

Późna dorosłość – okres strat czy nowych wyzwań?

Paweł Zielazny¹, Przemysław Biedrowski², Dominika Mucha³

¹ Klinika Alergologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

² Oddział Neurochirurgii, Pomorskie Centrum Traumatologii

³ Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Pruszczu Gdańskim

Zielazny P, Biedrowski P, Mucha D. Późna dorosłość – okres strat czy nowych wyzwań? Med Og Nauk Zdr. 2013; 19(3): 284–287.

Streszczenie

Cel pracy: W społeczeństwach zachodnich dominuje negatywny obraz starości. Współcześni badacze sugerują jednak, że starość nie musi być tylko okresem strat. Starość może być pozytywna, nawet w obliczu choroby przewlekłej. Celem pracy było nakreślenie podstawowych strat, jakie doświadcza jednostka w okresie późnej dorosłości, a także ukazanie starości jako okresu nowych wyzwań i zadań do realizacji, zwłaszcza w kontekście założeń psychologii pozytywnej.

Wyniki: Zgodnie z definicją WHO, okres późnej dorosłości rozpoczyna się w 60 r. ż. Do najpoważniejszych problemów osób starszych należą kłopoty ze zdrowiem, przejście na emeryturę, uszczuplenie dochodów, utrata pozycji społecznej, samotność, śmierć bliskich osób, poczucie lęku, niepewności, zagrożenia. Pojawia się konieczność wypracowania innych niż dotychczasowe mechanizmów adaptacyjnych. Mechanizmy te nie muszą być tylko negatywne. Koncepcja pozytywnego starzenia się opiera się na działaniach, które jednostka może podejmować w celu zwiększenia dobrostanu. Wypracowanie nowych, pozytywnych mechanizmów adaptacyjnych szczególnie istotne jest w przypadku osób starszych chorujących przewlekłe, np. u chorych na POCHP. Do pozytywnych mechanizmów adaptacyjnych można zaliczyć m.in. wprowadzanie zintegrowanych modeli opieki, kreowanie nowych możliwości uczenia się, wolontariat.

Wnioski: Okres późnej dorosłości jest czasem zarówno strat, jak i nowych możliwości. Człowiek posiadający wiedzę oraz umiejętności może utrzymać zdrowie i dobrą jakość życia do późnych lat.

Słowa kluczowe

starość, pozytywne starzenie się, POCHP, wolontariat

WSTĘP

Późna dorosłość to okres starzenia się człowieka, nazywany tradycyjnie starością. Przez długie lata temat ten nie mieścił się w kręgu zainteresowań psychologii akademickiej. Obecne złożone zainteresowanie tym zagadnieniem wiąże się przede wszystkim z demograficznym faktem postępującego w coraz szybszym tempie starzenia się społeczeństw, zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych [1].

Zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną i psychologiczną, starość nie jest chorobą, gdyż choroba to reakcja ustroju na działanie czynnika ustrojowego, prowadząca do wyczerpania zdolności adaptacyjnych, do zaburzeń współdziałania narządów i tkanek, a w następstwie do zaburzeń czynnościowych i zmian w organizmie. Starość również nie jest kalectwem, gdyż poprzez kalectwo rozumiemy poważne uszkodzenie ciała utrudniające lub uniemożliwiające normalne funkcjonowanie. Starość jest więc jedynie naturalnym okresem życia, następującym po wieku dojrzałym, tak jak młodość poprzedzona jest dzieciństwem [2].

W badaniach psychologiczno-medycznych nie ma jednolitego kryterium początku starości i jej periodyzacji. Granica między średnią dorosłością a starością jest płynna i uwarunkowana indywidualnym zróżnicowaniem poszczególnych jednostek. Najbardziej rozpowszechniona definicja starości, zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i przyjęta na potrzeby niniejszej pracy, mówi, że okres późnej dorosłości (starości) rozpoczyna się w 60 r.ż.

