

Društveni aspekti starenja i obolijevanja

MIRKO ŠTIFANIĆ*

• <https://doi.org/10.31823/d.26.3.8> •

UDK: 316.35-043.93*612.67 • Pregledni članak

Primljeno: 4. prosinca 2017. • Prihvaćeno: 17. rujna 2018.

Sažetak: Uz pomoć relevantne literature u radu se analiziraju društveni aspekti starenja i obolijevanja. Autor zaključuje da ni jedna znanstvena teorija izdvojeno ne sadrži ključ rješenja za istraživanja tih složenih procesa i položaja osoba starije životne dobi u suvremenom društvu te da je najprimjereniji interdisciplinarni pristup. Da bi se ostvario zadani cilj ovoga članka, u tekstu se raspravlja: a) o teorijama koje pomažu upoznavanju starosti i starenja te omogućuju definiranje socijalne i zdravstvene politike u konkretnim uvjetima, što izravno utječe na odnos pojedinca, obitelji i društva prema sve većoj grupi starijih i bolesnih osoba, te b) o spoznaji starosti i starenja kroz prošlost i sadašnjost koja pomaže afirmaciji onih obrazaca ponašanja i aktivnosti koji su alternativa jednostranom, stigmatiziranom, ponekada i segregacijskom odnosu prema osobama starijim od 65 godina. To može pomoći da institucionalno vođene reforme socijalne skrbi i zdravstvenoga sustava omoguće kvalitativno drukčiji, u nekim segmentima i posve različit odnos prema starijima kako se taj dio društva ne bi osjećao suvišnim i odbačenim od obitelji i društva u inače teškim uvjetima tranzicije te kako bi se našli odgovori na sve složenija i aktualnija socijalna, zdravstvena, pravna, ekonomska i etička pitanja koja su u nas: a) aktualna, b) nedovoljno obrađena, c) bez sustavnoga i sveobuhvatnoga prikaza.

Ključne riječi: starenje, obolijevanje, zdravstveni i socijalni sustav, izazovi decentralizacije.

Uvod

Starenje je proces u suvremenom društvu koji se nerijetko percipira kao problem koji ima utjecaj na postojeću krizu

* Prof. dr. sc.
Mirko Štifanić,
Medicinski fakultet
Sveučilišta u Rijeci,
Braće Branchetta 20,
51000 Rijeka, Hrvatska,
mirkostif@yahoo.com

u društvu i zdravstvu koja se očituje u povećanju troškova socijalne i medicinske zaštite i svime što iz toga proizlazi. Definiranje starenja kao uzroka krize u tranzicijskom društvu sugerira se političkim porukama putem medija. Starenje kao društveni i zdravstveni problem definira se kao demografski rast broja starijih osoba što za posljedicu ima rast financijskih izdvajanja zaposlenoga dijela stanovništva. Moguće alternative u interpretaciji starenja kao problema društvo, pa i znanost, rijetko nudi. Stoga je neophodno prepoznavanje, oblikovanje, formuliranje i analiza toga problema društva kako njegova javna interpretacija ne bi (p)ostala tek još jedno područje pomoću kojega će političari dokazivati pogriješke drugih i vlastite uspjehe. Kako bi se ostvario zadani cilj ovoga članka, u daljnjem će se tekstu raspravljati: a) o znanstvenom pristupu starosti analizirajući dva aspekta starenja i obolijevanja, b) o nekoliko teorija da bi se objasnila društvena uloga i mjesto starijih i bolesnih u društvu te procese koji tu ulogu oblikuju, a riječ je o interakcionizmu, funkcionalizmu, teoriji isključivanja, teoriji aktivnosti, teoriji kontinuiteta i teoriji stratificiranja životne dobi. Nadalje će se analizirati nesklad između riječi i djela, stigmatiziranje starijih osoba zbog (pre)velikih socijalnih i medicinskih troškova te sugeriranje da starost znači bolest. Povezano s time analizira se starenje, bolest te deinstitutionalizacija i decentralizacija u vezi s odnosom društva prema starijim osobama, odnosno starenju, te (ne)povezanost teorije i prakse. U zaključku se analizira odnos našega društva i institucija prema starenju i obolijevanju te ističe dva problema i potrebu da starije i mlade osobe zajedno i zbog općega dobra preuzmu sudbinu u svoje ruke.

Statistički pokazatelji zdravstvenoga stanja populacije zemalja s visokim životnim standardom i dobrom zdravstvenom zaštitom krajem 20. stoljeća pokazuju snižavanje stope mortaliteta u dobnim skupinama iznad 30 godina i proces povećanja stanovništva iznad 65 i više godina u ukupnom stanovništvu.¹ Snažan materijalni napredak postignut u dvadesetom stoljeću u razvijenim zemljama iza sebe ostavlja poremećene brojčane odnose u dobno-spolnom sastavu.² I zemlje u tranziciji poput Hrvatske susreću se s tim problemom unatoč niskom životnom standardu, nepravednoj raspodjeli zdravstvenih resursa i nekvalitetnoga odnosa vlasti prema potrebama građana te prema zdravstvenom sustavu i području socijalne skrbi stanovništva. S obzirom na to da se novcem za zdravstveno osiguranje ne uspijeva riješiti probleme toga sustava od osiguranika se dodatno traži doplata još 80 kuna mjesečno, što je onda navodno 100 % onoga što sustav nudi.

¹ A. WERTHEIM-BALETIĆ, *Stanovništvo i razvoj*, Zagreb, 1999.; P. KENNEDY, *Priprema za XXI. stoljeće*, Rijeka, 2002.

² A. AKRAP, Demografsko starenje – kretanja u Hrvatskoj i svijetu, u: M. POKRAJČIĆ, M. HAVELKA, A. BALABAND, V. BUŽAN (ur.), *Strategije razvoja skrbi za starije osobe u RH*, zbornik radova, Vlada RH, Zagreb, 1999.

U vrijeme kada razlike između siromašnih i bogatih očigledno rastu i pokazuju tendenciju trajanja na duže vrijeme raste broj udruga za građanska prava u tom području, ali ne postižu rezultate razmjerno (ne)zadovoljstvu siromašnijih i bolesnih te starijih građana stisnutih na rub društvenoga interesa. Međutim, dok se starost te socijalna i zdravstvena politika definiraju bez ozbiljnoga preispitivanja potreba građana, one u formalnom smislu funkcioniraju za dobrobit starijih i siromašnih osoba, a u zbilji ne zadovoljavaju njihove potrebe. Evidentna je naime načelna, ali ne i stvarna usredotočenost na ta pitanja.³ To potvrđuje i činjenica da vlast ne uspijeva zaposliti potreban broj medicinskih stručnjaka (nezaposlene liječnike i medicinske sestre) niti osigurati odgovarajući sustav pružanja zdravstvene zaštite⁴, koji omogućava liječnicima poduzimanje svih mjera i zahvata za koje su osposobljeni, niti zdravstveno zaštititi siromašne, posebice preventivno, jer to nema tko platiti.⁵ Politička klasa u nas ne uspijeva riješiti pitanje starijih i bolesnih osoba, a to opravdava nedostatkom novca i propustima svojih prethodnika. Starije osobe postaju (pre)velik teret društvu, pa i izlika za stagnaciju iako godine 2017. njih 50 % živi od mirovine koja iznosi 1.348 kuna mjesečno! Time se pokazuje odnos društva prema starijim građanima iz čijih redova svakoga dana njih 60 umire.⁶

1. Znanstveni pristup starenju

Analiza starenja obuhvaća uzroke i posljedice starenja te položaj starije populacije u društvu, distribuciju zdravlja i bolesti, socijalnu konstrukciju zdravlja u svakodnevnom životu i međusobnu povezanost zdravlja i socioekonomske te sociokulturne pripadnosti, kao i organizaciju i financiranje zdravstvene zaštite. U tom kontekstu starenje i obolijevanje nisu samo konkretni problemi, već značajni procesi koji rječitno pokazuju odnos države prema društvu.

U suvremenom društvu starost je povezana s bolešću, neaktivnošću i ovisnošću. Činjenica da znanstvenici analiziraju proces i problem starenja i obolijevanja daje veće značenje mogućnosti da se starenje definira kao važan problem suvremenoga društva te da se pronađu načini i akteri njegova rješavanja. Kako nema jedinstvenoga općeprihvaćenoga određenja pojma starenja,⁷ najčešće obilježje koje dijeli sta-

³ Ž. POTOČNJAK, Nova koncepcija i struktura hrvatskog mirovinskog sustava, u: *Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu* 50(2000.)5, 699-721.

⁴ Svjetska banka – Ministarstvo zdravstva RH, Zdravstvena reforma u Hrvatskoj, u: *Revija za socijalnu politiku* 7(2000.)3-4, 311-325.

