

KULTUROLOŠKO-POVIJESNI ASPEKTI STARENJA I OBOLIJEVANJA

CULTURAL AND HISTORICAL ASPECTS OF AGEING AND GETTING ILL

Mirko Štifanić*

SUMMARY

In this work the author analyses cultural and historical aspects of ageing and getting ill with the help of contemporary relevant literature. It is the author's conclusion that none of the theories define the proper way of researching such a complex process of ageing and the ageing individuals' situation. The main purpose of sociologic studies is to help understand the process of ageing and defining social and healthcare policies in every day conditions and thus affecting the attitude of every individual, family and the society itself towards the constantly growing group of elderly ill persons. The understanding of the concept of old age and the ageing process is helpful when it comes to affirmation of those behaviour patterns that are an alternative to the previously one-sided, stigmatized and at times segregation-like attitude pointed at the persons of over 65 years of age. Such politics would be quite helpful for institutionally guided social and health care reforms in order to enable a different quality, in some segments an entirely different approach to the elderly citizens hoping that they would not feel redundant and disposable as a part of society as it is the usual case in the difficult conditions of a country in transition. Furthermore, maybe it would be possible to reach the answers to more and more complex and important social, healthcare, legal, economic and ethical questions that are: a) actual, b) insufficiently covered, c) lacking an overall and detailed defining in our country and in our language.

* Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Katedra za društvene znanosti. Correspondence: doc. dr. Mirko Štifanić, Ulica braće Branchetta 20, 51000 Rijeka, E-mail: mirkostif@yahoo.com

Key words: ageing, getting ill, healthcare and social system, decentralization

UVOD

Starenje je proces u suvremenom društvu koji se nerijetko percipira kao problem koji ima utjecaj na postojeću krizu 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 zaposlenog dijela stanovništva. Moguće alternative u interpretaciji starenja kao problema rijetko se nude od strane nekog dijela društva, pa i od znanosti. Stoga je neophodno prepoznavanje, oblikovanje, formuliranje i analiza ovog problema društva kako njegova javna interpretacija ne bi (p)ostala tek još jedno područje pomoću kojeg će političari dokazivati greške drugih i vlastite uspjehe.

RAZVIJENE ZEMLJE I ZEMLJE U TRANZICIJI

Statistički pokazatelji zdravstvenog 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^{1,2}. Snažan materijalni napredak postignut u dvadesetom stoljeću u razvijenim zemljama iza sebe ostavlja poremećene brojčane odnose u dobno-spolnom sastavu³. I zemlje u tranziciji poput Hrvatske susreću se s tim problemom unatoč niskom životnom standardu, nepravednoj raspodjeli zdravstvenih resursa i nekvalitetnog odnosa vlasti prema potrebama građana, te prema zdravstvenom sustavu i području socijalne skrbi stanovništva. S obzirom da se novcem za zdravstveno osiguranje ne uspijeva riješiti probleme tog sustava od osiguravatelja se dodatno traži doplata još 80 kuna mjesečno, što je onda navodno 100% onoga što sustav nudi.

U vrijeme kada razlike između siromašnih i bogatih očigledno rastu i pokazuju tendenciju trajanja na duže vrijeme, raste broj udruga za

građanska prava u ovom području, ali ne postižu rezultate srazmjerno (ne)zadovoljstvu siromašnijih i bolesnih, te starijih građana stisnutih na rub društvenog interesa. Međutim, dok se starost te socijalna i zdravstvena politika definiraju bez ozbiljnog 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 pitanja⁴. To potvrđuje i činjenica da vlast ne uspijeva zaposliti potreban broj medicinskih stručnjaka (nezaposlene liječnike i medicinske sestre), niti osigurati odgovarajući sustav pružanja zdravstvene zaštite⁵ koji omogućava liječnicima poduzimanje svih mjera i zahvata za koje su osposobljeni, niti zdravstveno zaštititi siromašne, posebice preventivno, jer to nema tko platiti? [6] 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)veliki teret društva, pa i izlika za stagnaciju. Time se otpisuje starije građane iz čijih redova njih 60 umire svakog dana [7].

ZNANSTVENI PRISTUP STARENJU

Analiza starenja obuhvaća uzroke i posljedice starenja, te položaj starije populacije u društvu, te distribuciju zdravlja i bolesti, socijalnu konstrukciju zdravlja u svakodnevnom životu, i međusobnu povezanost zdravlja i socioekonomske i sociokulturne pripadnosti, kao i organizaciju i financiranje zdravstvene zaštite. U tom kontekstu starenje i obolijevanje nisu samo konkretni problemi, već značajni procesi koji rječito 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 suvremenog društva, te pronađu načini i akteri njegovog rješavanja. Kako nema jedinstvenog općeprihvaćenog određenja pojma starenja [8] najčešće obilježje koje dijeli starost od drugih životnih dobi je 65.-ta godina, što je široko prihvaćeno 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 Nor-

veškoj ima 16,4%, Švedskoj 18,3%, a godine 2010. jedna petina populacije Italije (ili 11 milijuna) bit će starija od šezdeset pet godina [9].

