne metode, se lahko še vedno kakovostno stara (Baltes & Baltes, 1990).

4.2 PROŽNOST (RESILIENCE)

Kljub zmanjšanim zmožnostim v različnih okoliščinah običajno najdemo izjeme, ki se teoriji in objektivnim kriterijem navkljub kakovostno starajo. Temu primerno so dobro raziskani tudi ključni dejavniki KS. Med najpogostejše omenjenimi varovalnimi dejavniki, ki omogočajo kakovostno staranje je zgotovo prožnost (resilience), ki se običajno opisuje kot odziv na akutne stresne dejavnike, vendar je lahko pomemben vidik ohranjanja kakovosti življenja kljub s staranjem povezanimi telesnimi in duševnimi izgubami (Jeste idr., 2013).

V raziskavi (Jeste idr., 2013) je bila povprečna samoocena KS 8,2 (od 10), pri čemer je bila višja starost povezana z višjo oceno, kljub slabšemu telesnemu in kognitivnemu delovanju.

Model, ki je v tej raziskavi najbolje napovedoval KS, je vključeval večjo prožnost, boljše telesno zdravje, višjo starost ter manjšo depresivnost. Čeprav je bila v analizah samoocena uspešnega staranja povezana s telesnim zdravjem in kognitivnim delovanjem, ki s starostjo običajno upadata, je bila v tej raziskavi višja starost povezana z višjo samooceno uspešnega staranja. Prožnost in v nasprotni smeri depresivnost sta pokazala pomemben vpliv na KS primerljivo z vplivom telesnega zdravja (Jeste idr., 2013).

Čeprav iz presečnih podatkov ni mogoče sklepati o vzročni povezanosti, imata lahko povečanje prožnosti in zmanjšanje depresije enako močan učinek na uspešno staranje kot zmanjšanje telesne invalidnosti. Ni pa na primer jasno

ali večja prožnost vodi k bolj kakovostnem staranju po lastni oceni ali obratno. Popolno telesno zdravje ni niti nujno niti zadostno za kakovostno staranje, kot ga opredeljujejo starejši sami. Njihova celostna samoocena vključuje močan poudarek na psiholoških dejavnikih, kot so prožnost, optimizem in dobro počutje, skupaj z odsotnostjo depresije (Jeste idr., 2013).

4.3 VAROVALNI DEJAVNIKI STOLETNIKOV

Raziskave mehanizmov in atributov povezanih s to pozitivno prilagoditvijo stoletnikov poudarjajo predvsem osnovne dejavnike (npr. stopnja izobrazbe, delovna usposobljenost), psihološke attribute (npr. samoreferenčna prepričanja, odnos do življenja) ter socialne in ekonomske vire (npr. socialna mreža, dohodek) (Jopp & Rott, 2006).

Prosti čas in produktivne družbene dejavnosti se v prejšnjih študijah med stoletniki nista pojavljala kot pomembna dejavnika KS. Tako zdravi in samostojni stoletniki z dobrimi telesnimi in kognitivnimi sposobnostmi pogosto nimajo družbenih dejavnosti in široke socialne mreže, a se kljub temu po njihovem mnenju kakovostno starajo (Carstensen, 1992).