⁵ J. ŽUPANOV, McDoctors. Ratio i razum u suvremenoj medicini, u: *Hrvatsko gospodarstvo* 6(1996.)79, 37-39.

⁶ V. LOKMER, Prekinuti štrajk liječnika, u: *Novi list*, 4. 2. 2003., 5.

⁷ A. WERTHEIM-BALETIĆ, *Stanovništvo i razvoj*, Zagreb, 1999.

rost od drugih životnih dobi jest 65-a godina, koja je široko prihvaćena kao granica iznad koje se osobe smatraju starijima. U Hrvatskoj je 1991. godine takvih osoba bilo 13,1 %, a 2001. godine nešto više (15,6 %), dok ih u Norveškoj ima 16,4 %, Švedskoj 18,3 %, a godine 2010. jedna petina populacije Italije (ili 11 milijuna) bila je starija od šezdeset pet godina.⁸

Suvremene analize nastoje otkriti razloge zbog kojih je starost definirana kao socijalni problem te društvene uvjete koji dovode do toga. Osim što je starost društveno uvjetovana specifičnim okolnostima, način na koji su zdravlje i bolest socijalno definirani ima također utjecaj na osobno iskustvo i društveno tretiranje starenja i obolijevanja. Proučavanje starenja i obolijevanja kao društvenih problema obuhvaća istraživanja načina utjecaja društvenih struktura i institucija na starenje i obolijevanje.

Postoje dva glavna aspekta tumačenja starenja i obolijevanja koji utječu na odnos prema starenju kao bolesti, ovisnosti, odnosno nemoći. Prvi aspekt obuhvaća konstrukciju samoga procesa starenja u sklopu kojega se starenje prikazuje kao biološki proces u kojem se opadanje aktivnosti i fizičko slabljenje te slabije fiziološko funkcioniranje povezuje s bolešću. Takvo shvaćanje starenja i zdravlja dominantno je u medicinskoj paradigmi koja kroz medikalizaciju života starijih osoba podržava razvoj i dominaciju skupoga i profitabilnoga medicinsko-industrijskoga kompleksa,⁹ odnosno utječe na umjetnu potrebu za njegovim proizvodima, što utječe na definiranje i tretiranje starosti i bolesti u suvremenom društvu.

Drugi aspekt tumačenja starosti i bolesti jest da su to ovisna stanja. Ovisnost se uglavnom tretira kao individualni problem, s manjim naglaskom na socijalni kontekst ovisnosti. U tom smislu ističe se da razne institucije u suvremenom društvu stvaraju strukture u kojima vladaju odnosi ovisnosti.¹⁰ Taj proces utječe na specifične skupine ljudi koji se smatraju bespomoćnima. Naime stečena i naučena bespomoćnost nastaje utjecajem institucija na pojedinca, a na taj način mogu biti obuhvaćene cijele grupe ljudi,¹¹ npr. stare i bolesne osobe koje se ponajprije oslanjaju na socijalni, mirovinski i zdravstveni sustav.

⁸ P. KENNEDY, *Priprema za XXI. stoljeće*, Rijeka, 2002.

⁹ C. ESTES, E. BINNEY, The biomedicalization of aging: dangers and dilemmas, u: *Critical Perspectives on Gerontology: The Political and Moral Economy of Growing Old*, Baywood, New York, 1991., 117-134.

¹⁰ S. ARBER, J. GINN, Gender and inequalities in health in later life. *Social Science and Medicine*, 36, 33-46.

¹¹ S. ARBER, J. GINN, *Gender and Later life: A Sociological Analysis of Resources and Constraints*, London, 1991.

Kad se spoji starost s bolešću i ovisnošću, posljedice mogu biti brojne, a prije svega veći zahtjevi od zdravstvenih i socijalnih službi jer se ta stanja, označena kao bolest, u suvremenom društvu smatraju nepoželjnima. Rezultat može biti izdvajanje, odnosno segregacija starijih osoba od društva i obitelji. Takvo tumačenje starenja može ohrabriti starije i bolesne osobe da prihvate ulogu bolesnika,¹² uključujući redukciju uobičajenih odgovornosti i povećanu ovisnost o drugima, a medikalizacija starenja može utjecati na širenje uvjerenja da starije osobe uvijek sudjeluju u stvaranju svojih ovisnosti, pogotovo u razdoblju gubitka društvenih funkcija.¹³ Taj proces povećava sklonost prema traženju medicinske intervencije i potpomaže daljnju medikalizaciju procesa starenja povećanjem broja nepotrebnih operacija i pretjeranom upotrebom lijekova u sklopu kliničke jatrogenoze.¹⁴

Shvaćanje starenja kao bolesti u tranzicijskom društvu u skladu je s poimanjem starenja kao problema, kao što *problem* može biti, u javnosti nerijetko prikazivano, odbijanje nezaposlenih osoba da prihvate radno mjesto, iako im se navodno nudi dobar posao i sl. Povezanost između starosti i bolesti stoga se smatra glavnim zdravstvenim problemom u smislu promjena uzroka mortaliteta od zaraznih i akutnih bolesti u prošlosti na bolesti srca i krvnih žila u suvremenosti, od čega umire nešto više nego svaki drugi Hrvat (52 %).

Osim analize spomenutih shvaćanja, istraživanja starenja i obolijevanja tradicionalno se usredotočuju i na društveno-medicinske aspekte bolesti i individualnu patologiju starijih. Razvijeno je nekoliko teorija da bi se objasnila društvena uloga i mjesto starijih i bolesnih u društvu te procese koji tu ulogu oblikuju. Najčešće korištene teorije jesu:

- interakcionizam
- funkcionalizam
- teorija isključivanja
- teorija aktivnosti
- teorija kontinuiteta
- teorija stratificiranja životne dobi.

Osim toga prisutan je feministički i socioekonomski pristup. Stoga u ovom radu analiziramo pretpostavke, osnovne koncepte i neke implikacije glavnih teoretskih pristupa starenju i obolijevanju, s posebnim osvrtom na neke aspekte toga pitanja u tranzicijskom društvu.

¹² T. PARSONS, *The Social System*, Glencoe, 1951.

¹³ R. C. ATCHLEY, *The Social Forces in Later Life*, Belmont, Calif.: Wadsworth, ³1980.

¹⁴ I. ILLICH, *Nemesi medica*, Milano, 1977.

2. Interakcionizam

Središnja teza interakcionističkoga pristupa starenju i obolijevanju jest da su oni fenomeni koji su stvoreni društvenim interakcijama. Interakcionisti smatraju pojedince aktivnim kreatorima društva kroz stvaranje uloga te sudjelovanje u interakcijskom definiranju starosti i bolesti. Interakcionistička proučavanja karakteristična su po tome što socijalnu kreaciju starenja i bolesti izravno povezuju s iskustvom bolesnih i starijih osoba.¹⁵ Jedno od područja interakcionističkih istraživanja jest analiza starijih osoba kao pasivnih i marginalnih članova društva. Autori analiziraju život umirovljenika u domovima i zaključuju da je riječ o zajednici starijih osoba sa specifičnom supkulturom.¹⁶ Slično istraživanje u medicinskoj sociologiji usredotočuje se na interakcije, pokazujući kako je pacijent aktivni sudionik u procesu liječenja, a ne pasivni primatelj ili tek klasični potrošač. Istraživanje društvenih i kulturnih promjena u zdravlju starijih osoba također često dolazi do sličnoga zaključka, pokazujući kako su zdravlje i bolest društveno uvjetovani.

Druga interakcionistička istraživanja starenja i obolijevanja analiziraju upotrebu različitih resursa i ponašanje starijih osoba u interakciji. Interakcionisti analiziraju sljedeće resurse:

- a) osjećajne (prijateljstvo)
- b) simbolične (ljepota) i
- c) materijalne (bogatstvo).

Pri tome zaključuju da starije i bolesne osobe nisu sposobne ostvariti dobit i stoga se povlače. Interakcionistički koncept pokazuje kako stare osobe rade na stvaranju smislenoga života i žele osmisliti svaki trenutak. Stoga bi se politika temeljena na interakcionističkoj analizi trebala usredotočiti na poboljšanje pozitivnoga mišljenja o starosti povećanjem interakcionističke snage starih i bolesnih osoba.¹⁷

Interakcionizam sugerira da su kategorije *starije osobe* i *bolesne osobe* promjenjive jer su stvorene u socijalnim interakcijama, pa i odnos prema njima treba biti različit.

3. Funkcionalizam

Funkcionalistička teorija temelji se na analogiji između društva i bioloških organizama. Društvo je, općenito gledano kao samo regulatorni sustav, sastavljeno od funkcionalno neovisnih dijelova koji za optimalno funkcioniranje zahtijevaju socijalnu povezanost. Funkcionalizam analizira načine na koje društvene institucije,

¹⁵ S. BIGGS, *Understanding Ageing: Images, Attitudes and Professional Practices*, Buckingham, 1993.