W Polsce często starość utożsamiana jest z uzyskaniem wieku emerytalnego (wg GUS – 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn). Według niektórych badaczy [3] wiek graniczny przypada na 70 r.ż., ale wskazuje się także na 55 r.ż. [4]. Literatura często wyodrębnia dwie grupy osób starszych: młodszych starszych (60–75 lat) oraz starych starszych (powyżej 75 r.ż.). Pojawia się także termin długowieczności (powyżej 90 r.ż.). Mówiąc o osobach w okresie późnej dorosłości, często używa się różnych terminów: *człowiek starszy*, *senior*, *emeryt*, *osoba w trzecim wieku*, *osoba w jesieni życia*.

Na podstawie obserwacji zachowań społecznych ludzi w wieku późnej dorosłości sformułowano kilka teorii adaptacji do starości. Do najpopularniejszych należą: teoria aktywności, teoria wycofania się, teoria stresu starości. Teoria aktywności [5] zakłada, że proces starzenia pozwala jednostce utrzymać dotychczasowe zaangażowanie życiowe. Optymalne starzenie związane jest z aktywnością. Teoria wycofania się [6] mówi o tym, że to nie aktywność, ale wycofanie się z życia społecznego jest naturalną potrzebą rozwojową człowieka w późnej dorosłości. Teoria stresu starości [5] zakłada, że krytyczne zdarzenia jakie spotykają człowieka starzejącego się, działają jak stresory. Przejawia się to tym, że najważniejszego znaczenia dla jednostki nabierają czynniki, które takie znaczenie miały we wczesnym dzieciństwie: dobrostan fizjologiczny, psychologiczny, potrzeba ogólnej stymulacji. Wskaźnikiem adaptacji do starości jest doświadczenie „maksimum satysfakcji przy minimum kosztów psychicznych” [7]. Objawami nieprzystosowania są zaś: bierność, zależność, egocentryzm, roszczeniowa postawa, ucieczka w fantazję, wrogość, agresywność, depresja.

Adres do korespondencji: Paweł Zielazny
e-mail: pawelz@gumed.edu.pl

Nadesłano: 4 stycznia 2012; zaakceptowano do druku: 25 lutego 2013

STAROŚĆ JAKO OKRES STRAT

W społeczeństwie zachodnim dominuje mit starości obarczonej różnymi chorobami. Nie jest to obraz pozytywny. W czasach kultu młodości i piękna, seniorzy często spychani są na margines życia społecznego, czują się bezradni, samotni i bezwartościowi. Większość ludzi młodych żyje w przekonaniu, że starość ich nie dotyczy, a zjawisko to można zaobserwować w domach pomocy społecznej, hospicjach czy innych miejscach przeznaczonych dla seniorów.

Jednym z najpoważniejszych problemów osób starszych są kłopoty ze zdrowiem. Pojęcie zdrowia w stosunku do osób w podeszłym wieku nabiera szczególnego znaczenia. Przyjęto tu wyróżniać kilka zasadniczych składników: osłabienie ogólnej aktywności życiowej, osłabienie aktywności ruchowej, pogarszające się zdrowie somatyczne, a także słabszy stan zmysłów oraz gorszy stan zdrowia psychicznego. Ułomności te potrafią przysporzyć wielu cierpień i powodować złe samopoczucie, mogą ograniczać poruszanie się i kontakty z innymi ludźmi. Mogą także pozbawiać radości z życia i zwiększyć zależność od otoczenia. Poczucie alienacji może mieć groźne i negatywne skutki zarówno dla psychiki, jak i dla układu odpornościowego starego człowieka. Wyobcowanie ze środowiska może prowadzić do braku poczucia sensu życia. Człowiek taki znajduje się w stanie permanentnego stresu, a co za tym idzie, jest narażony na szereg chorób somatycznych [2].