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.

DVA ASPEKTA STARENJA I OBOLIJEVANJA

Postoje dva glavna aspekta tumačenja starenja i obolijevanja koji utječu na odnos prema starenju kao bolesti, ovisnosti, odnosno nemoći. Prvi aspekt obuhvaća konstrukciju samog procesa starenja u sklopu kojeg 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 je dominantno kod medicinske paradigme koja kroz medikalizaciju života starijih osoba podržava razvoj i dominaciju skupog i profitabilnog medicinsko-industrijskog kompleksa [10] 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 [11]. Ovaj proces utječe na specifične grupe 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 [12] kao npr. stare i bolesne osobe koje se prvenstveno oslanjaju na socijalni, mirovinski i zdravstveni sustav.

Kad se spoji starost s bolešću i ovisnošću posljedice mogu biti brojne, a prije svega veći zahtjevi od zdravstvenih i socijalnih službi, zato jer se ova 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 [13], uključujući redukciju uobičajenih odgovornosti i povećanu ovisnost od drugih, a medikalizacija starenja može utjecati na širenje uvjerenja da starije osobe uvijek sudjeluju u stvaranju svojih ovisnosti, pogotovo u razdoblju gubitka društvenih funkcija [14]. Taj proces povećava sklonost za traženje medicinske intervencije i potpomaže daljnju medikalizaciju procesa starenja, kroz povećanje broja nepotrebnih operacija i pretjeranu upotrebu lijekova u sklopu kliničke jatrogeneze [15].

Shvaćanje starenja kao bolesti u tranzicijskom društvu u skladu je s poimanjem starenja kao problema, kao što "problem" može biti u javnosti nerijetko prikazivanje odbijanja prihvaćanja radnog mjesta od strane nezaposlenih, iako im se navodno nudi dobar posao i sl. Povezanost između starosti i bolesti stoga smatra se 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 društvenomedicinske 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 su:

- interakcionizam
- funkcionalizam
- teorija isključivanja
- teorija aktivnosti
- teorija kontinuiteta, i
- 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 ovog pitanja u tranzicijskom društvu.

INTERAKCIONIZAM

Središnja teza interakcionističkog pristupa starenju i obolijevanju jest da su oni fenomeni koji su stvoreni društvenim interakcijama. In-

terakcionisti smatraju pojedince aktivnim kreatorima društva kroz stvaranje uloga, te sudjelovanjem u interakcijskom definiranju starosti i bolesti. Interakcionistička proučavanja su karakteristična po tome što socijalnu kreaciju starenja i bolesti izravno povezuju s iskustvom bolesnih i starijih osoba [16]. Jedno od područja interakcionističkih istraživanja jest analiza starijih osoba kao pasivnih i marginalnih članova društva. Autori analiziraju život umirovljenika u domovima i zaključuju da se radi o zajednici starijih osoba sa specifičnom subkulturom [17]. Slično istraživanje u medicinskoj sociologiji usredotočuje se na interakcije, pokazujući kako je pacijent aktivni sudionik u procesu liječenja, a ne pasivni primalac, ili tek klasični potrošač. Istraživanje društvenih i kulturnih promjena u zdravlju starijih osoba, također, često dolazi do sličnog 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).

Kod toga zaključuju da starije i bolesne osobe nisu sposobne ostvariti dobit i stoga se povlače. Interakcionistički koncept pokazuje kako stare osobe rade na stvaranju smislenog života i žele osmisliti svaki trenutak. Stoga bi se politika temeljena na interakcionističkoj analizi trebala usredotočiti na poboljšanje pozitivnog mišljenja o starosti povećanjem interakcionističke snage starih i bolesnih osoba [8].

Interakcionizam sugerira da su kategorije "starije osobe" i "bolesne osobe" promijenjive zato jer su stvorene kroz socijalne interakcije, pa i odnos prema njima treba biti različit.

FUNKCIONALIZAM

Funkcionalistička teorija se temelji na analogiji između društva i bioloških organizama. Društvo je općenito gledano, kao samoregulacioni sustav, sastavljeno od funkcionalno neovisnih dijelova koji za optimalno funkcioniranje zahtijevaju socijalnu povezanost. Funkcionalizam ana-

lizira načine na koje društvene institucije, kao što su obitelj, Crkva, medicina i dr., utječu na starenje i obolijevanje [19]. Institucije, naime, funkcioniraju tako da zadržavaju ravnotežu, obično ukazujući da je postojeći društveni poredak najpoželjniji.

Funkcionalisti prihvaćaju medicinsku i nemedicinske definicije starenja i zdravlja [20]. Individualno ponašanje shvaća se kao nešto ograničeno ulogama koje su određene u društvu i njime uvjetovane [21]. 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 [22]. 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 [23].

Prema funkcionalistima primarni preduvjet za uspješno starenje je 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, ili (p)ostaju bolesni u Parsonsovom smislu. S obzirom da tijek ljudskog razvoja pokazuje kako je starenje proces [24], 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.