¹⁶ J. TUNSTALL, *Old and Alone, A Sociological Study of Old People*, London, 1996.

¹⁷ A. WALKER, T. MALTBY, *Ageing Europe*, Buckingham, 1997.

kao što su obitelj, Crkva, medicina i dr. utječu na starenje i obolijevanje.¹⁸ Institucije naime funkcioniraju tako da zadržavaju ravnotežu, obično ukazujući da je postojeći društveni poredak najpoželjniji.

Funkcionalisti prihvaćaju medicinsku i nemedicinske definicije starenja i zdravlja.¹⁹ Individualno ponašanje shvaća se kao nešto ograničeno ulogama koje su određene u društvu i njime uvjetovane.²⁰ Međutim Parsons smatra da bolest i socijalna uloga bolesnih i starijih osoba povremeno imobilizira čovjeka u društvu ako je ono koncipirano da oslobađa od aktivne socijalne uloge. To je sukladno koncepciji starenja kao jednoj vrsti bolesti.²¹ Stoga je socijalna kontrola posljedica bolesti i starosti neophodna da održi ravnotežu društva, pa se usredotočuje na učenje umirovljenika kako da se prilagode gubitku njihovih uloga u društvu.²²

Prema funkcionalistima, primarni je preduvjet za uspješno starenje održavanje socijalnih funkcija i ostajanje aktivnima. To sliči Parsonsovoj teoriji funkcije bolesnika, gdje je odgovornost bolesne osobe da radi na ponovnom zadobivanju odgovarajuće produktivne uloge korisne za društvo. Ako bolesnici ili starije osobe tu ulogu ne mogu obavljati, to pokazuje da oni ne koriste društvu, tj. (p)ostaju bolesni u Parsonsovu smislu. S obzirom na to da tijekom ljudskoga razvoja pokazuje kako je starenje proces,²³ za života usredotočujemo se na mijenjanje uloga koje su društveno uvjetovane i određene, a starenje definiramo kao niz uloga starosne dobi kroz koje pojedinac prolazi u tom razdoblju.

3.1. JUČER BIOLOGIJA, DANAS TEHNOLOGIJA

Dok društveni sustav starenja, općenito, određuje točno vrijeme za određene uloge, npr. školovanje, ženidbu ili mirovinu, suvremena funkcionalistička teorija starenja i obolijevanja analizira razloge starenja u ruralnim i gradskim sredinama. Prema njima, problemi starosti i bolesti na selu i u prošlosti uzrokovani su biologijom, a u gradu i danas tehnologijom.²⁴ Moderna funkcionalistička teorija bavi se i analizom razlika zdravstvenih statusa starijih osoba u zdravstvenom sustavu suvremenoga

¹⁸ G. FENNELL, C. PHILIPSON, H. EVERS, *The Sociology of Old Age*, Milton Keynes, 1988.

¹⁹ T. PARSONS, *The Social System*, Glencoe, 1951.

²⁰ T. PARSONS, Definition of Health and Illness in the Light of American Values and Structures, u: *Patients, Physicians and Illness*, Gartly Yago, New York, 1990.

²¹ M. HENWOOD, No sense of urgency: Age discrimination in health care, u: E. McEWEN (ur.), *Age: The Unrecognised Discrimination*, Age Concern, London, 1990., 43-57.

²² C. PHILIPSON, *Reconstructing Old Age: New Agendas in Social Theory and Practice*, London, 1998.

²³ C. S. SHUSTER, S. S. ASHBURN, *The Proces od Human Development*, Boston – Toronto, 1986.

²⁴ L. MORGAN, S. KUNKEL, *Aging: the Social Context*, Thousand Oaks, CA, 1998.

društva.²⁵ Ta teorija pridonosi vjerovanju da promjene socijalnih uloga utječu na zdravlje i starenje te sugerira socijalnoj politici potrebu osiguranja određenih institucija starijim osobama kao nadomjestak gubitka društvenoga statusa, uloge i utjecaja.²⁶

Funkcionalistička teorija vidi razlike temeljene na starosti kao legitimni aspekt društvenoga sustava, a starost i bolest u suvremenom društvu kao probleme, prije svega kada ometaju dobro funkcioniranje društva. Treba istaknuti da je funkcionalizam sklon priznavanju aktualnoga stanja u društvu te da se usredotočuje na načine kako se pojedinci mogu najbolje prilagoditi izazovima starosti i bolesti s toga aspekta.

Funkcionalistička paradigma starenja i obolijevanja, dominantna sredinom prošloga stoljeća, danas se ponovno javlja u obliku neofunkcionalizma.

4. Teorija isključivanja

Ta teorija proizlazi iz funkcionalističkoga pristupa i danas predstavlja utjecajnu, ali i kontroverznu teoriju starenja i obolijevanja. Teorija isključivanja temelji se na tri glavne pretpostavke prema kojima su ti procesi:

- 1) potpuno normalni
- 2) neizbježni
- 3) dio tzv. uspješnoga starenja.

Znanstvenici te provenijencije ističu da bez obzira na to što svaka osoba naposljetku umre društvene institucije moraju preživjeti neovisno o tome jer to održava stabilnost društva i njegov sklad. To je funkcionalni dio teorije.²⁷ Iz navedenih razloga svako društvo prisiljeno je imati uređen način prebacivanja moći sa svojih starijih članova na mlađe. Važno je također postupno zamjenjivati one osobe čiji bi nagli odlazak unio nered u postojeći društveni poredak. Takve težnje postupnoga udaljšavanja starijih osoba iz sustava određenoga društva na taj način postaju institucionalizirane. Jer ustaljene norme ukazuju na to kada i kako pojedine članove treba isključiti te koji bi oblici ponašanja trebali uslijediti potom. Na primjer norme propisuju da se pojedinci povlače s radnoga mjesta u mirovinu, i to u određenoj život-

²⁵ M. SIDELL, *Health in Old Age: Myth, Mystery and Management*, Buckingham, 1995.

²⁶ L. VERBRUGGE, The dynamics of population aging and health, u: S. LEWIS (ur.), *Aging and Health*, Michigan, 1989., 23-40.

²⁷ B. BYTHEWAY, *Ageism*, Buckingham, 1995.

noj dobi, a sama ceremonija umirovljenja često služi kao *proslava* takvih događaja.²⁸ S druge strane isključivanje obično ne dolazi u obliku pojedinačnoga i izdvojenoga događaja. Naprotiv, takav proces postupan je te s vremenom isključuje ljude iz njihovih uobičajenih društvenih uloga i aktivnosti.

Smanjenje uloge društva u životu pojedinca predstavlja samo jednu polovicu teorije isključivanja. Drugu polovicu predstavlja ideja da pojedinci sami odlučuju o isključivanju iz određenih društvenih uloga kako postaju stariji. Naime, što više društvenih uloga napuštaju, to su osobe manje vezane društvenim normama.²⁹ Međutim teorija isključivanja jest i proturječna. Na primjer ne čini se kao da je prisutna u određenim društvenim institucijama, primjerice medicini, sudstvu i/ili politici. Relativno starija životna dob francuskih, talijanskih i inih političara, liječnika, sudaca, sveučilišnih profesora i dr. pobuđuje sumnju u ideju isključivanja kao funkcionalne potrebe. Teorija isključivanja također ne uspijeva prikladno opravdati individualna isključivanja jer osobe koje su do trenutka umirovljenja prihvaćale i uspješno ispunjavale društvene norme mogu pokazivati teškoće u suočavanju s umirovljenjem, koliko god ono bilo *funkcionalno* za društvo kao cjelinu. Ne želeći umirovljenje, one mu se mogu odupirati kao i ostalim oblicima isključivanja.

Teorija isključivanja ipak je vrlo značajna jer analizira društvene procese koji se znaju događati kada starije osobe zbog svoje životne dobi napuštaju svoje uobičajene uloge. Teorija je posebice primjenjiva na situacije u kojima je umirovljenje obvezno.³⁰ S druge strane korisna je u onim slučajevima društvenoga isključivanja u kojima osobe prihvaćaju svoju novu ulogu.

Značenje te teorije jest u činjenici da ona analizira kako interesi društva nekada i danas na određeni način primoravaju ljude starije životne dobi i bolesne da prihvaćaju nove društvene uloge. Česta posljedica toga jest isključenje tih osoba iz društva.³¹ Određivanjem neke životne dobi kao razdoblja za mirovinu isključivanje postaje institucionalizirano, uređeno te neizbježno, kao što je i samo starenje neizbježno, pa je potrebno osmisliti načine da taj proces bude prihvatljiv i za društvo i za osobe starije životne dobi.