Poważnym problemem seniorów jest przejście na emeryturę i zazwyczaj związane z tym uszczuplenie dochodów, co zmusza do modyfikacji wydatków i bardzo oszczędnego stylu życia. Wiele osób usiłuje żyć samodzielnie, lecz często życie takie jest pełne wyrzeczeń. Ludzie starsi tracą także swoją pozycję społeczną. Przejście na emeryturę może być takim aktem, po którym trudno się „pozierać”. Nawet mało wykwalifikowany pracownik, w mało znaczącej firmie, po ustaniu aktywności zawodowej z żalem często wspomina dawne czasy. Dodatkowo, właśnie w tym momencie życia ludzie starszy zaczynają odczuwać różne formy dyskryminacji społecznej [2].

Los dość często obdarza seniorów samotnością. Czasem zdarza się, że partnerzy, mimo wielu lat spędzonych razem, nie zdążyli się dotąd polubić, więc przymusowe skazanie na bycie razem może budzić irytację i alienację. Natomiast dla kochających się par śmierć partnera to jedno z najpoważniejszych nieszczęść. Takie osoby pogrążone w żałobie nie mają motywacji do dalszego życia i często umierają w niedługim czasie po stracie. Dotkliwa jest także również strata rodziny i znajomych. Stopniowe odchodzenie coraz liczniejszego kręgu osób pogłębia tylko osamotnienie osoby starszej. W takich przypadkach wzrasta ryzyko popełnienia samobójstwa [8].

Inną kwestią wpływającą na jakość życia osób starych są warunki mieszkaniowe. Mieszkania są niejednokrotnie tak stare jak oni sami. Często są zagracone i zapuszczone, stanowią udękę dla mieszkających w nich seniorów [2]. Mimo takich warunków wiele osób broni się przed domem opieki społecznej z uwagi na przywiązanie do miejsca, obawę przed utratą intymności oraz restrykcją tych form opieki.

Dużym problemem dla seniorów są także zawiedzione nadzieje, niespełniona miłość, niezrealizowane marzenia, które mogą być przyczyną frustracji, rozgoryczenia i negatywnego wpływu na dalsze życie. Specyficzne są straty kierowane ku przyszłości – wyrażają się w przekonaniu, że już nigdy nie odzyska się dawnej sprawności, czy nie uda się zrealizować planów, gdyż nie będzie na to czasu i sił.

Ogromną trudnością dla wielu osób starszych jest obniżająca się samodzielność i narastająca zależność od innych ludzi (rodziny, przyjaciół, znajomych). W związku z tym coraz częściej pojawia się zapotrzebowanie na pomoc i wsparcie. W zakresie relacji interpersonalnych pojawiają się nowe problemy i nowe wyzwania. Starszy człowiek przechodzi z pozycji osoby niezależnej, zaradnej, pomocnej na pozycję osoby zależnej, potrzebującej wsparcia. Na nową sytuację może reagować lękiem, niepewnością, poczuciem zagrożenia. Pojawia się konieczność wypracowania innych niż dotychczasowe mechanizmów adaptacyjnych [9].

STAROŚĆ JAKO OKRES NOWYCH WYZWAŃ

Czy jednak starość to okres tylko strat? Wydaje się, że takie podejście prowadzi do zbyt gorliwej akceptacji ograniczeń życia codziennego wynikających ze zmian, jakie zachodzą w organizmie w miarę upływu lat. Współcześni badacze sugerują, że starość nie musi być okresem strat. Starość może być pozytywna, nawet w obliczu choroby przewlekłej.

Współczesna psychologia, a także coraz częściej medycyna sięgają po inny wizerunek człowieka w podeszłym wieku. Starość nie jest już postrzegana jako okres stagnacji i bierności, lecz jako etap wypełnienia wielu różnorodnych zadań, ułatwiających adaptację do nowych warunków życia, wzbogacających osobowość i nadających sens dalszej egzystencji. Starość stanowi życiowe wyzwanie, któremu trzeba sprostać pomimo pogarszającego się z wiekiem stanu zdrowia somatycznego i psychicznego. Starość może być aktywna, zdrowa, pogodna, satysfakcjonująca, pomyślna. Proces starzenia się człowieka uwarunkowany jest wieloma czynnikami wewnętrznymi i zewnętrznymi, a to, czy będzie to okres strat, czy wyzwań, zależy w dużym stopniu od osobowości jednostki, sytuacji społecznej i warunków (jakości) życia.