JUČER BIOLOGIJA, DANAS TEHNOLOGIJA

Dok društveni sustav starenja općenito određuje točno vrijeme za određene uloge kao 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 [25]. Moderna funkcionistička teorija bavi se i analizom razlika zdravstvenih statusa starijih osoba u zdravstvenom sustavu suvremenog društva [26]. Ova 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 društvenog statusa, uloge i utjecaja [27].

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

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

TEORIJA ISKLJUČIVANJA

Ova teorija proizlazi iz funkcionalističkog pristupa i danas predstavlja utjecajnu, ali i kontroverznu teoriju starenja i obolijevanja. Teorija isključivanja temelji se na 3 glavne pretpostavke prema kojima su ti procesi:

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

Znanstvenici ove 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 [28]. Iz navedenih razloga svako društvo je prisiljeno imati uređen način prebacivanja moći sa svojih starijih članova na mlađe. Važno je također postupno zamijenjivati one osobe čiji bi nagli odlazak unio nered u postojeći društveni poredak. Ovakve težnje postupnog udaljšavanja starijih osoba iz sustava određenog društva na ovaj 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 radnog mjesta u mirovinu i to u određenoj životnoj dobi, a sama ceremonija umirovljenja često služi kao "proslava" takvih događaja [29]. S druge strane, isključivanje obično ne dolazi u obliku pojedinačnog i izdvojenog događaja. Naprotiv, takav proces je postupan 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 [30]. Međutim, teorija isključivanja je 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 od velikog značenja 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 gdje je umirovljenje obavezno [31]. S druge strane, korisna je kod onih slučajeva društvenog isključivanja gdje osobe prihvaćaju svoju novu ulogu.

Značenje ove teorije jest u činjenici da ona analizira kako interesi društva nekada i danas na određeni način primoravaju ljude starije životne dobi i bolesti da prihvaćaju nove društvene uloge. Česta posljedica toga jest isključenje tih osoba iz društva [32]. 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 ovaj proces bude prihvatljiv i za društvo i za osobe starije životne dobi.

TEORIJA AKTIVNOSTI

Ovaj pristup se u biti temelji na teoriji akcije u procesu uspješnog 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 starili uspješnije.

Pristaše ove teorije smatraju da su norme koje su uobičajene za stariju životnu dob važeće i za srednju životnu dob gdje uspjesi i neuspjesi uvelike utječu na tijek iskustva starenja [33], a razlika između kognitivne i kronološke dobi, tzv. mladenačka dob, prema mišljenju nekih autora upućuje na negiranje procesa starenja [34,35]. 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 [36], te se doživljavanje sebe kao mlađega od vlastite dobi može smatrati pozitivnim i upućuje na zdravu prilagodbu pojedinca vlastitoj socijalnoj okolini [37].

Neka istraživanja podupiru teoriju aktivnosti. Naime, studija 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 sitnog nezadovoljstva. Dalje, privremeno snižene razine aktivnosti tijekom bolesti uobičajeno su bile nadomještane pojačanim razinama aktivnosti nakon bolesti, iako su promjene bile sitne i zanemarujuće [38]. Stoga se nameće zaključak da odustajanje od aktivnosti nije neizbježna posljedica starenja. Tijekom desetogodišnjeg istraživanja ispitanici su konzistentno održavali visoke razine aktivnosti, a oni koji su bili aktivniji pokazivali su i veće moralno i životno zadovoljstvo, odnosno sreću [39,40]. 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 [41].

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.).

Kod toga 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 društvenoekonomskih razloga [42]. Stoga se nameće zaključak da, poput teorije isključivanja, i teorija aktivnosti uspijeva objasniti ponašanje nekih, ali ne svih osoba u starijoj životnoj dobi. Dakle, niti ovaj pristup izdvojeno ne sadrži ključ rješenja za istraživanje složenih odnosa i utjecaja društvenih uvjeta življenja na proces starenja i položaj starijih osoba u društvu.

TEORIJA KONTINUITETA

Ovaj teorijski pristup analizi starenja i obolijevanja temelji se na ideji da su svi veliki životni ciklusi obilježeni kontinuitetom. Teorija kontinuiteta ističe, naime, da tijekom životnog ciklusa muškarci i žene održavaju relativno stabilne ljestvice vrijednosti, stavove, norme i navike, što postaje neizostavni dio njihove osobnosti [43]. Kada ostare i obole, osobe pokušavaju održavati te osobine što predstavlja njihove reakcije na proces starenja i obolijevanja. Zastupnici ove teorije smatraju da se karakterne osobine često proširuju iskustvom, jer se ljudska bića mijenjaju prilagodbom na nove situacije [44]. Oni ističu da dio ljudi koji se radije umirovljenju, na primjer, u biti nije u potpunosti spreman na takvu prekretnicu, a kada ona nastupi nisu sretni. Međutim, iskustvo ih uči kako da promijene svoje stavove, kako da se prilagode umi-

rovljenju tako da im se ono čak i dopadne [45]. 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.