4.4 MEDKULTURNE RAZLIKE V DOŽIVLJANJU OMEJITEV

Koncept KS pri različnih populacijah ni bil dobro raziskan, še posebej manjkajo podatki o povezanosti telesnih in duševnih omejitev s KS. V eni od redkih tovrstnih raziskav so v različnih rasnih/etničnih skupinah ugotavljali podobnosti in razlike z drugimi raziskavami. Ugotovili so, da Azijci na primer, v primerjavi z drugimi rasnimi/etničnimi skupinami pogosteje poudarjajo povezavo med razgledanostjo in zdravjem, družino in tem, da imajo malo zdravstvenih težav. Med Latinoameričani ni bilo ugotovljenih vsebinskih razlik, vendar ugotavljajo, da se v primerjavi z belci pogosteje opredelijo za stare in poročajo o večjem poslabšanju zdravja s staranjem, kar bi lahko vplivalo tako na njihovo subjektivno kot objektivno merilo KS. Kot pomemben del KS se je izkazala tudi izobrazba, saj se niso mogli šteti za kakovostno postarane, če niso imeli več kot osnovnošolske izobrazbe. Ugotavljajo tudi, da obstajajo kulturne in strukturne ovire za KS, saj razlike v zdravju, dostopu do zdravstvenega varstva in akulturaciji vplivajo na sposobnost starejših Latinoameričanov za KS, zlasti če se uporabljajo objektivna merila (Romo idr., 2013).

Medkulturna študija je izpostavila predvsem tri teme, katerih uspešno reševanje vodi v kakovostno staranje kljub omejitvam:

- **Prilagajanje na novo resničnost.** Za sprejemanje staranja in prilagajanje starostnim spremembam so uporabljali različne strategije spoprijemanja. Ključno za priznavanje nove realnosti je bilo stališče, da je staranje

neizogiben naravni proces, ki vključuje s starostjo povezane zmanjšane zmožnosti.

- **Sprejemanje pomoči** je vključevalo priznanje, da nekaterih stvari starejši ne morejo več narediti sami, zato se morajo zanašati na druge. Vendar pa so se starejši raje zanašali na pomoč vlade ali organizacij kot na družino ali prijatelje. Stiska, da so družini v breme, je pri teh udeležencih očitna in jo dojemajo kot oviro za KS. Ena izmed študij je pokazala, da starejši ljudje raje prejemajo podporo, ki izboljšuje njihovo samostojnost in dobro počutje, namesto intervencij, ki se osredotočajo na boleznin in disfunkcije. Poleg tega ne marajo pristopa, v katerem se vsak starejši dojema kot oseba s tveganjem za primanjkljaj (Lette idr., 2015).
- **Primerjava s tistimi, ki jim gre slabše.** Po tej teoriji (downward comparison theory) se ljudem, ki se primerjajo z drugimi, ki naj bi jim šlo slabše, izboljša razpoloženje (poveča se njihovo subjektivno počutje). Ljudje, ki se počutijo ogrožene, naj bi se najverjetneje primerjali navzdol, zlasti če se ne morejo neposredno soočiti z virom ogroženosti. Kot kognitivna prilagoditev je bila primerjava navzdol uporabljena za optimizacijo samopodobe in občutka dobrega počutja udeležencev in je skladna z ugotovitvami, da ima zaščitni učinek za starejše (Frieswijk idr., 2004). S primerjavo navzdol lahko starejši poudarijo pozitivne vidike svojega življenja ter izboljšajo svoje počutje in pogled na življenje.

Kot kaže študija starejši z invalidnostjo v poznem življenjskem obdobju pogosto uživajo v dobrem počutju in imajo občutek, da so se uspešno postarali. Prizadevanja za zmanjšanje boleznin in invalidnosti v poznem življenjskem obdobju so pomembna in jih ne smemo zanemariti; vendar je potrebno tudi zavedanje, da se vsakdo neizogibno stara in pri večini bo pred smrtjo nastopilo obdobje poslabšanja (Romo idr., 2013).

5 STARANJE Z INVALIDNOSTJO ALI STARANJE V INVALIDNOST

Ključnega pomena je, da modeli KS vključujejo tudi invalidno populacijo. Vendar številne sedanje opredelitve KS poudarjajo izogibanje invalidnosti in visoko stopnjo telesne zmogljivosti kot nujni pogoj za dobro počutje (Molton & Yorkston, 2017).

V eni od raziskav so razprave v fokusnih skupinah pokazale, da je KS oseb z dolgotrajno telesno invalidnostjo zapleten konstrukt, ki obsega več medsebojno

povezanih področij, vključno s psihološko odpornostjo in prilagoditvijo, avtonomijo, socialno povezanostjo ter razpoložljivostjo ustreznega in dostopnega zdravstvenega varstva (Molton & Yorkston, 2017).