W psychologii pojęcie pozytywnej starości ma swoje odniesienie w rozwijanym przez Seligmmana nurcie psychologii pozytywnej. Wśród wielu cech psychologii pozytywnej, które pomagają zrozumieć koncepcję pozytywnego starzenia się, jest założenie, że istota ludzka posiada siły i zasoby, które stanowią bufor chroniący ją przed problemami napotykanymi w życiu. Seligmann nazywa konkretne siły następująco: „odwaga, nastawienie na przyszłość, optymizm, zdolności interpersonalne, wiara, etyka pracy, nadzieja, uczciwość, zdolność zaangażowania” [10].

Pozytywne starzenie się opisuje człowieka wykorzystującego dostępne mu zasoby w celu zoptymalizowania doświadczenia starzenia się, czyli stawanie się starym to doświadczenie pozytywne i wartościowe. Najważniejsze jest tu założenie, że człowiek może wpływać na własny los, na własny proces starzenia się. Aktywne kształtowanie procesu starzenia się nie powinno ograniczać się do poszukiwania sposobów uniknięcia negatywnych aspektów starości, ale na uznaniu nieuchronności rozpadu, strat, a nawet własnej śmierci jako naturalnych elementów ludzkiego życia. Koncepcja pozytywnego starzenia się opiera się na działaniach, które można podejmować w celu zwiększenia dobrostanu. Wynika z tego, że możliwość wyboru zupełnie zmienia sytuację człowieka, nawet w najtrudniejszych momentach starzenia się [8, 11].

Szczególnie istotne w pojęciu pozytywnego starzenia się są trzy czynniki: zdrowie, rozwój osobisty oraz utrata [8].

Wręcz ze wzrostem długości życia rośnie również liczba osób chorujących na przewlekłe schorzenia jak choroby

nowotworowe, choroby układu sercowo-naczyniowego czy choroby układu oddechowego. Społeczeństwo często postrzega chorobę przewlekłą jako coś negatywnego, co w efekcie prowadzi do niskiej oceny jakości życia takiego chorego. Dlatego ważne jest, by człowiek stary i chory przewlekłe, umiał odnaleźć nowe sposoby radzenia sobie z problemami oraz stan równowagi. Skuteczne radzenie sobie wymaga rozwoju nowych umiejętności ze strony chorego oraz jego rodziny. Pozytywne doświadczenia codziennych wydarzeń i aktywności prowadzą do poprawy odbioru samej choroby, pojawiają się nowe możliwości w sposobie życia, funkcjonowania oraz plany na przyszłość [8,11].

Wśród chorób układu oddechowego szczególnie problem stanowi przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP). Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia, POChP jest trzecią przyczyną zgonów i trzecią przyczyną niesprawności (mierzonej za pomocą wskaźnika *disability adjusted life year* [DALY]) u osób powyżej 60. roku życia [12]. W wielu badaniach podkreśla się znaczne obniżenie jakości życia w tej grupie chorych wynikające z dokuczliwych objawów, fizycznej i psychicznej niepełnosprawności oraz narastającej społecznej izolacji. Jednocześnie są to czynniki, które niekorzystnie wpływają na przeżycie [13].

W 2002 roku WHO zaleciła zintegrowany system opieki dla chorych na przewlekłe zaawansowane schorzenia, między innymi POChP. Celem takiej opieki powinno być zapobieganie postępowi choroby, zaostrzeniom i szeroko pojętej izolacji chorych. Program powinien obejmować intensywną edukację chorych i ich rodzin oraz wsparcie w radzeniu sobie z chorobą [14]. W realizacji tych zadań powinien brać udział interdyscyplinarny zespół złożony z lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pracowników socjalnych i wolontariuszy.