TEORIJA STRATIFICIRANJA ŽIVOTNE DOBI

Sociolozi ove provenijencije tvrde da u razvoju društava postoje neke godine ili neka razdoblja razvoja što se pamte na poseban način [46]. 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 sazrijeli sredinom prošlog stoljeća katkad nazivaju tzv. tihom generacijom zbog njihove relativne političke apatije koja se činila čudnom ako se uspoređuju s pripadnicima tzv. generacije depresije, u 1930-ima [47]. Hrvatima je, primjerice, poznat naziv "hrvatsko proljeće", kada je 1971. godine onemogućen pokušaj promjena tadašnjeg društva i države. Ove 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 srednjovječne i starije osobe. Takva grupa ljudi konstituira dobnu skupinu koja se kreće kroz isti životni tijek, dijeleći zajedničku povijest i događaje, kao 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 usporedimo pjesme djedova i baka i njihovih unuka [48]. Također, razlike će biti u načinu na koji se naši roditelji i ostali pripadnici njihove generacije oblače, u usporedbi s vlastitom odjećom. Kada se obrati još veća pozornost, zasigurno bi se otkrile razlike u političkim stavovima, spolnom ponašanju, odnosu prema bolesti, te u mnogo čemu ostalome [49]. Sve te razlike predmet su istraživanja teorije stratificiranja životne dobi. Ovakav pristup omogućava analiziranje društvenih karakteristika unutar i između različitih dobnih skupina, te slikovito dočarava koliki utjecaj na stavove i ponašanje ima životna dob.

Do danas se ova teorije još nije opsežno koristila. 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 pomoću navedenih socioloških teorija starenje se analizira feminističkim pristupom i socioekonomskom analizom.

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 patrijarhalnog društva ističu da se tijekom povijesti, unutar različitih društvenih i ekonomskih sustava prakticira dominacija muškaraca [50]. U sklopu analize kapitalizma feministički pristup proučava posao žene u kući kao ekonomski neophodan za društvenu proizvodnju u suvremenom kapitalističkom sustavu [51]. Analize ove provenijencije povezuju kapitalizam s patrijarhatom, te zaključuju da su kapitalisti kao "klasa" i muškarci kao "klasa" povlašteni socijalnim odnosima patrijarhata i kapitalizma [52]. Kod toga ukazuju na nejednaku raspodjelu moći između muškaraca koji kontroliraju političko i ekonomsko područje i žena koje se brinu za kuću [53], a kako tvrdi slovenska sociologinja, Slovenke od svojih supruga bivaju optužene za problem alkoholizma [54].

Feministički analize starenja i obolijevanja ističu da država služi interesima kapitalizma i patrijarhata u socijalnoj te u zdravstvenoj politici, jer je spolna podjela važna u tim područjima u državi kapitalističkog sustava [55]. Feministički pristup analizira i uzorke nejednakosti između žene i muškarca u institucionalnom dijelu starenja te u medicinskom sustavu, i sugeriraju potrebu priznavanja neplaćenog rada, kao što je briga za obitelj, i potrebu uklanjanja institucionalnih i političkih razloga koji podupiru nejednaku spolnu podjelu rada [56].

Konačno, ovaj pristup analizira na koji način političke i ekonomske strukture društva stvaraju klimu i pritisak u društvu s ciljem da predoče starost i bolest kao nekoristan proces u stvaranju profita, odnosno kao olovo na nogama tranzicijskog društva. Stoga sugeriraju promjenu u društvenim institucijama, ali i promjenu društva, bez čega ne može doći do promjena odnosa prema starijimi bolesnim osobama.

SOCIOEKONOMSKA ANALIZA

Socioekonomske analize starenja, većinom su usmjerene na značajne akumulacije kapitala i njegov utjecaj na živote starijih osoba. Naime, snage akumulacije kapitala i potrošačke potrebe kapitalističkog sustava na sociostrukturnoj razini uvjetuju određenu ulogu [57]. Socioekonomska istraživanja starenja se stoga usredotočuje na državu kao ključnu strukturalnu komponentu suvremenog kapitalizma u kojem ekonomska politika pojačava ovisnost starijih i bolesnih osoba kroz društvene institucije [58], a analiziraju i na nejednakosti u društvu. To pomiče središte interesa ove analize na procese u kojima pojedinci i društvo mogu postići socijalnu pravdu i ravnopravnost pripadnika različitih starosnih dobi u društvu, te 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 na ljudskim potrebama [59], 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 niti dobrim niti 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. Osim ostaloga, to upućuje na konstataciju da se hrvatski zdrav-

stveni sustav nalazi u kritičnom i vrlo nestabilnom stanju, s nedostatnim financijskim sredstvima i neodgovarajućim sustavom pružanja zdravstvene zaštite [60], jer vlast racionalizira angažman javnog 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 [61], 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 iatrogeneze, nepravodobnog i nekvalitetnog liječenja, poskupljenja lijekova, honorara liječnika, plaćanja pripravnosti i dr.