²⁸ J. GINN, S. ARBER, Patterns of employment, gender and pensions: the effect of work history on older women's non-state pensions, u: *Work, Employment and Society* 10(1996.), 469-490.

²⁹ J. HENDRICKS, C. HENDRICKS, *Aging in a mass society*, Cambridge, Mass., Inc. 1977.

³⁰ J. LEWIS, B. MEREDITH, *Daughters Who Care*, London, 1988.

³¹ A. WALKER, T. MALTBY, *Ageing Europe*, Buckingham, 1997.

5. Teorija aktivnosti

Taj se pristup u biti temelji na teoriji akcije u procesu uspješnoga starenja, a ima tri osnovne pretpostavke:

1. Većina ljudi starije životne dobi donekle održava određene razine aktivnosti.
2. Njihova uključenost ili isključenost iz društva uvjetovana je stilom života i socioekonomskim i sociokulturnim čimbenicima, a ne potrebama društva (kako se pretpostavlja u teoriji isključivanja).
3. Stariji građani morali bi održavati i razvijati značajnije i bogatije društvene, fizičke i mentalne aktivnosti kako bi starjeli uspješnije.

Pristalice te teorije smatraju da su norme koje su uobičajene za stariju životnu dob važeće i za srednju životnu dob čiji uspjesi i neuspjesi uvelike utječu na tijek iskustva starenja,³² a razlika između kognitivne i kronološke dobi, tzv. mladenačka dob, prema mišljenju nekih autora upućuje na negiranje procesa starenja.³³ Teorija aktivnosti zastupa mišljenje da se ljudi koji *uspješno* stare ponašaju koliko god je to moguće kao ljudi srednje životne dobi. Osjećajući se mlađima nego što jesu, starije se osobe distanciraju od stigme koja je vezana uz starije osobe i proces starenja.³⁴ Stoga se doživljavanje sebe kao mlađega od vlastite dobi može smatrati pozitivnim i upućuje na zdravu prilagodbu pojedinca vlastitoj socijalnoj okolini.³⁵

Neka istraživanja podupiru teoriju aktivnosti. Naime studija koja je provedena na Sveučilištu Duke pokazala je da stariji muškarci nisu postajali manje aktivni ili manje zadovoljni životom, dok su žene pokazale malen, ali statistički značajan postotak sitnoga nezadovoljstva. Dalje, privremeno snižene razine aktivnosti tijekom bolesti uobičajeno su bile nadomještane pojačanim razinama aktivnosti nakon bolesti, iako su promjene bile sitne i zanemarujuće.³⁶ Stoga se nameće zaključak da odustajanje od aktivnosti nije neizbježna posljedica starenja. Tijekom deseto-

³² J. PILCHER, *Age and Generation in Modern Britain*, Oxford, 1995.

³³ B. BARAK, Cognitive age: A new multidimensional approach to measuring age identity, u: *International Journal of Aging and Human Development* 25(2), 109-127., citirano prema K. KALITERNA-LIPOVČAN, Subjektivna dob, životno zadovoljstvo i zdravlje, u: *Društvena istraživanja* 11(2002.)6(62), 897-908.; R. A. WARD, *The Aging Experience: An Introduction to Social Gerontology*, New York: Lippincott, 1979.

³⁴ G. R. PETERS, Self-conceptions of the aged, age identification, and aging, u: *The Gerontologist* 11(1971.)2, 60., 73.

³⁵ K. S. MARKIDES, J. S. BOLDT, Change in subjective age among the elderly: a longitudinal analysis, u: *The Gerontologist* 23(4), 451-467., u: K. KALITERNA-LIPOVČAN, Subjektivna dob, životno zadovoljstvo i zdravlje, 897-908.

³⁶ E. PALMORE, Attitudes toward aging as shown by humor, u: *The Gerontologist* 11(1971.)2, 181-186.

godišnjega istraživanja ispitanici su konzistentno održavali visoke razine aktivnosti, a oni koji su bili aktivniji pokazivali su i veće moralno i životno zadovoljstvo, odnosno sreću.³⁷ Rezultati istraživanja sugeriraju da je za normalno starenje karakterističnije uključivanje, a ne isključivanje, te da osobe koje su bile aktivne u mladosti i srednjim godinama nastavljaju s takvim stilom života i u starosti. Ako bi se i pojavilo, isključivanje bi se očitovalo neposredno prije umiranja, odnosno smrti.³⁸

Teorija aktivnosti ističe kako dio ljudi kada se isključe iz svojih profesionalnih uloga onda to nadoknađuju bavljenjem nekom drugom aktivnošću, i to:

- neformalnom aktivnosti (s prijateljima, rođacima i susjedima)
- formalnom aktivnosti (sudjelovanje u dobrovoljnim organizacijama, udrugama građana)
- samostalnom aktivnosti (održavanje kućanstva, rad u vrtu i dr.).

Pri tome ističu da je aktivnost koja je značajno povezana sa životnim zadovoljstvom upravo neformalna aktivnost s prijateljima. Međutim teorija aktivnosti ima barem dvije slabe strane. Prvo, automatski pretpostavlja da se stariji ljudi procjenjuju u odnosu na standard življenja u srednjim godinama te ne objašnjava situacije kada se takvi standardi ne uzimaju za kriterij. Drugo, teorija ne objašnjava što se događa sa starijim ljudima koji ne uspiju održavati taj standard življenja, bilo iz fizičkih, mentalnih ili društveno-ekonomskih razloga.³⁹ Stoga se nameće zaključak da, poput teorije isključivanja, i teorija aktivnosti uspijeva objasniti ponašanje nekih, ali ne svih osoba u starijoj životnoj dobi. Dakle ni taj pristup izdvojeno ne sadrži ključ rješenja za istraživanje složenih odnosa i utjecaja društvenih uvjeta življenja na proces starenja i položaj starijih osoba u društvu.

6. Teorija kontinuiteta

Taj teorijski pristup analizi starenja i obolijevanja temelji se na ideji da su svi veliki životni ciklusi obilježeni kontinuitetom. Teorija kontinuiteta ističe naime da tijekom životnoga ciklusa muškarci i žene održavaju relativno stabilne ljestvice vri-

³⁷ E. PALMORE, *Sociological Aspects of Aging*, u: E. BUSSE, E. PFEIFFER (ur.), *Behaviour and Adaption in Later Life*, Boston, 1969., 33-69.; D. B. BELL, *Contemporary Social Gerontology*, Illinois, 1977.

³⁸ C. KART, E. S. METRES, J. F. METRESS, *Aging and Health: Biological and Social perspectives*, London, 1977.

³⁹ J. TUNSTALL, *Old and Alone. A Sociological Study of Old People*, London, 1996.

jednosti, stavove, norme i navike, što postaje neizostavni dio njihove osobnosti.⁴⁰ Kada ostare i obole, osobe pokušavaju održavati te osobine, što predstavlja njihove reakcije na proces starenja i obolijevanja. Zastupnici te teorije smatraju da se karakterne osobine često proširuju iskustvom jer se ljudska bića mijenjaju prilagodbom na nove situacije.⁴¹ Oni ističu da na primjer dio ljudi koji se raduje umirovljenju zapravo nije u potpunosti spreman na takvu prekretnicu, pa kada ona nastupi nisu sretni. Međutim iskustvo ih uči kako da promijene svoje stavove, kako da se prilagode umirovljenju tako da im se ono čak i dopadne.⁴² Teorija kontinuiteta može potpunije objasniti neke aspekte teorije isključivanja i aktivnosti, ali se u istraživanjima rijetko primjenjuje jer zahtijeva iscrpno poznavanje individualnih životnih priča i stavova ispitanika, što je dugotrajan i složen, pa i nepouzdan proces.

7. Teorija stratificiranja životne dobi

Sociolozi te provenijencije tvrde da u razvoju društava postoje neke godine ili neka razdoblja razvoja što se pamte na poseban način.⁴³ Europljani zasigurno poznaju pojam *generacija 68. godine*, što se odnosi na pokušaje mijenjanja društvenih, političkih, sveučilišnih i inih prilika u Europi 1968. godine. Amerikance pak koji su sazreli sredinom prošloga stoljeća katkad nazivaju tzv. tihom generacijom zbog njihove relativne političke apatije koja se činila čudnom ako se uspoređuju s pripadnicima tzv. generacije depresije iz 1930-ih.⁴⁴ Hrvatima je primjerice poznat naziv *hrvatsko proljeće*, kada je 1971. godine onemogućen pokušaj promjena tadašnjega društva i države. Te sintagme podsjećaju nas da skupine ljudi koji su rođeni u više ili manje istom razdoblju kroz život dijele slična iskustva, ljubavi, težnje, želje, mržnje i dr. Oni su u istim životnim razdobljima bili djeca, adolescenti, mlade osobe koje su započinjale karijere i obitelji te sredovječne i starije osobe. Takva grupa ljudi konstituira dobnu skupinu koja se kreće kroz isti životni tijek dijeleći zajedničku povijest i događaje, npr. Drugi svjetski rat, Domovinski rat i dr. Istraživači koji pripadaju teoriji stratificiranja životne dobi proučavaju članove istih dobnih skupina te razlike unutar dobnih skupina i ističu da ćemo vidjeti velike razlike ako uspore-

⁴⁰ J. BOND, P. COLEMAN, S. PEARCE, (ur.), *Ageing and Society: an Introduction to Social Gerontology*, 2nd, London, 1993.