Opublikowane w ostatnich latach badania wydają się potwierdzać korzystny wpływ takiego programu w odniesieniu do chorych na zaawansowaną POChP. Na przykład wyniki hiszpańskiego badania, w którym chorych na ciężką postać POChP, hospitalizowanych z powodu zaostrzenia, przy wypisie przydzielano losowo do grupy „zintegrowanej opieki” i „tradycyjnej opieki”, wykazały znacznie mniejszy odsetek powtórnych hospitalizacji w pierwszej grupie [14].

Zintegrowany model opieki nad pacjentem z POChP powinien podkreślić własną aktywność pacjenta, odpowiedzialność za jej przebieg, za proces leczenia. Pacjent powinien zyskać świadomość, że od jego czynnej postawy zależy w dużej mierze rezultat terapii, a podjęte działania interdyscyplinarnego zespołu mogą wpłynąć na jakość obecnego i przyszłego życia. Wykorzystanie zintegrowanego modelu opieki może być najefektywniejsze tam, gdzie rozwój choroby, a także jej przebieg zależą w dużej mierze od niewiedzy i niewłaściwych zachowań zdrowotnych. Istotne jest założenie, że jeśli ogólny stan zdrowia człowieka pogarsza się, nie powinno to być jednak przeszkodą w poszukiwaniu sposobów aktywizacji w innych obszarach. W przypadku seniorów działania takie mogą polegać np. na częstszych działaniach kontrolnych, szukaniu nowych form aktywności itp.

Fundamentalne znaczenie dla pozytywnego starzenia się ma kreowanie nowych możliwości uczenia się. W młodości formalna edukacja jest oczekiwaniem społecznym, człowiek zaś stary edukację może traktować jako możliwość samorozwoju. Taką formą samorealizacji edukacyjnej mogą być np. uniwersytety trzeciego wieku (UTW). Dzięki uczestniczeniu w działaniach uniwersytetów istnieje możliwość pogłębionego (będącego wyrazem mądrości życiowej) spojrzenia na

świat i innych ludzi. Podstawą refleksji są minione doświadczenia, umiejętności życiowe, a także zdolność wartościowania treści ważnych w życiu osoby starszej. Nauka w starszym wieku staje się ważną formą aktywności życiowej, sprzyja ćwiczeniu umysłu, jest przyjemnością, a także nową życiową przygodą. Uczenie się wpisuje się w styl pozytywnego starzenia się, umożliwia osobie starszej odkrywanie nowej jakości życia i reinterpretacji dotychczasowych przeżyć [15, 16].

Trzeci czynnik (strata) sygnalizuje znaczenie istnienia strategii radzenia sobie z nieuchronnością utraty bliskich. Pozytywnie starzejący się człowiek uczy się, co jest dla niego ważne, a następnie ustala hierarchię strategii służących zapobieganiu stracie, zachowaniu lub nawet pogłębieniu tych źródeł sensu [8].

Bardzo istotnym elementem pozytywnego starzenia się jest skupienie się na pozytywnych stronach życia, a nie na trudnościach związanych z zaawansowanym wiekiem. Pozytywne starzenie się oznacza więc taki stan umysłu, który oparty jest na wypracowanym poczuciu dobrostanu, wynikającym z optymistycznej oceny własnej osoby.

Szczególnym wyzwaniem dla osób w podeszłym wieku może być wolontariat. Badania opisane w literaturze naukowej dowiodły, że altruistyczne działania mają dobry wpływ na podejmujących je seniorów. Sam fakt niesienia pomocy jest pozytywnie skorelowany z poczuciem zadowolenia z życia wśród starszych wolontariuszy. Z innych badań wynika, że praca w charakterze wolontariusza budzi pozytywne emocje, a ci, którzy konsekwentnie angażują się w pracę ochotniczą, mają duże szanse żyć dłużej niż osoby niebędące wolontariuszami. Altruistyczne pomaganie innym może więc służyć jako bufor chroniący starszego dorosłego przed wieloma konsekwencjami starzenia się. Typowy wolontariusz ma poczucie sensu integracji społecznej i więzi z innymi ludźmi, ma poczucie własnej godności, wartości i satysfakcji z życia [15, 17].