DISKREPANCIJA RIJEČI I DJELA

Stigmatiziranje starijih osoba za (pre)velike socijalne i medicinske troškove sugerira starost kao bolest. Bit je u okolini i društvenoj klimi gdje se stvara i oblikuje socijalna [62] i zdravstvena politika, što određuju političari na temelju njihovog tumačenja stvarnosti [63], a da reforme nikada nisu cjelovito izložene u nekom materijalu ili studiji [64].

Zdravstvena i socijalna politika za starije osobe u različitim zemljama uvjetovana je dominacijom tzv. medicinskog modela starenja [65] koji podržava strategiju medicinske profesije i definira potrebe starijih kao individualne medicinske potrebe, dok se tranzicijsko društvo nedostatno bavi problemom društvenog položaja starijih i bolesnih, neadekvatnim mirovinama i ostalim općim društvenim uvjetima života [66,67]. Prikaz međugeneracijskog 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, usprkos strahovima da ovi programi bez kvalitetnog odnosa države ne mogu financijski opstati kako bi i njima koristili [68]. Ovdje treba istaći da je hrvatski socijalni i zdravstveni sustav formalno okrenut potrebama starijih i

bolesnih osoba, a u zbilji najviše koristi bogatijima, iako su reforme re-torički okrenute onima s nižim društvenoekonomskim statusom. Uz to u nas postoji kontinuitet u okrivljavanju prethodne vlasti za aktualne probleme, te velika diskrepancija između onoga što se govori i onoga što se čini, te kako se odnosi prema vlastitoj obitelji i prijate-ljima, a kako prema potrebama starijih i bolesnih [69]. Stoga je po-trebno istražiti načine na koje se starije i bolesne osobe prilagođavaju dru-štvu i društvo prema njima, te kakvu budućnost imaju starije i bolesne osobe u društvu poput hrvatskog, ali i kakvu budućnost ima to društvo općenito?

STARENJE, BOLEST, DEINSTITUCIONALIZACIJA I DECENTRALIZACIJA

Deinstitucionalizacija (prema nekima “demonopolizacija”) socijal-ne skrbi o starijima, odnosno starenja i decentralizacija sustava zdrav-stva, što je vladajuća koalicija nedavno započela, a što se provodi “odo-zgo” [70] može značiti redukciju uloge države u zdravlju i bolesti te socijalnoj skrbi stanovništva s jedne, i nedostatno povećanje kompeti-tivnosti i odgovornosti županija, gradova i općina u tom području, s druge strane. Čini se da političke snage na nacionalnoj razini na taj način neće oblikovati bolji sustav socijalne i zdravstvene zaštite za star-ije osobe, već će smanjiti vlastitu odgovornost i ograničiti izdvajanje za starije i bolesne, odnosno “decentralizirati” i “demonopolizirati” odgo-vornost. Takav proces ukazuje da vlast nema potrebnu društvenu od-govornost i etičnost u odnosu prema osnovnim ljudskim potrebama i dostojanstvu starijih osoba u području zdravlja i bolesti i socijalnoj skr-bi, 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 problema, a zdravlje kao (ne)sposobnost pojedinca da (ne)kvalitetno živi i (ne)odlučuje o tro-škovima vlastitog liječenja sukladno vlastitoj financijskoj moći. Vlast, naime, i u ovom području nastoji nametnuti tržišni princip koji bi na-vodno trebao povećati izgleda za rješavanje sve većeg problema fun-ccioniranja sustava socijalne i zdravstvene zaštite, izbjegavajući na taj način siromašnijima osiguravanje kvalitetnih i na solidarnosti i jedna-kosti utemeljenih sustava [71] koji funkcioniraju neovisno o moguć-

nosti plaćanja u procesu bolesti i starosti. Na taj način ustavno pravo na zdravlje biva ograničeno financijskim razlogom [72].

Politika decentralizacije može imati nekoliko važnih posljedica na stariju populaciju. Jedno je pluralističko financiranje, što može uvjetovati skuplju medicinsku zaštitu, kao i njeno fragmentiranje, te smanjivanje ugleda državnih socijalnih i zdravstvenih institucija i rastuću privatizaciju, te bolju dostupnost zdravstvenih usluga onima koji mogu platiti, odnosno bogatijima. Medicina na taj način može postati jedna od najsnažnijih institucija u hrvatskom društvu u sklopu čega će siromašniji gubiti kontrolu vlastitog života, odnosno zdravlja, bolesti i smrti. Štoviše, institucionalizirana medicina može postati najveća pogibelj za zdravlje [73,74]. Dalje, povezivanje različitih tipova i razina socijalne i medicinske zaštite može biti nekvalitetno, a decentralizacija i deinstitutionalizacija (i demonopolizacija) može poslužiti vlasti da djelomice skine sa sebe odgovornost za funkcioniranje socijalne i zdravstvene zaštite, dok slabljenje solidarnosti može izazvati razvoj zdravstvenog tržišta na kojem će se zdravlje kupovati i prodavati kao sve ostalo, uz kriterije vrednovanja temeljenim na ekonomskim, prije nego na ljudskim potrebama.