⁴¹ S. ARBER, J. GINN, Women and ageing, u: *Reviews in Clinical Gerontology* (1994.)4, 93-102.

⁴² J. HOCKEY, A. JAMES, *Growing Up and Growing Old: Ageing. Dependency and the Life Course*, London, 1993.

⁴³ R. A. WARD, *The Aging Experience: An Introduction to Social Gerontology*, New York, 1979.

⁴⁴ M. FEATHERSTONE, M. HEPWORTH, The mask of ageing and the postmodern life course, u: M. FEATHERSTONE, M. HEPWORTH, B. S. TURNER (ur.), *The Body: Social Process and Cultural Theory*, London, 1991., 371-389.

dimo pjesme djedova i baka i njihovih unuka.⁴⁵ Također će razlike biti u načinu na koji se naši roditelji i ostali pripadnici njihove generacije oblače u usporedbi s našom odjećom. Kada bi se obratila još veća pozornost, zasigurno bi se otkrile razlike u političkim stavovima, spolnom ponašanju, odnosu prema bolesti te u mnogo čemu ostalome.⁴⁶ Sve te razlike predmet su istraživanja teorije stratificiranja životne dobi. Takav pristup omogućava analiziranje društvenih karakteristika unutar različitih dobnih skupina i između njih te slikovito dočarava koliki utjecaj na stavove i ponašanje ima životna dob.

Do danas se tom teorijom još nije opsežno koristilo. Potrebno je više istraživanja da bi se provjerila njezina vrijednost, ali zasigurno predstavlja relevantan pristup koji ima značajno mjesto u suvremenoj sociološkoj teoriji, posebice u SAD-u.

Osim s pomoću navedenih socioloških teorija, starenje se analizira feminističkim pristupom i socioekonomskom analizom.

8. Feministički pristup

Feministički pristup starenju i obolijevanju analizira socijalne nejednakosti temeljene na spolu, a kao razloge tih nejednakosti smatra:

- a) model patrijarhata
- b) kapitalistički sustav
- c) oba.

Feminističke analize patrijarhalnoga društva ističu da se tijekom povijesti unutar različitih društvenih i ekonomskih sustava prakticira dominacija muškaraca.⁴⁷ U sklopu analize kapitalizma feministički pristup proučava posao žene u kući kao ekonomski neophodan za društvenu proizvodnju u suvremenom kapitalističkom sustavu.⁴⁸ Analize te provenijencije povezuju kapitalizam s patrijarhatom te zaključuju da su kapitalisti kao *klasa* i muškarci kao *klasa* povlašteni socijalnim odnosima patrijarhata i kapitalizma.⁴⁹ Pri tome ukazuju na nejednaku raspodjelu moći između muškaraca koji kontroliraju političko i ekonomsko područje i žena koje se

⁴⁵ J. GINN, S. ARBER, Pension penalties: the gendered division of occupational welfare, u: *Work, Employment and Society* 7(1993.), 47-70.

⁴⁶ S. ARBER, J. GINN, Gender and inequalities in health in later life, u: *Social Science and Medicine* 36(1993.), 33-46.

⁴⁷ M. FEATHERSTONE, M. HEPWORTH, Ageing and old age: reflections on the postmodern lifecourse, u: B. BYTHEWAY, T. KEIL, P. ALLATT, A. BRYMAN (ur.), *Becoming and Being Old: Sociological Approaches to Later Life*, London, 1989., 143-157.

⁴⁸ M. C. NUSSBAUM, *Women and Human Development*, Cambridge, 2000.

⁴⁹ J. TUNSTALL, *Old and Alone, A Sociological Study of Old People*, London, 1996.

brinu za kuću,⁵⁰ a kako tvrdi slovenska sociologinja, supružnici optužuju Slovenke za problem alkoholizma.⁵¹

Feminističke analize starenja i obolijevanja ističu da država služi interesima kapitalizma i patrijarhata u socijalnoj i zdravstvenoj politici jer je spolna podjela važna u tim područjima u državi kapitalističkoga sustava.⁵² Feministički pristup analizira i uzorke nejednakosti između žene i muškarca u institucionalnom dijelu starenja te u medicinskom sustavu, pa sugeriraju potrebu priznavanja neplaćenoga rada, kao što je briga za obitelj, te potrebu uklanjanja institucionalnih i političkih razloga koji podupiru nejednaku spolnu podjelu rada.⁵³

Konačno, taj pristup analizira na koji način političke i ekonomske strukture društva stvaraju klimu i pritisak u društvu kako bi predočile starost i bolest kao nekoristan proces u stvaranju profita, odnosno kao olovo na nogama tranzicijskoga društva. Stoga sugeriraju promjenu u društvenim institucijama, ali i promjenu društva, bez čega ne može doći do promjena odnosa prema starijim bolesnim osobama.

9. Socioekonomska analiza

Socioekonomske analize starenja većinom su usmjerene na značenje akumulacije kapitala i njegov utjecaj na živote starijih osoba. Naime snage akumulacije kapitala i potrošačke potrebe kapitalističkoga sustava na sociostrukturnoj razini uvjetuju određenu ulogu.⁵⁴ Socioekonomska istraživanja starenja stoga se usredotočuju na državu kao ključnu strukturnu komponentu suvremenoga kapitalizma u kojem ekonomska politika pojačava ovisnost starijih i bolesnih osoba kroz društvene institucije,⁵⁵ a analiziraju i nejednakosti u društvu. To pomiče središte interesa te analize na procese u kojima pojedinci i društvo mogu postići socijalnu pravdu i ravnopravnost pripadnika različitih starosnih dobi u društvu. Ističu da bi u sklopu sociopolitičke aktivnosti trebalo restrukturirati ekonomski i politički sustav u smislu uklanjanja nepravdi te poboljšanja zdravstvene skrbi i socijalne politike temeljene

⁵⁰ P. A. LASLETT, *Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age*, London, 1989.

⁵¹ M. PAHOR, *Sociologija za zdravstvene delavce*, Univerza u Ljubljani, 1999.

⁵² J. PILCHER, *Age and Generation in Modern Britain*, Oxford, 1995.

⁵³ H. GLICK, Death, technology and politics, u: J. QUADAGNO, D. STREET (ur.), *Aging for the Twenty-first Century*, New York, 1996., 549-567.

⁵⁴ V. NAVARRO, Work, Ideology and Science: Case of Medicine, u: *International Journal of Health* 4(1980.)

⁵⁵ R. M. COHN, Economic development and status change of the aged, u: *American Journal of Sociology* 87(1982.), 1150-1161.

na ljudskim potrebama,⁵⁶ a ne na profitima, posebno za liječenje kroničnih bolesti i iznemoglosti koje zahvaćaju sve starosne grupe, a prevladavaju kod starijih osoba.

Iako su političari skloni tendenciozno povezivati starost s kroničnim bolestima, istraživanje pokazuje da je u nas 1/3 starijih osoba zadovoljna svojim zdravljem, 1/3 je nezadovoljna, a 1/3 smatra svoje zdravlje ni dobrim ni lošim. Stavljanje znaka jednakosti između starijih i bolesnih te ovisnih osoba ima značajne političke i ekonomske posljedice i utječe na raspodjelu društvenih resursa. Međutim, dok su kronične bolesti u Hrvatskoj postale sekundarni zdravstveni cilj, zdravstveni sustav temelji se, navodno, na zaštiti od akutnih bolesti. Sustav je građen tako da liječi pojedince s kratkotrajnom bolesti koja se može potpuno izliječiti, a kronične bolesti s druge strane, koje su dugotrajne te zahtijevaju dugotrajnu brigu, nisu prioritet jer navodno ne ugrožavaju život. Među ostalim, to upućuje na zaključak da se hrvatski zdravstveni sustav nalazi u kritičnom i vrlo nestabilnom stanju, s nedostatnim financijskim sredstvima i neodgovarajućim sustavom pružanja zdravstvene zaštite⁵⁷ jer vlast racionalizira angažman javnoga sustava zdravstva (duge liste čekanja i dr.), odnosno povećava troškove obitelji za svoje starije i bolesne članove.

