

Zdravje starejših ljudi v očeh strokovnjakov

Majda Pahor, Barbara Domajnko
UNIVERZA V LJUBLJANI, Visoka šola za zdravstvo, Ljubljana

IZVLEČEK

Prispevek¹ predstavlja rezultate pregleda strokovne in znanstvene literature o zdravju starejših ljudi v Sloveniji po letu 1994. Glavni namen je ugotoviti, ali omenjene publikacije podpirajo integrirani pristop v obravnavi zdravja starejših ljudi. Na podlagi ključnih besed je iskanje potekalo po bibliografski bazi Cobiss/Opac. Rezultati so dvovrstni. Nastala je baza literature na temo obravnave zdravja starejših ljudi. V tematski analizi so bile identificirane osnovne tematske kategorije, ki so bile povzete v zemljevid pojava in so omogočile analizo implicitnih teorij staranja, prevladujočih pristopov v obravnavi zdravja starejših ljudi in interpretacijo pojmovanja staranja/starejših. Rezultati izkazujejo zelo šibko teoretično podporo integriranemu pristopu zagotavljanja zdravja in kakovosti življenja starejših ljudi v Sloveniji.

IZHODIŠČA

Po demografskih podatkih za Slovenijo v zadnjih dvajsetih letih skupno število prebivalcev upada, število rojstev se je skoraj prepolovilo, število starejših prebivalcev pa se povečuje (1). Starejši ljudje naj bi po nekaterih predvidevanjih v letu 2020 predstavljali 16,5% celotne populacije (2) ali celo 20%. Predviden je tudi hitrejši trend rasti – v letu 2040 se v Sloveniji pričakuje že 30% starejših ljudi od 65 let (3). Spremenjena demografska struktura zahteva prilagoditev javnih politik, ki pa sledijo splošni politični orientaciji v državi.

Da bi lahko razumeli razmere vsakodnevnega življenja starejših ljudi v Sloveniji, moramo na kratko osvetliti nekatere značilnosti tranzicijskega obdobja sodobne slovenske družbe, še posebej spremembe v socialnem in zdravstvenem sistemu. V zgodnjih devetdesetih letih dvajsetega stoletja se je v Sloveniji namesto planskega gospodarstva začela uveljavljati tržna ekonomija z močnimi elementi liberalizma. Pričela se je reorganizacija sistema družbene blaginje, ki je vključevala tudi delno privatizacijo. V predtranzicijskem obdobju so se stroški zdravstvenega varstva krili iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. S politično gospodarskimi spremembami pa se je obseg kritja stroškov zdravstvenega varstva iz državne blagajne in/ali obveznega zdravstvenega zavarovanja začel zmanjševati, uveden je bil nov sistem dodatnega individualnega zdravstvenega zavarovanja. Sistem zdravstvenega varstva se je začel privatizirati. S temi spremembami utemeljujemo tezo, da

¹ Prispevek je predelana in dopolnjena oblika članka Pahor M, Domajnko B. (2005). Celostna obravnava zdravja starejših ljudi: pregled literature v Sloveniji 1994- junij 2004, *Kakovostna starost*; 8(1): 20-31.

je starost pomemben dejavnik tveganja za zdravje. Kaj to pomeni za kakovost življenja starejših ljudi, ki je pomemben element njihovega zdravja?

Na eni strani je financiranje zdravstvenega varstva vedno bolj potisnjeno v privatno sfero. Na drugi strani se relativno, torej v odnosu do inflacije in posledičnih podražitev osnovnih življenjskih potrebščin, finančni prilivi starejših ljudi ne spreminjajo ali se celo znižujejo. Življenjski standard starejših ljudi se torej slabša. Izgleda, da starost na ta način postaja finančno tveganje za velik delež starejših ljudi, čemur nismo bili priča v prejšnjem političnem sistemu (4). Drugo vrsto tveganja lahko prepoznamo na psiho-socialni ravni. Skrb za zdravje se vedno bolj interpretira kot odgovornost posameznika. Koncept skrbi za lastno zdravje temelji na sposobnosti posameznika, da prepozna svoje lastne specifične potrebe, na spretnostih kritičnega presojanja in na izbiri življenjskega sloga. Predpostavlja aktivno vključevanje v odločanje in hkrati tudi sprejemanje odgovornosti za svoje odločitve. Vendar pa je v trenutnem stanju na področju zdravstvenega varstva starejših ljudi v Sloveniji zanemarjena prav subjektivna raven, ki bi lahko omogočila avtonomno in kritično držo. Situacija zahteva globljo demokratizacijo, kot jo je bilo moč občutiti do sedaj. Razmerja moči v zdravstvenih inštitucijah in v odnosu med zdravstvenimi delavci in bolniki še vedno niso izenačena (5, 6).