Szczególnym wyzwaniem dla wolontariuszy w okresie późnej dorosłości jest wolontariat skierowany do własnej grupy wiekowej. Osoby, które są jeszcze sprawne fizycznie i intelektualnie, mogą poświęcić swój czas osobom chorym przewlekłe, np. na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (założenie zgodne ze zintegrowanym modelem opieki). Dotychczas opieka wolontariuszy dotyczyła niemal wyłącznie chorych onkologicznie. Nie ma dużych doświadczeń dotyczących roli wolontariuszy w opiece nad chorymi na POChP. Tym większe wyzwanie stoi przed potencjalnymi wolontariuszami [15].

Z reguły chorzy na zaawansowane postacie POChP są w dużym stopniu niesamodzielni, mają ograniczone możliwości wykonywania codziennych czynności, często mają obniżoną sprawność intelektualną. Jednym z zadań wolontariuszy mogłaby być edukacja chorych oraz ich bliskich. Zapracowany personel medyczny ma coraz mniej czasu dla swoich pacjentów. Szczególnie odczuwają to osoby w podeszłym wieku, które otrzymują od personelu mniej informacji na temat stanu swojego zdrowia niż pacjenci młodszy. W naszym społeczeństwie istnieje ciągle przekonanie, że seniorzy nie rozumieją skomplikowanych procedur medycznych. Tymczasem badania psychologiczne dowiodły, że jasne wytłumaczenie zasad leczenia może spowodować zmniejszenie się liczby błędów popełnianych przez pacjentów. Istotne jest więc poświęcenie pacjentowi, a także rodzinie pacjenta większej ilości czasu. Takim brakującym ogniwem mogą być właśnie wolontariusze, którzy powinni wspierać cho-

rego w adaptacji do nowych warunków życia w chorobie oraz do zmian związanych z przewlekłą chorobą i starością. Ważnym elementem działań wolontariuszy powinno być również wsparcie emocjonalne chorych i ich bliskich. Istotna jest także rozmowa z chorym, wysłuchanie jego obaw oraz okazanie życzliwości i zainteresowania [15].

Wolontariat osób starszych wobec innych seniorów wydaje się mieć ogromne znaczenie dla obu grup. Ofiarowując swój czas i umiejętności ciężko chorym i umierającym, wolontariusze stają się prawdziwymi przyjaciółmi domu i chorego [15]. Jednocześnie taki wolontariusz ma poczucie sensu integracji społecznej i więzi z innymi ludźmi, ma poczucie własnej godności i satysfakcji z życia. Uczestnictwo w wolontariacie łączy się z doświadczeniem, że człowiek w pełni realizuje się tylko wtedy, gdy kocha i daje siebie innym [18].

PODSUMOWANIE

Okres późnej dorosłości jest zarówno czasem start, jak i nowych możliwości. Starość nie jest okresem oderwanym od reszty życia – jest jego kontynuacją. Mimo iż zawiera liczne ograniczenia, ze starością wiążą się również nowe zadania. Późna dorosłość to efekt dobrego przygotowania biologicznego, psychologicznego, intelektualnego i socjalnego. Człowiek posiadający wiedzę oraz umiejętności może utrzymać zdrowie i dobrą jakość życia do późnych lat. Szczególną rolę w przygotowaniu osób starszych do pozytywnej starości mają psychologowie, lekarze, pielęgniarki oraz inni pracownicy społeczni. Praca tych osób powinna polegać na właściwym zmotywowaniu ludzi do wprowadzania w swoim życiu pozytywnych zmian. Kształtowanie pozytywnego wizerunku starości powinno rozpoczynać się już w młodym wieku. We włoskim mieście Sjenie podczas karnawału noszone są kukły starców z upominającymi napisami: *My byliśmy jako wy. Wy będziecie jako my* [2]. To motto powinno wszystkim towarzyszyć przez całe życie.