Socioekonomske analize upozoravaju da se osobe starije od 65 godina okrivljuju za dramatični porast troškova zdravstvene zaštite,⁵⁸ iako su i drugi činitelji značajni jer se troškovi zdravstvene zaštite povisuju i kao rezultat rasta cijena u samom sustavu zdravstvene zaštite kroz povećane bolničke troškove, zbog kliničke jatrogenoze, nepravodobnoga i nekvalitetnoga liječenja, poskupljenja lijekova, honorara liječnika, plaćanja pripravnosti i dr.

Stigmatiziranje starijih osoba zbog (pre)velikih socijalnih i medicinskih troškova sugerira starost kao bolest. Bit je u okolini i društvenoj klimi u kojoj se stvara i oblikuje socijalna⁵⁹ i zdravstvena politika. Nju određuju političari na temelju njihova tumačenja stvarnosti⁶⁰, a da reforme nikada nisu cjelovito izložene u nekom materijalu ili studiji.⁶¹

⁵⁶ R. MENIGHETTI, *Oltre la cronaca: Brava Rosy Binda*, Rocca, 1. 8. 1999., Assisi, 1999.

⁵⁷ Svjetska banka – Ministarstvo zdravstva RH, Zdravstvena reforma u Hrvatskoj, u: *Revija za socijalnu politiku* 7(2000.)3-4, 311-325.

⁵⁸ N. BENNETT, L. JARVIS, *Living in Britain: Results of the 1994. General Household Survey*, OPCS. HMSO, London, 1996.

⁵⁹ V. PULJIZ, Reforme sustava socijalne sigurnosti u Hrvatskoj, u: *Revija za socijalnu politiku* 8(2001.)2, 159-180.

⁶⁰ P. CORNAGLIA-FERRARIS, *Camici e pigiami*, Roma – Bari, 1999.

⁶¹ Ž. POTOČNJAK, Nova koncepcija i struktura hrvatskog mirovinskog sustava, u: *Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu* 50(2000.)5, 699-721.

Zdravstvena i socijalna politika za starije osobe u različitim zemljama uvjetovana je dominacijom tzv. medicinskoga modela starenja⁶² koji podržava strategiju medicinske profesije i definira potrebe starijih kao individualne medicinske potrebe, dok se tranzicijsko društvo nedostatno bavi problemom društvenoga položaja starijih i bolesnih, neadekvatnim mirovinama i ostalim općim društvenim uvjetima života⁶³. Prikaz međugeneracijskoga konflikta i optuživanje starije i bolesne populacije za stanje u društvu, pa i za skroman ekonomski rast, pokazuje kako se određene činjenice mogu (zlo)upotrijebiti, a druge ignorirati da bi se poduprla određena definicija krize te definirao tome sukladan način njezina navodna prevladavanja.

Istraživanja pokazuju da mlađe generacije podržavaju socijalnu i zdravstvenu sigurnost za svoje roditelje, bake i djedove, unatoč strahovima da ti programi bez kvalitetnoga odnosa države ne mogu financijski opstati kako bi i njima koristili.⁶⁴ Ovdje treba istaknuti da je hrvatski socijalni i zdravstveni sustav formalno okrenut potrebama starijih i bolesnih osoba, a u zbilji najviše koristi bogatijima, iako su reforme retorički okrenute onima nižega društvenoekonomskoga statusa. Uz to u nas postoji kontinuitet u okrivljanju prethodne vlasti za aktualne probleme te velik nesklad između onoga što se govori i onoga što se čini, kako se odnosi prema vlastitoj obitelji i prijateljima, a kako prema potrebama starijih i bolesnih.⁶⁵ Stoga je potrebno istražiti načine na koje se starije i bolesne osobe prilagođavaju društvu i društvo njima te kakvu budućnost imaju starije i bolesne osobe u društvu poput hrvatskoga, ali i kakvu budućnost ima to društvo općenito.

10. Starenje, bolest, deinstitucionalizacija i decentralizacija

Deinstitucionalizacija (prema nekima *demonopolizacija*) socijalne skrbi o starijima, odnosno starenja, i decentralizacija sustava zdravstva, što je vladajuća koalicija nedavno započela, a što se provodi *odozgo*⁶⁶, može značiti redukciju uloge države u zdravlju i bolesti te socijalnoj skrbi stanovništva s jedne strane i nedostatno povećanje kompetitivnosti i odgovornosti županija, gradova i općina u tom području s druge strane. Čini se da političke snage na nacionalnoj razini na taj način ne će

⁶² C. ESTES, E. BINNEY, The biomedicalization of aging: dangers and dilemmas, u: *Critical Perspectives on Gerontology: The Political and Moral Economy of Growing Old*.

⁶³ V. PULJIZ, Reforme sustava socijalne sigurnosti u Hrvatskoj, 159-180.; S. ZRINŠČAK, Socijalna budućnost Hrvatske: o budućnosti iz perspektive socijalnih nesigurnosti, u: S. BALOBAN (ur.) *Socijalna budućnost Hrvatske*, Zagreb, 2002.

⁶⁴ M. SIDELL, *Health in Old Age: Myth, Mystery and Management*, Buckingham, 1995.

⁶⁵ P. CORNAGLIA-FERRARIS, *Camici e pigiami*, Roma – Bari, 1999.

⁶⁶ G. BEŽOVAN, S. ZRINŠČAK, Mogućnost decentralizacije u socijalnoj politici i nove uloge lokalnih vlasti, u: *Revija za socijalnu politiku* 8(2001.)3-4, 239-258.

oblikovati bolji sustav socijalne i zdravstvene zaštite za starije osobe, već će smanjiti vlastitu odgovornost i ograničiti izdvajanje za starije i bolesne, odnosno *decentralizirati* i *demonopolizirati* odgovornost. Takav proces ukazuje da vlast nema potrebnu društvenu odgovornost i etičnost u odnosu prema osnovnim ljudskim potrebama i dostojanstvu starijih osoba u području zdravlja, bolesti i socijalne skrbi, što nije samo financijsko, već prije svega egzistencijalno i moralno pitanje. Naime decentralizirani pristup starije osobe tretira kao osobe koje trebaju same rješavati vlastite socijalne probleme, a zdravlje kao (ne)sposobnost pojedinca da (ne)kvalitetno živi i (ne)odlučuje o troškovima vlastitoga liječenja sukladno vlastitoj financijskoj moći. Vlast naime i u tom području nastoji nametnuti tržišni princip koji bi navodno trebao povećati izgleda za rješavanje sve većega problema funkcioniranja sustava socijalne i zdravstvene zaštite. Na taj način izbjegava osiguravanje siromašnijima kvalitetnih i na solidarnosti i jednakosti utemeljenih sustava⁶⁷ koji funkcioniraju neovisno o mogućnosti plaćanja u procesu bolesti i starosti. Na taj način ustavno pravo na zdravlje postaje ograničeno financijskim razlogom.⁶⁸

Politika decentralizacije može imati nekoliko važnih posljedica na stariju populaciju. Jedna je pluralističko financiranje, što može uvjetovati skuplju medicinsku zaštitu, kao i njezino fragmentiranje te smanjivanje ugleda državnih socijalnih i zdravstvenih institucija i rastuću privatizaciju, tj. bolju dostupnost zdravstvenih usluga onima koji mogu platiti, odnosno bogatijima. Medicina na taj način može postati jedna od najснаžnijih institucija u hrvatskom društvu u sklopu čega će siromašniji gubiti kontrolu nad vlastitim životom, odnosno zdravljem, bolesti i smrti. Štoviše, institucionalizirana medicina može postati najveća pogibelj za zdravlje.⁶⁹ Dalje, povezivanje različitih tipova i razina socijalne i medicinske zaštite može biti nekvalitetno, a decentralizacija i deinstitucionalizacija (i demonopolizacija) može poslužiti vlasti da djelomice skine sa sebe odgovornost za funkcioniranje socijalne i zdravstvene zaštite. Slabljenje solidarnosti može izazvati razvoj zdravstvenoga tržišta na kojem će se zdravlje kupovati i prodavati kao sve ostalo, uz kriterije vrjednovanja temeljene više na ekonomskim nego na ljudskim potrebama.

Jedan od prijedloga reforme zdravstvene zaštite u sklopu decentralizacije jest preobražaj društveno financiranoga programa medicinske skrbi u sustav komercijalnoga osiguranja gdje bi se pristup i distribucija zdravstvene zaštite temeljili na mogućnosti plaćanja pojedinaca. Državni sustav zdravstva može u takvim uvjetima

⁶⁷ S. ARBER, *Integrating non-employment into research on health inequalities*, u: *International Journal of Health Services* 26(1996.), 445-481.