Jedan od prijedloga reforme zdravstvene zaštite u sklopu decentralizacije je preobražaj društveno financiranog programa medicinske skrbi u sustav komercijalnog osiguranja gdje bi se pristup i distribucija zdravstvene zaštite temeljili na mogućnosti plaćanja pojedinaca. Državni sustav zdravstva može u takvim uvjetima 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 najneophodnija, i najbolesnije. Na taj način starost postaje bolest, a zdravlje postaje privatno dobro bogatijih, odnosno roba na tržištu tranzicijskog društva u kojem se četiri od pet osoba smatra siromašnima. Socijalna i zdravstvena politika u tom slučaju može biti dominirana "modernim" sloganima, što zamagljuje problem potrebe kvalitetnijeg 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 deinstitutionalizacije i tzv. demonopolizacije mogu smatra-

ti 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, i afirmiranjem tržišnog principa s druge strane, a ne zbiljskim potrebama starijih i bolesnih osoba od kojih najčešće nema profita. To ne može voditi osmišljavanju kvalitetne zdravstvene zaštite dok se loše opće stanje u društvu i zdravstvu opravdava (pre)velikim 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, spadat će u grupu izgubljene, nesretne i bespomoćne generacije koja nije mogla naći snage da jasno formuliра svoje ciljeve i bude dovoljno realna da zna svoje slabosti i svoje jake strane [75]. To može doprinijeti da se ostvare UN-ove prognoze o "gubitku" 850.000 osoba u RH do 2050. godine!

ZAKLJUČAK

Starenje i starost i obolijevanje povijesni i suvremeni društveni fenomeni čemu se pristupa na različite načine i s različitim interesima. Istraživanja starenja i obolijevanja kroz prošlost i u sadašnjosti usredotočuje se na ekonomske, demografske, socioekonomske, sociokulturne i sociopolitičke aspekte povezane sa starenjem i bolešću kao pratilcem 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 dva problema. Prvi je rezultirao iz razvoja suvremenog 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 zdravstvenog sustava da rješava makro-strukturalne probleme koji su prisutni u etiologiji bolesti. Medicinski odgovor bio je, naime, usredotočiti pažnju na pojedina-

čnu 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 dosege. Tamo gdje toga nema starije osobe (kao u tranzicijskom društvu) kao grupa bivaju stigmatizirani; prema njima imamo predrasude zbog njihova inferiornog društvenog i ekonomskog statusa i diskriminacije, odbačenosti, pa i segregacije. Stariji i oboljeli su dnevno izloženi društvenom, ekonomskom, egzistencijalnom i psihološkom stresu. Međutim, osim negativnih posljedica, to bi moglo utjecati na formiranje zajedničkog identiteta i oblikovanje specifičnih grupno orijentiranih uvjerenja, vrijednosti i interesa s ciljem rješavanja zajedničkih potreba. Takav identitet mogao bi toj velikoj skupini osigurati društvenu i političku težinu, što u nas još nije slučaj. Stoga, nameće se zaključak da se položaj ove skupine u tranzicijskom društvu neće 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, ali prije toga treba pridonijeti spoznaji starijih osoba o sebi i svojoj skupini, te društva o tom najugroženijem dijelu populacije.

LITERATURA

1. Wertheim-Baletić, A. Stanovništvo i razvoj, Mate, Zagreb, 1999.
2. Kennedy, P. Priprema za XXI. Stoljeće, Adamić, Rijeka, 2002.
3. Akrap, A. Demografsko starenje - kretanja u Hrvatskoj i svijetu, Zbornik: Strategije razvoja skrbi za starije iosobe u RH, Vlada RH, Zagreb, 1999.
4. Potočnjak, Ž. Nova koncepcija i struktura hrvatskog mirovinskog sustava, u: Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu 50, br.5, str.699-721, 2000.
5. Svjetska banka - Ministarstvo zdravstva RH, Zdravstvena reforma u Hrvatskoj, u: Revija za socijalnu politiku 7, br. 3-4, str.311-325, Zagreb, 2000.
6. Županov, J. Ratio i razum u suvremenoj medicini, McDoctors, Hrvatsko gospodarstvo, godiše VI, broj 79, Zagreb, 1996