Starost je samo eden od dejavnikov tveganja za zdravje. Stopnja izobrazbe, poklic, družbeni razred, status in drugi družbeni dejavniki prav tako vplivajo na zdravje starejših ljudi – morda celo bolj kot starost. Zgoraj opisani argumenti pa nam vendarle dajejo osnovo, na kateri je potrebno preučiti tezo, da starejši ljudje postajajo vedno bolj ranljiva družbena skupina. Problematika zahteva dodatne poglobljene raziskave

V literaturi lahko zasledimo več socioloških pristopov oz. teorij o tematiki staranja – teorija razbremenitve, stratifikacijska teorija, politična ekonomija staranja, kakovost življenja itd. Teorija razbremenitve (the disengagement theory) na primer je funkcionalistična (7). Njeni ključni koncepti – socialni sistem in red, struktura in vloge, konsenz itd., se osredotočajo na odnos dela do celote in z njimi je opredeljen tudi proces staranja. Če je starost pojmovana primarno kot slabšanje zdravja in upad telesnih sposobnosti, in posledično kot povečanje odvisnosti od zdravstvenega in socialnega sistema, kaj hitro lahko postane pojmovana kot breme za širšo družbo. Po tem pojmovanju starost posamezniku onemogoča, da bi nemoteno opravljal pričakovane družbene funkcije in posledično ogroža delovanje družbe in stabilnost njenih struktur. Omenjena teorija to odstopanje oziroma rahljanje vezi med posameznikom in družbo osmisli na relaciji vključevanje-razbremenitev.

Cumming (8) vključevanje opredeli kot aktivno delovanje v različnih oblikah družbenega življenja, različnih vlogah v družbenem sistemu in podsistemih (delo, skupnost, družina). Razbremenitev kot odmik od ustaljenih aktivnosti pomeni postopno oddaljevanje od družbe. Proces je vzajemen: starejši se umikajo iz družbe in sočasno se družba odmika od starejših ljudi. Razdalja narašča z leti – starejši ko je posameznik, močnejši je odmik od družbe. Teorija razbremenitve se osredotoča na ta vzajemni proces upada interakcije, pričakovanj in dolžnosti. V sodobni zahodni gerontologiji je teorija razbremenitve že precej zastarela. Turner (9) je kritičen do teorije razbremenitve, po kateri je staranje naraven proces odmika od aktivnega vključevanja v družbeno življenje, ki daje starejšim ljudem možnost, da se začno ukvarjati s stvarmi, s katerimi se prej niso mogli. Tako pojmovanje po njegovem mnenju zanemara dejstvo, da je starost za mnoge obdobje povečane ranljivosti, fizične in ekonomske, ki lahko meji že na revščino. Pri Rose (10)

najdemo še naslednje tri kritike. Ljudje se že tekom aktivnega delovanja ne vključujejo v enaki meri in ta neenakost se vzdržuje naprej tudi v starosti. Nadalje je vprašljivo, če je razbremenitev res za vse tako pozitivna. Kot kažejo raziskave, nekateri ostanejo zelo aktivni še dolgo vrsto let in jih prav to osrečuje bolj kot razbremenitev. Nenazadnje pa je treba upoštevati tudi vpliv kulture in prevladujočih družbenih vrednot. V ZDA na primer je mladost cenjena bolj kot starost.

Znotraj funkcionalistične paradigme je Parsons razvil tudi pomemben koncept vloge bolnika. Ta vloga poudarja, da je bolezen legitimen odmik od obveznosti. Prek nje se ločuje bolnika od njegovega zdravstvenega stanja. Utemeljuje potrebo po strokovni pomoči in podpori, ter družbeno dolžnost, da bolnik poišče kompetentno zdravstveno oskrbo, sprejme in se podredi medicinski praksi, da bi čim prej ozdravel. Vloga bolnika se torej nanaša na pričakovano vedenje, pravice in dolžnosti. Povezovanje starosti z vlogo bolnika se odraža v pričakovanju zmanjšane fizične kondicije, povečane občutljivosti za bolezen, odmika od aktivne družbene vloge in pasivne podreditve medicinski praksi (11).

Na osnovi koncepta vloge bolnika ima medicina v družbi visok status. Zato bi lahko rekli, da funkcionalistična perspektiva podpira biomedicinski model obravnave in osredotočanje na fizični vidik človekovega funkcioniranja. Biomedicinska obravnava je nedvomno zelo pomembna in učinkovita metoda. Problem nastane, če postane edina. Dominanca katerekoli zdravstvene profesije nad drugimi namreč ne podpira človeka kot psiho-fizično-socialno celoto. Kot taka torej ne podpira integriranega pristopa k zdravju in blagostanju ljudi.