⁶⁸ R. MENIGHETTI, *Oltre la cronaca: Brava Rosy Binda*, Rocca, 1. 8. 1999., Assisi, 1999.

⁶⁹ T. PARSONS, *The Social System*, Glencoe, 1951.; J. ŽUPANOV, *McDoctors. Ratio i razum u suvremenoj medicini*, u: *Hrvatsko gospodarstvo* 6(1996.)79.

nastojati privući pacijente na koje se manje troši, odnosno one koji stvaraju profit, a izbjeći one na koje treba više trošiti, odnosno one kojima je pomoć neophodna i najbolesnije. Na taj način starost postaje bolest, a zdravlje postaje privatno dobro bogatijih, odnosno roba na tržištu tranzicijskoga društva u kojem se četiri od pet osoba smatra siromašnima. Socijalna i zdravstvena politika u tom slučaju može biti dominirana *modernim* sloganima, što zamagluje problem potrebe kvalitetnijega odnosa prema starijima i bolesnima.

Treba istaknuti da se promjene sustava zdravstva kroz proces decentralizacije, pa tako i promjene u socijalnoj skrbi (starački domovi i dr.), kroz proces deinstitucionalizacije i tzv. demonopolizacije mogu smatrati značajnim, u nekom smislu i najbitnijim, a za siromašnije sudbonosnim promjenama u politici tretiranja starijih i bolesnih osoba. Pogotovo kada su inovacije u funkcioniranju zdravstvene zaštite motivirane racioniranjem s jedne strane i afirmiranjem tržišnoga principa s druge strane, a ne zbiljskim potrebama starijih i bolesnih osoba od kojih najčešće nema profita.

Političari *rješenje* vide u uvođenju tzv. nadstandarda i podstandarda!⁷⁰ To ne može voditi osmišljavanju kvalitetne zdravstvene zaštite dok se loše opće stanje u društvu i zdravstvu opravdava (pre)velikom brojem umirovljenika (za što se okrivljuje prethodna vlast) te povećanjem kroničnih bolesti i troškova za njihovo liječenje. Međutim to može biti alibi za nekvalitetan odnos prema sadašnjoj generaciji starijih i/ili bolesnih. Ako uz to starije osobe same ne učine nešto za sebe, pripadat će u skupinu izgubljene, nesretne i bespomoćne generacije koja nije mogla naći snage da jasno formulira svoje ciljeve i bude dovoljno realna da

⁷⁰ Što podrazumijeva i za koga će vrijediti nadstandard, a za koga podstandard?

Svakoga dana svjedočimo da se terminalni pacijenti otpuštaju, zapravo izbacuju iz bolnica na brigu obitelji koje za to nisu ni opremljene, ni educirane, ni emocionalno pripremljene, a organizirana palijativna skrb i hospiciji koji bi olakšali posljednje dane i sate takvim pacijentima i njihovim obiteljima u većini sredina samo su nedostižan san. Mnogo ima nesavjesnih liječenja, mnogo lošega ophođenja zdravstvenih radnika s pacijentima i njihovim obiteljima, mnogo primjera onemogućavanja primjene optimalnih i najmodernijih umjesto najjeftinijih i zastarjelih terapijskih postupaka. Mnogo nepotrebnih dijagnostičkih postupaka zbog zastarjelih procedura i mnogo predugoga čekanja na točnu dijagnozu ili neki terapijski postupak iskusili su pacijenti u javnom zdravstvu. Isticanje ministara zdravstva da su neki novi lijekovi preskupi i navodno neisplativi te o potrebi uvođenja tzv. nadstandarda znači da će onaj tko ne može doplatiti dobiti lijekove i liječenje sukladno podstandardu?

Dok je zdravstvo u gubitcima, u bolnicama često nedostaju najosnovnije potrepštine. Ne čudi da neki ljudi takvom zdravstvu ne vjeruju te da se *liječee* češnjakom, kupusom. Povjerenje u javno zdravstvo opada, a u *češnjak & kupus* raste.

zna svoje slabosti i svoje jake strane.⁷¹ To može doprinijeti da se ostvare UN-ove prognoze o gubitku 850 000 osoba u RH do 2050. godine!

Aktualno demografsko stanje potvrđuje da će se prognoze UN-a ostvariti mnogo ranije!

11. Teorije i praksa

11.1. ŠTERC: RASELJAVANJE HRVATA POSTAJE DRAMATIČNO, TO VEĆ POSTAJE PITANJE NACIONALNE SIGURNOSTI

Teorije o starenju i starosti jesu bitne, ali ako ne postoje povoljni društveni uvjeti za njihovu implementaciju u praksu, neizbježne su negativne posljedice. U biti, ljudi u našoj domovini mogu ostarjeti samo ako se rađaju te emigriraju. Hrvatska se sreće s problemima maloga broja novorođenih te raseljavanjem. Na te procese upozorava profesor Stjepan Šterc koji ističe da je problem raseljavanja stanovništva iz Hrvatske i iz Bosne i Hercegovine poprimio dramatične razmjere i postao pitanjem nacionalne sigurnosti. Naglašava kako je posebice ugrožen opstanak Hrvata koji žive u BiH jer bi se njihov broj u toj zemlji u idućih deset godina mogao smanjiti čak za trećinu.⁷² U nastavku kaže: »Način upravljanja u ovim prostorima i državama je i najveći krivac pojave suvremenog egzodusa, potpuno zanemarujući u provođenju izvršne vlasti funkcionalnost demografskog i gospodarskog razvitka. Mogli bi takav način upravljanja nazvati političkom okupacijom u kojoj nema praktički ničeg ozbiljnijeg vezanog za struku, logiku, znanost te projiciranje i modeliranje budućnosti«, kazao je Šterc dodajući kako: »je jasno da političari svojim odlukama i postupcima izravno utječu na odlazak ljudi.«

Iako je Štercov plan izlaska iz demografske krize, koji je nastao kao dio izbornoga programa predsjednice Kolinde Grabar-Kitarović, usvojen u hrvatskim tijelima vlasti, on drži kako to ipak nije učinjeno sukladno njegovim programskim načelima i koncepcijama.

Demografska problematika, kazao je profesor Šterc: »nije shvaćena kao strateško razvojno pitanje pa su posljedice nastavak svih negativnih trendova i pokazatelja do razine na kojoj se već ugrožavaju osnovni sustavi u zemlji.

Razlog? Politička sebičnost, interesna povezivanja, financijsko-gospodarski pristup bez vrednovanja ljudskog potencijala i još puno toga. Moj je prijedlog bio vladin ured na čijem bi čelu bio potpredsjednik vlade kako bi izravno mogao poli-

⁷¹ Ž. JAKŠIĆ, Po čemu će na se sjećati?, u: *Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite*, Labin, 2002., 11-20.

⁷² Vidjeti članak: S. ŠTERC, *Raseljavanje Hrvata postaje dramatično, to već postaje pitanje nacionalne sigurnosti*, Novi list, HINA, 21. studenoga 2017.

tički usmjeravati stratešku revitalizacijsku politiku, jasna procjena što je u proračunu manje bitno od demografskog opstanka, apsolutna zaštita žena u trudnoći i na porodiljskom (radno pravo, ekonomska i financijska sigurnost i sl.), povezivanje s iseljeništvom. Sadašnji su postupci samo dio socijalne politike i ništa više.«