7. Lokmer, V. (2003.) Prekinuti štrajk liječnika, Novi list, 4.2.2003, str.5, Rijeka
8. Wertheim-Baletić, A. Stanovništvo i razvoj, Mate, Zagreb, 1999.
9. Kennedy, P. Priprema za XXI. Stoljeće, Adamić, Rijeka, 2002.
10. Estes, C. & Binney, E. The biomedicalization of aging: dangers and dilemmas. In: *Critical Perspectives on Gerontology: The Political and Moral Economy of Growing Old* (eds M. Minkler & C. Estes), pp. 117-34. Baywood, New York, 1991.
11. Arber, S. & Ginn, J. (1993.), *Gender and inequalities in health in later life*. *Social Science and Medicine*, 36, 33-46.
12. Arber, S. & Ginn, J. *Gender and Later life: A Sociological Analysis of Resources and Constraints*. Sage, London, . 1991.
13. Parsons, T. *The Social System*, Free Press, Glencoe, 1951.
14. Atchley, R. C., *The Social Forces in Later Life* (3rd ed.), Belmont, Calif.: Wadsworth, 1980.
15. Illich, I. *Nemesi medica*, Mondadori, Milano, 1977.
16. Biggs, S. *Understanding Ageing: Images, Attitudes and Professional Practices*, Buckingham: Open University Press, 1993.
17. Tunstall, J. *Old and Alone: A Sociological Study of Old People*, London, Routledge & Kegan Paul, 1996.
18. Walker, A. & Maltby, T. *Ageing Europe*. Open University Press, Buckingham, 1997.
19. Fennell, G., Philipson, C. and Evers, H. *The Sociology of Old Age*, Milton Keynes: Open University Press, 1988.
20. Parsons, T. *The Social System*, Free Press, Glencoe, 1951.
21. Parson, T. *Definition of Health and Illness in the Light of American Values and Structure*, u: *Patients, Psychicians and Illness*, Gartly Yago, Free Press New York, 1972.
22. Henwood, M. No sense of urgency: Age discrimination in health care. In: *Age: The Unrecognised Discrimination* (ed. E. McEwen), pp. 43-57. Age Concern, London, 1990.
23. Philipson, C. *Reconstructing Old Age: New Agendas in Social Theory and Practice*, London: Sage, 1998.
24. Shuster, C.S. & Ashburn, S.S. *The Proces od Human Development*, Litle, Brown and Company, Boston, Toronto, 1986.

25. Morgan, L. and Kunkel, S. *Aging: the Social Context*, Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press, 1998.
26. Sidell, M. *Health in Old Age: Myth, Mystery and Management*, Buckingham: Open University Press, 1995.
27. Verbrugge, L. The dynamics of population aging and health. In: *Aging and Health* (ed. S. Lewis), pp. 23-40. Lewis, Michigan, 1989.
28. Bytheway, B. *Ageism*, Buckingham: Open University Press, 1995.
29. Ginn, J. & Arber, S. Patterns of employment, gender and pensions: the effect of work history on older women's non-state pensions. *Work, Employment and Society*, 10, 469-90., 1996.
30. Hendricks, J., and Hendricks, C. *Aging in a mass society*. Cambridge, Mass.: Winthrop Publishers, Inc. 1977.
31. Lewis, J. & Meredith, B. *Daughters Who Care*. Routledge, London, 1988.
32. Walker, A. & Maltby, T. *Ageing Europe*. Open University Press, Buckingham, 1997.
33. Pilcher, J. *Age and Generation in Modern Britain*, Oxford: Oxford University Press, 1995.
34. Barak, B. Cognitive age: A new multidimensional approach to measuring age identity, *International Journal of Aging and Human Development*, 25(2), 109-127. U: Kaliterna-Lipovčan, K. *Subjektivna dob, životno zadovoljstvo i zdravlje*, Društvena istraživanja br. 62, str.897-908, Zagreb, 2002.
35. Ward, R. A. *The Aging Experience: An Introduction to Social Gerontology*. New York: Lippincott, 1979.
36. Peters, G.R. Self-conceptions of the aged, age identification, and aging, *The Gerontologist*, 11(2), 60.73, 1971.
37. Markides, K.S.; Boldt, J.S. Change in subjective age among the elderly: a longitudinal analysis, *The Gerontologist*, 23(4), 451-467. U: Kaliterna-Lipovčan, K. (2002.), *Subjektivna dob, životno zadovoljstvo i zdravlje*, Društvena istraživanja br. 62, str. 897-908, Zagreb, 1983.
38. Palmore, E. "Attitudes toward aging as shown by humor." *Gerontologist*, 11:181-186, 1971.