V nasprotju s funkcionalistično teorijo razbremenitve teorija aktivnosti (the activity approach) razlaga, da z leti ljudje prevzemajo nove vloge in ostajajo aktivni (7). Ljudje se lahko nehajo ukvarjati s plačanim delom, toda še vedno veliko prispevajo skozi neformalne oblike dela – skrbijo za vnuke, starejše člane družine, bolne, se ukvarjajo z vrtom, se vključujejo kot prostovoljci itd. Aktivnost pozitivno vpliva na zadovoljstvo starejših, njihovo samopodobo in blagostanje. Nekateri avtorji zavzemajo stališče, da je raven aktivnosti odvisna od preteklega življenjskega sloga in socio-ekonomskega položaja (9).

Ta perspektiva je postala globalna leta 1999, ki ga je SZO razglasila za leto starejših ljudi. Z vodilno temo "Aktivno staranje je pomembno" ("Active ageing makes the difference") so poudarili pomembnost aktivnega vključevanja v družbo (na fizični, psihični, socialni in spiritualni ravni). Poleg zdravega načina življenja je »Aktivno staranje« izpostavilo pomembnost podpornih socialnih odnosov in okolja, enakost, zagotavljanje učinkovitih uslug in vključenost v družbo. Poudarjalo se je, da razlike v zdravju med spoloma niso zgolj posledica bioloških predispozicij, temveč tudi družbeno določenih spolnih vlog in odgovornosti. Podobno je tudi funkcionalna zmožnost starejših ljudi odvisna od socialnih dejavnikov (npr. izobrazbe, materialnega stanja, delovnih pogojev). Poudarjeno je bilo, da aktivni starejši ljudje lahko veliko prispevajo k ekonomskemu razvoju družbe (12). To gledišče pa je v neposrednem nasprotju s funkcionalistično postavko, da so starejši ljudje družbi v breme.

V zadnjem času je postal v zvezi s zdravjem ljudi vpliven koncept "integriranega" pristopa (13, 14, 15, 16, 17, 18). Izraz ni točno definiran in lahko različnim ljudem, profesijam, profesionalcem in raziskovalcem pomeni zelo različne stvari. Kako bi ga lahko opredelili v kontekstu zdravja ljudi, in še ožje, zdravja starejših ljudi? Če se opremo na definicije WHO (19, 20, 21) lahko zdravje interpretiramo na fizični, socialni in psihični ravni. Integriran

pristop lahko torej razumemo kot kombinacijo teh ravni. Zdravje je nedvomno tema raziskav in obravnave več disciplin. Vprašanje pa je, kakšna je stopnja njihove integracije. Vsaka disciplina ima svoj specifični pogled na starejše ljudi in zdravje, svoje specifične teorije in metode. Vprašljivo je, ali različne zdravstvene discipline sploh opazujejo, proučujejo in govorijo o "istem" pojavu, ko obravnavajo staranje in starejše ljudi. Integritanost se navezuje na multidisciplinarnost. *Multi* se lahko nanaša na kombinacijo različnih profesij/profesionalcev, pa nujno ne vključuje sodelovanja. *Inter* na drugi strani vključuje skupno delovanje v zagotavljanju oskrbe. Potrebno pa bi bilo vključiti tudi uporabnike (22). Pahor (23) poudarja, da je "integritan pristop" tisti, ki v sodelovanje profesionalcev različnih disciplin vključuje tudi starejšega človeka, njegovo/njeno družino in/ali prijatelje, pri čemer je zdravje pojmovano kot integracija psihične, fizične in socialne ravni kot tudi doživljanja. V tem pojmovanju postane koncept kakovosti življenja osrednji.