A tudi tu so pomembne razlike predvsem med tistimi, ki se starajo z invalidnostjo ali se starajo v invalidnost. Starejši ljudje z dolgotrajno invalidnostjo prej doživijo omejitve in se nanje prilagodijo ter so celo bolj prilagojeni kot ljudje brez invalidnosti, ker so razvili določeno prožnost. Pojmi staranje, kakovostno staranje in invalidnost so bili v posameznikovih življenjskih izkušnjah združeni. Izkušnje udeležencev raziskave s staranjem in invalidnostjo so bile tesno povezane z izkušnjami in razlagami kakovostnega staranja in jih ni mogoče zlahka ločiti (Molton & Yorkston, 2017).

6 ZAKLJUČEK

Prispevek je sistematičen pregled izkušenj kakovostnega staranja z vidika starejših z določenimi omejitvami. Glavna ugotovitev je, da kakovostnega staranja ne smemo podcenjevati in ocenjevati le na podlagi odsotnosti boleznih. Kljub zelo raznolikim omejitvam, ki niso skladne s prevladujočimi opredelitvami, je veliko udeležencev različnih raziskav še vedno menilo, da so se kakovostno (po)starali.

Ljudje, ki se kakovostno starajo v težkih okoliščinah, so dokaz kljubovalne moči duha. Ključno je sprejemanje sprememb in prilagoditev na svoj življenjski položaj. Nekateri so s starostjo povezano nezmožnost sprejeli kot naravno in se ustrezno prilagodili svojim okoliščinam. Ti udeleženci so dosegli kakovostno staranje z osredotočenostjo na uspehe v svojem življenju in ne na svoje fizično stanje.

Čeprav je spodbudno, da se posamezniki ocenjujejo kot kakovostno starajoče osebe, to še ne zagotavlja, da res dosejajo ali ohranjajo visoko kakovost življenja. So pa ti rezultati subjektivnega doživljanja KS lahko koristni pri razvoju programov ali pa kot smernice zdravnikom in oskrbovalcem, ki jih zanima spodbujanje in ohranjanje zdravja ali upočasnitev napredovanja krhkosti. Ponudniki storitev bi lahko na primer pripomočke predstavili kot sredstvo za ohranjanje mobilnosti in ne kot znak večje odvisnosti.

Na splošno lahko iz pregleda zaključim, da je kombinirani model, ki uporablja objektivna in subjektivna merila, natančnejši način za ugotavljanje, kateri starejši ljudje se kakovostno starajo. Subjektivni rezultati so sicer vedno bolj verodostojni v raziskavah intervencij in storitev, a morajo temeljiti na realističnih pričakovanjih o tem, kaj je v visoki starosti sploh mogoče.