39. Palmore, E. "Sociological Aspects of Aging." In E. Busse and E. Pfeiffer (eds.), *Behavior and Adaption in Later Life*. Boston: Little, Brown, pp. 33-69., 1969.
40. Bell, D.B. *Contemporary Social Ggerontology*, Charles Thomas Publisher, Illinois, 1977.
41. Kart, C., Metres, E.S., Metress, J.F. *Aging and Health: Biological and Social perspectives*, Wesley Publishing Company, London, 1977.
42. Tunstall, J. *Old and Alone: A Sociological Study of Old People*, London, Routledge & Kegan Paul, 1996.
43. Bond, J., Coleman, P. and Pearce, S. (eds) *Ageing and Society: an Introduction to Social Gerontology*, 2nd edn, London: Sage, 1993.
44. Arber, S. & Ginn, J. *Women and ageing. Reviews in Clinical Gerontology*, 4, 93-102., 1994.
45. Hockey, J. and James, A. *Growing Up and Growing Old: Ageing, Dependency and the Life Course*, London: Sage, 1993.
46. Ward, R. A. *The Aging Experience: An Introduction to Social Gerontology*. New York: J.B., 1979.
47. Featherstone, M. & Hepworth, M. *The mask of ageing and the postmodern life course*. In: *The Body: Social Process and Cultural Theory* (eds M. Featherstone, M. Hepworth & B.S. Turner), pp. 371-89. Sage, London, 1991.
48. Ginn, J. & Arber, S. *Pension penalties: the gendered division of occupational welfare*. *Work, Employment and Society*, 7, 47-70, 1993.
49. Arber, S. & Ginn, J. *Gender and inequalities in health in later life*. *Social Science and Medicine*, 36, 33-46., 1993.
50. Featherstone, M. & Hepworth, M. *Ageing and old age: reflections on the postmodern lifecourse*. In: *Becoming and Being Old: Sociological Approaches to Later Life* (eds B. Bytheway, T. Keil, P. Allatt & A. Bryman), pp.143-57. Sage, London, 1989.
51. Nussbaum, M.C. *Women and Human Development*, Cambridge University Press, 2000.
52. Tunstall, J. *Old and Alone: A Sociological Study of Old People*, London, Routledge & Kegan Paul, 1996.

53. Laslett, P. *A Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age*. Weidenfeld and Nicolson, London, 1989.
54. Pahor, M. *Sociologija za zdravstvene delavce*, Univerza u Ljubljani, 1999.
55. Pilcher, J. *Age and Generation in Modern Britain*, Oxford: Oxford University Press, 1995.
56. Glick, H. Death, technology and politics. In: *Aging for the Twenty-first Century* (eds J. Quadagno & D. Street), pp. 549-67. St Martin's Press, New York, 1996.
57. Navarro, V. Work, Ideology nad Science: Case of Medicine, *International Journal of Health*, br.4, 1980.
58. Cohn, R. M. "Economic development and status change of the aged." *American Journal of Sociology*, 87:1150-1161., 1982.
59. Menighetti, R. *Oltre la cronaca: Brava Rosy Binda*, Rocca, 1.8.1999.g, Assisi, . 1999.
60. Svjetska banka - Ministarstvo zdravstva RH, *Zdravstvena reforma u Hrvatskoj*, u: *Revija za socijalnu politiku* 7, br. 3-4, str.311-325, Zagreb, 2000.
61. Bennett, N., Jarvis, L. & Rowlands, O. *Living in Britain: Results of the 1994 General Household Survey, OPCS*. HMSO, London, . 1996.
62. Puljiz, V. *Reforme sustava socijalne sigurnosti u Hravstkoj*, u: *Revija za socijalnu politiku* 8, br.2, str.159-180, 2001.
63. Cornaglia-Ferraris, P.(1999.), *Camici e pigiami*, Laterza, Roma, Bari
64. Potočnjak, Ž. *Nova koncepcija i struktura hrvatskog mirovinskog sustava*, u: *Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu* 50, br.5, str.699-721, 2000.
65. Estes, C. & Binney, E. The biomedicalization of aging: dangers and dilemmas. In: *Critical Perspectives on Gerontology: The Political and Moral Economy of Growing Old* (eds M. Min Puljiz, V. Reforme sustava socijalne sigurnosti u Hravstkoj, u: *Revija za socijalnu politiku* 8, br.2, str.159-180, 2001.
66. Puljiz, V. *Reforme sustava socijalne sigurnosti u Hrvatskoj*, u: *Revija za socijalnu politiku* 8, br.2, str.159-180, 2001.

67. Zrinščak, S. Socijalna budućnost Hrvatske: o budućnosti iz perspektive socijalnih nesigurnosti, u: Baloban, S. (ur.) Socijalna budućnost Hrvatske, Centar za promicanje socijalnog nauka Crkve, Zagreb, 2002.
68. Sidell, M. Health in Old Age: Myth, Mystery and Management, Buckingham: Open University Press, 1995.
69. Cornaglia-Ferraris, P. Camici e pigiami, Laterza, Roma, Bari, 1999.
70. Bežovan, G, Zrinščak, S. Mogućnost decentralizacije u socijalnoj politici i nove uloge lokalnih vlasti, u: Revija za socijalnu politiku 8, br.3-4, str.239-258, 2001.
71. Arber, S. Intergrating non-employment into research on health inequalities. International Journal of Health Services, 26, 445-481, 1996.
72. Menighetti, R. Oltre la cronaca: Brava Rosy Bindi, Rocca, 1.8.1999.g, Assis, 1999.
73. Parsons, T. The Social System, Free Press, Glencoe, 1951.
74. Županov, J. Ratio i razum u suvremenoj medicini, McDoctors, Hrvatsko gospodarstvo, godišće VI, broj 79, Zagreb, 1996
75. Jakšić, Ž. Po čemu će nas se sjećati?, Zbornik: Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite, Labin, str. 11-20, 2002.