PIŚMIENNICTWO

1. Straś-Romanowska M. Późna dorosłość. Wiek starzenia się. W: B. Harwas-Napierała (red.). Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka. PWN, Warszawa 2008; 263.
2. Krzyżanowski J. Psychogeriatrya. Wydawnictwo Medyk, Warszawa 2004; 9–10, 74–75, 79–80.
3. Susułowska M. Psychologia starości i starzenia się. PWN, Warszawa 1989.
4. Przetacznik-Gierowska M. Psychologia rozwoju człowieka. Zagadnienia ogólne. PWN, Warszawa 1996.
5. Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. Disengagement and Patterns of Aging. [W:] Neugarten BL. Middle Age and Aging. University of Chicago Press. Chicago 1964.
6. Cumming E, Henry W. Growing Old: The Process of Disengagement. Basic Books. New York 1961.
7. Becełewska B. Repetytorium z rozwoju człowieka. Kolegium Karkonoskie. Jelenia Góra 2006.
8. Hill RD. Pozytywne starzenie się. Wydawnictwo Laurum, Warszawa 2009; 42–52, 89–99.
9. Steuden S. Psychologia starzenia się. Wydawnictwo Naukowe PWN 2012, 93–97, 98–100.
10. Brzezińska AI, Wilowska JA. Starość w kontekście psychologii pozytywnej. W: Wieczorkowska-Tobis K, Talarska D. (red.), Pozytywna starość. Poznań 2010. Uniwersytet Medyczny.
11. Kędzióra-Kornatowska K, Muszalik M, Kornatowski T. Co to znaczy zestarzeć się pozytywnie? W: Wieczorkowska-Tobis K, Talarska D. (red.), Pozytywna starość. Uniwersytet Medyczny Poznań 2010: 15–25.
12. WHO. World Health Report. 2003.
13. Almagro P, Calbo E, Ochoa de Echaguen A. i wsp. Mortality after hospitalization for COPD. Chest. 2002; 121: 1441–1448.
14. Jassem E. i wsp. Zintegrowana opieka medyczna u chorych na zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Pneumon Alergol Pol. 2010; 78(2): 126–136.
15. Damps-Kostańska I, Werachowska L, Krakowiak P. Rola opiekuna medycznego i wolontariusza w opiece nad chorymi na zaawansowaną postać przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Med Paliat Prakt. 2009; 3(2): 150–155.
16. Ziębińska B. Uniwersytety Trzeciego Wieku jako instytucje przeciwdziałające marginalizacji osób starszych (niepublikowana rozprawa doktorska). Katowice 2007. Uniwersytet Śląski, Wydział Nauk Społecznych.
17. Steuden S, Marczuk M (red.). Starzenie się a satysfakcja z życia. Lublin 2006. Wydawnictwo KUL.
18. Dziegielewska M. Wolontariat ludzi starszych. W: Steuden S, Marczuk M. (red.). Starzenie się a satysfakcja z życia. Wydawnictwo KUL Lublin 2006; 261–271.

Late adulthood – a period of loss or a time for new challenges?

Abstract

Objectives: In Western societies there dominates a negative image of old age. However, modern researchers suggest that old age does not have to be just a period of losses. Old age can be positive, even in the face of chronic disease. The aim of this study was to outline the basic losses experienced by an individual in late adulthood and old age, as well as the presentation of old age as the time of new challenges and tasks to carry out, especially in the context of the assumptions of positive psychology.

Results: According to the WHO definition, the period of late adulthood begins at the age of 60. The most serious problems of the elderly are problems with health, retirement, smaller income, loss of social status, loneliness, death of loved ones, a sense of anxiety, uncertainty, and threat. There is need for developing adaptation mechanisms other those extant to-date. These mechanisms need not be only negative. The concept of positive aging is based on the activities that an individual can undertake to improve wellbeing. Development of new, positive adaptation mechanisms is particularly important for elderly people suffering from chronic diseases, such as in patients with COPD. The positive adaptive mechanisms may include, among others, implementation of integrated models of care, creating new opportunities for learning, volunteering.

Conclusions: The period of late adulthood is a time of both loss and new opportunities. A man with knowledge and skills can maintain the health and quality of life in old age.

Key words

senility, positive aging, COPD, volunteering