LITERATURA

- Ament B. H. L., De Vugt M. E., Verhey F. R. J., & Kempen G. I. J. M. (2014). Are physically frail older persons more at risk of adverse outcomes if they also suffer from cognitive, social, and psychological frailty? *European Journal of Ageing*, 11(3), 213–219. <https://doi.org/10.1007/s10433-014-0308-x>
- Andersen-Ranberg K., Schroll M., & Jeune B. (2001). Healthy Centenarians Do Not Exist, but Autonomous Centenarians Do: A Population-Based Study of Morbidity Among Danish Centenarians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(7), 900–908. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49180.x>
- Araújo L., Ribeiro O., Teixeira L., & Paúl C. (2016). Successful aging at 100 years: The relevance of subjectivity and psychological resources. *International Psychogeriatrics*, 28(2), 179–188. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001167>
- Baltes P. B., & Baltes M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. V P. B. Baltes & M. M. Baltes (Ur.), *Successful Aging* (1. izd., str. 1–34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Carstensen L. L. (1992). Motivation for social contact across the life span: A theory of socioemotional selectivity. *Nebraska Symposium on Motivation. Nebraska Symposium on Motivation*, 40, 209–254.
- Cho J., Martin P., Poon L. W., & for the Georgia Centenarian Study. (2015). Successful Aging and Subjective Well-Being Among Oldest-Old Adults. *The Gerontologist*, 55(1), 132–143. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu074>
- Chou H.-K., Yan S.-H., Lin I.-C., Tsai M.-T., Chen C.-C., & Woung L.-C. (2012). A pilot study of the telecare medical support system as an intervention in dementia care: The views and experiences of primary caregivers. *The Journal of Nursing Research: JNR*, 20(3), 169–180. <https://doi.org/10.1097/jnr.0b013e318263d916>
- Depp C. A., & Jeste D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 14(1), 6–20. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc>
- Frieswijk N., Buunk B. P., Steverink N., & Slaets J. P. J. (2004). The effect of social comparison information on the life satisfaction of frail older persons. *Psychology and Aging*, 19(1), 183–190. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.1.183>
- Jeste D. V., Savla G. N., Thompson W. K., Vahia I. V., Glorioso D. K., Martin A. S., Palmer B. W., Rock D., Golshan S., Kraemer H. C., & Depp C. A. (2013). Association between older age and more successful aging: Critical role of resilience and depression. *The American Journal of Psychiatry*, 170(2), 188–196. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030386>
- Jopp D., & Rott C. (2006). Adaptation in very old age: Exploring the role of resources, beliefs, and attitudes for centenarians' happiness. *Psychology and Aging*, 21(2), 266–280. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.2.266>
- Lette M., Baan C. A., van den Berg M., & de Bruin S. R. (2015). Initiatives on early detection and intervention to proactively identify health and social problems in older people: Experiences from the Netherlands. *BMC Geriatrics*, 15(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0131-z>
- McLaughlin S., Bonner G., Mboche C., & Fairlie T. (2010). A pilot study to test an intervention for dealing with verbal aggression. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 19(8), 489–494. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.8.47638>
- Molton I. R., & Yorkston K. M. (2017). Growing Older With a Physical Disability: A Special Application of the Successful Aging Paradigm. *The Journals of Gerontology: Series B*, 72(2), 290–299. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbw122>
- Pruchno R. A., Wilson-Genderson M., & Cartwright F. (2010). A Two-Factor Model of Successful Aging. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(6), 671–679. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbq051>
- Puts M. T. E., Shekary N., Widdershoven G., Heldens J., Lips P., & Deeg D. J. H. (2007). What does quality of life mean to older frail and non-frail community-dwelling adults in the Netherlands? *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 16(2), 263–277. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-9121-0>
- Ramovš Jože (2003). Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka in Slovenska akademija znanosti in umetnosti.

- Romo R. D., Wallhagen M. I., Yourman L., Yeung C. C., Eng C., Micco G., Pérez-Stable E. J., & Smith A. K. (2013). Perceptions of successful aging among diverse elders with late-life disability. *The Gerontologist*, 53(6), 939–949. <https://doi.org/10.1093/geront/gns160>
- Rowe J. W., & Kahn R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science (New York, N.Y.)*, 237(4811), 143–149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>
- Rowe J. W., & Kahn R. L. (2015). Successful Aging 2.0: Conceptual Expansions for the 21st Century. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(4), 593–596. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
- Strawbridge W. J., Wallhagen M. I., & Cohen R. D. (2002). Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42(6), 727–733. <https://doi.org/10.1093/geront/42.6.727>
- Van der Vorst A., Zijlstra G. A. R., De Witte N., Vogel R. G. M., Schols J. M. G. A., Kempen G. I. J. M., & D-SCOPE Consortium. (2017). Explaining discrepancies in self-reported quality of life in frail older people: A mixed-methods study. *BMC Geriatrics*, 17(1), 251. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0641-y>

Avtor:

Alen Sajtl: alen@iat.si