11.2. SKOKO: GUBIMO DEMOKRACIJU U VLASTITOM DVORIŠTU

Pred Hrvatskom su veliki, egzistencijalno važni izazovi. Riječ je o negativnim posljedicama vladavine političara koji su *ukrali demokraciju*⁷³ od građana i ponašaju se kao *žderači demokracije*.⁷⁴ Kao društvo susrećemo se s dvama problemima. Prvi problem jesu oni hrvatski političari na nacionalnoj razini koji zbog svojih egoističkih interesa izazivaju duboke podjele te potiču uspon ideologije mržnje.⁷⁵ Drugi problem jesu političari koji na lokalnoj i gradskoj razini potiču dezintegrativne procese ponašajući se kao *demokratski diktatori*⁷⁶ koji sve agresivnije optužuju *centralizam* kao zaprjeku razvoju i napretku, a kao rješenje ističu *decentralizaciju* koja im, u biti, treba omogućiti da (p)ostanu *lokalni šerifi*. Drugim riječima, dovodi se u pitanje ne samo smisao nego i mogućnost opstanka države. U takvim uvjetima demokracija je prva u opasnosti. Na takvu mogućnost upozorava prof. dr. sc. Božo Skoko koji ističe: »Jesmo li to zakoračili u vrijeme Apokalipse, u kojem se potpuno urušava svijet koji smo poznavali, a Antikrist ostvaruje svoje planove preko brojnih sluga – od svjetskih političara i terorista do posrnutih vatikanskih dužnosnika? Odgovori nisu ni lagani, ni jednoznačni, ističe profesor Skoko⁷⁷ i dodaje: Tako se većina ljudi, bez obzira na snagu njihovih titula, zvanja i zanimanja, osjeća nekako bespomoćno, kao da se u njih uvukao strah, pa i razočaranost (...) Sanjali smo kako ćemo 'nahraniti' siromašne afričke zemlje, a 'demokratizacijom' zemalja tzv. Trećeg svijeta stvoriti stabilne kontinente. A postupno gubimo demokraciju u vlastitom dvorištu, dok siromaštvo postaje naša svakodnevnica. Nešto se veliko događa, ali rijetki to znaju opisati pravim riječima (...) Unatoč tisućama medijskih informacija koje nas zasipaju iz minute u minutu, više nismo sigurni što je istina, a što su podmetanja, kome vjerovati, a kome ne! Ne znamo više što se zaista događa (...) a što je proizvod medijske mašinerije ili moćnih interesnih skupina, koje svoje prljave rabote nastoje prikazati kao djelo drugih ili nam beskorisnim ali šarenim temama odvlače pozornost od pravih pitanja (...) Živimo pod stalnim bombardiranjem uma i samih

⁷³ O tome vidjeti u knjizi: M. ŠTIFANIĆ, *Ukradena demokracija. U potrazi za boljom Hrvatskom i direktnom demokracijom*, Pula, 2014.

⁷⁴ O tome vidjeti u knjizi: M. ŠTIFANIĆ, *Žderači demokracije*, Zagreb, 2017.

⁷⁵ O tome vidjeti u knjizi: M. ŠTIFANIĆ, *Uspion ideologije mržnje: ni mi, ni oni*, Zagreb, 2016.

⁷⁶ Vidjeti u knjizi: M. ŠTIFANIĆ, *Demokratski diktatori. Gospodari mržnje, podjela i krize*, Split, 2014.

⁷⁷ Usp. B. SKOKO, Je li počeo treći svjetski rat, u: *MI* 41(2017.)10, 4. i 5.

stanica našeg tijela, svim mogućim izvorima u našem svijetu, piše poznati kanadski književnik Michael O'Brian u svojoj knjizi 'Živimo li u posljednjim vremenima?'. A znamo, kad je um pod pritiskom da se prebacuje na 'auto-pilot' i puno toga uzima zdravo za gotovo, apstrahira i stereotipizira, ne suprotstavlja se već priklanja (...) Isti autor podsjeća kako smo u modernom vremenu svijetu produbili jaz između Boga i čovjeka, a ispunili ga obiljem poticaja, zabave i strasti, istodobno sužavajući sve njegove dimenzije – postali smo slijepi za ljepotu bivanja, tajanstvenu ljepotu postojanja i vrijednost života (...) A znamo da je uplašenima najlakše vladati i manipulirati (...) Svjesni smo da nešto ne štima s okruženjem u kojem živimo, ali ne vidimo rješenje, a oni koji su pozvani ponuditi ga, kao da bježe od vlastite odgovornosti i stvaraju nove stranputice. Vidimo da mnogi nama manipuliraju, ali više nemamo snage suprotstaviti se... <<

Žrtve će biti ne samo starije osobe, koje same za sebe ne mogu gotovo ništa poduzeti, nego i mladi te obrazovani ljudi koji znaju, ali misle da ne mogu ništa učiniti te odustaju od sudjelovanja u (iz)gradnji socijalno pravedne zajednice i održivoga društva.

Zaključak

Starenje, starost i obolijevanje povijesni su i suvremeni društveni fenomeni kojima se pristupa na različite načine i s različitim interesima. Istraživanja starenja i obolijevanja kroz prošlost i u sadašnjosti usredotočuju se na ekonomske, demografske, socioekonomske, sociokulturne i sociopolitičke aspekte povezane sa starenjem i bolešću kao pratiteljicom starosti. Ta istraživanja imaju dodirne točke, odnosno bliska su, a u nekim segmentima se i preklapaju s povijesti medicine.

Rezultati analize starenja i obolijevanja sugeriraju da se odnos prema starijima susreće s dvama problemima. Prvi je rezultat razvoja suvremenoga društva u kojem je produžen životni vijek, što za posljedicu ima povećanje broja kroničnih bolesti te promjenu patologije iz akutnih u kronične bolesti. Međutim činjenicu da u tranzicijskom društvu raste broj starijih osoba vlast sebi pripisuje kao zaslugu, a istodobno racionalizira novac za njihove socijalne i zdravstvene potrebe! Drugi razlog vezan je uz kontinuiranu nesposobnost zdravstvenoga sustava da rješava makrostrukturalne probleme koji su prisutni u etiologiji bolesti. Medicinski odgovor bio je naime usredotočiti pozornost na pojedinačnu bolest, zanemarujući sociokulturnu i socioekonomsku uvjetovanost zdravlja i bolesti, te zanemarivanje socijalne i korektivne uloge države.

U suvremenom društvu starenje se povezuje s bolešću, a osmišljavanje i definiranje odnosa prema njima sastavnim dijelom strategije razvoja, što utječe na pojedinačne i općedruštvene doseg. Tamo gdje toga nema starije osobe (kao u tranzicijskom

društvu) kao skupina su stigmatizirani; prema njima imamo predrasude zbog njihova inferiornoga društvenoga i ekonomskoga statusa i diskriminacije, odbačenosti, pa i segregacije. Stariji i oboljeli dnevno su izloženi društvenom, ekonomskom, egzistencijalnom i psihološkom stresu. Međutim, osim negativnih posljedica, to bi moglo utjecati na formiranje zajedničkoga identiteta i oblikovanje specifičnih, na skupinu orijentiranih uvjerenja, vrijednosti i interesa radi rješavanja zajedničkih potreba. Takav identitet mogao bi toj velikoj skupini osigurati društvenu i političku težinu, što u nas još nije slučaj. Stoga se nameće zaključak da se položaj te skupine u tranzicijskom društvu ne će bitno promijeniti dok starija i bolesna populacija preko svojih udruga sama ne pomogne sebi, odnosno dok ne bude sposobna mijenjati odnose u društvu i utjecati na ostvarivanje posebnih potreba vlastitih članova. Prije toga treba pridonijeti spoznaji starijih osoba o sebi i svojoj skupini te društva o tom najugroženijem dijelu populacije. Podrška takvim nastojanjima trebaju, zbog svojih interesa i interesa cijeloga društva, biti mladi i obrazovani Hrvati shvaćajući da su pozvani biti akteri promjena, odnosno da bez njihova aktivizma Hrvatska će u sve manjem opsegu moći biti održivo društvo. Preostaje potreba demokratskoga aktivizma građana kako bi njihov posao i monopole loših političara počeli preuzimati kao novi, demokratski akteri, odnosno nove, neideološke i nestranačke udruge i pojedinci. Koristeći se potencijalima društvenih mreža, oni mogu postići važne društvene i političke promjene kako bi narod, odnosno građani, kako je nedavno istaknula Theresa May, premijerka Velike Britanije, preuzmu sudbinu u svoje ruke.

Ako pak stariji i mladi ne preuzmu sudbinu u svoje ruke, u pitanju može biti i sam opstanak.

SOCIAL ASPECTS OF AGEING AND GETTING ILL

Mirko ŠTIFANIĆ*

Summary: *With the help of relevant literature the paper analyses social aspects of ageing and getting ill. The author concludes that none of the scientific theories by themselves hold the solution for studying these complex processes and the position of old people in the modern society, and that the interdisciplinary approach is the best. To accomplish the set goal, the article discusses: a) theories that help us understand old age and ageing, and allow us to define social and healthcare policies in everyday conditions, which directly affects the attitude of individuals, families and the society towards the constantly growing group of old and ill people, and b) the understanding of old age and ageing through history and the present which helps affirming those behavior patterns and activities that are an alternative to the one-sided, stigmatizing and at times segregating attitude towards people over 65 years of age. This may help institutional reforms of social and health care systems to allow for a different quality, and in some segments an entirely different attitude towards old people so they would not feel redundant and forsaken by families and the society in the otherwise difficult conditions of transition, as well as to find answers to increasingly more complex and important social, healthcare, legal, economic and ethical questions, in our parts, that are: a) current, b) insufficiently discussed, c) lacking a systematic and comprehensive representation.*

Keywords: *ageing, getting ill, healthcare and social system, challenges of decentralization.*

* Full Prof. Mirko Štifanić, Ph. D., Faculty of Medicine, University of Rijeka, Braće Branchetta 20, 51000 Rijeka, Croatia, mirkostif@yahoo.com