Hickey et al. (24) pravijo, da je v zadnjem desetletju kakovost življenja (QOL) postala pomembna in dobro raziskana spremenljivka, povezana z zdravjem. Izidi zdravljenja so se tradicionalno merili s stopnjo preživetja, bolezenskimi simptomi, komplikacijami, stroški, umrljivostjo in oceno tehničnega uspeha. Zdaj je dodana še kakovost življenja. Pri tem pa je ostal sam koncept kakovosti življenja slabo definiran. Izmenjuje se ga z zdravstvenim statusom, subjektivnim dobrim počutjem, zadovoljstvom z življenjem itd. Asociira se ga subjektivnostjo in multidimenzionalnostjo, kar spominja na našo interpretacijo integritanega pristopa. Dosežen je dogovor, da se ločuje med kakovostjo življenja in kakovostjo življenja v povezavi z zdravjem. Obstaja več instrumentov merjenja kakovosti življenja, med njimi WHOQOL-100, instrument, ki je prirejen za starejše ljudi WHOQOL-Old, in instrument, ki se osredotoča na zdravstvene vidike kakovosti življenja HR-QOL. Razviti so tudi instrumenti za merjenje splošnega zdravja in posebnih bolezni. Poudarjeno pa je, da se je v prihodnosti treba bolj osredotočiti na subjektivno perspektivo (24).

Prilagoditev javnih politik je močno odvisna od tipa znanja o staranju, zdravju in starejših ljudeh. Potrebno je identificirati in kritično ovrednotiti naravo in kakovost obstoječega znanja. Prispevek se osredotoča na strokovno in znanstveno literaturo o zdravju starejših ljudi, ki je bila objavljena v Sloveniji. Glavni namen je ugotoviti, ali obstoječe znanje podpira integritan pristop v obravnavi zdravja starejših ljudi, katerega vodilo je kakovost življenja. V skladu s tem je glavni namen prispevka proučiti pomembnost integritanega pristopa v luči literature, ki je bila v Sloveniji objavljena v zadnjih desetih letih.

METODE

Izhodiščna hipoteza je, da je v publikacijah o zdravju starejših ljudi v Sloveniji še zmeraj močno vplivna funkcionalistična paradigma. Ta podpira predvsem biomedicinski model obravnave in zanemarija izkustveno raven in aktivno vključevanje starejših ljudi. Omenjene publikacije posledično tudi ne podpirajo pristopa, ki bi se osredotočal na kakovost življenja starejših ljudi.

Identificirani bodo uveljavljeni vidiki in koncepti in na njihovi osnovi oblikovan zemljevid (strokovnega in znanstvenega) razumevanja zdravja starejših ljudi v Sloveniji. S tem bomo dobili vpogled v tako imenovani profil starejših ljudi, kot se je izoblikoval v publikacijah različnih z zdravjem povezanih strok. Izpostavili bomo prisotne implicitne teorije staranja. Opazovali bomo vrsto in kakovost posameznih disciplinarnih pristopov k zdravju starejših ljudi, s posebnim poudarkom na ugotavljanju prisotnosti integritanega delovanja.

V ta namen je bila izbrana opisna raziskovalna metoda. Za metodo zbiranja in analize gradiva smo uporabili pregled literature. Hart (25) pregled literature opredeli kot »izbor dostopnih dokumentov o pojavu, ki vsebujejo informacije, ideje, podatke in ugotovitve, napisane z določenega vidika, da bi dosegli določene cilje ali izrazili določene poglede na naravo in način proučevanja pojava, ter ovrednotenje teh dokumentov z vidika bodočega raziskovanja« (25). Pregled literature nam omogoča, da odgovorimo na vprašanja: Kateri so glavni viri, dela in avtorji? Katere so ključne teorije, koncepti in ideje o pojavu? Katera so glavna vprašanja in problemi v dosednji obravnavi? Kako je znanje o pojavu strukturirano in organizirano? (25)

Zbiranje bibliografskih virov po elektronski bazi podatkov Cobiss/Opac je trajalo od aprila do sredine junija 2004.

REZULTATI

Najdeno je bilo 352 bibliografskih enot, ki so se neposredno nanašale na zdravje starejših ljudi. Po kriteriju narave publikacije so se v bazo publikacij uvrstile monografije, znanstveni in strokovni članki, doktorati, magisteriji, specialistične naloge, raziskovalna poročila in prispevki s konferenc. Razvrščeni so bile po tematskih kategorijah, na podlagi katerih je bil izoblikovan zemljevid pojmovanja in obravnave zdravja starejših ljudi v Sloveniji po letu 1994.

Zemljevid je bil oblikovan induktivno. Izhajali smo iz samega pojava – strokovne in znanstvene literature o zdravju starejših ljudi – in skušali prepoznati ključne tematske ravni. Kategorije smo sprti preverjali in po potrebi spreminjali, tako, da se je dalo razporediti vse enote. Izhodiščni namen je bil prepoznati ključne teme, zato smo šele na koncu v zemljevid vključili tudi raven posameznih disciplin.

Gerontologija, veda o staranju, je uvrščena na najvišji (potencialno integrirani) nivo pojmovanja in obravnave zdravja starejših ljudi. Na to raven po omenjenih kriterijih nismo mogli uvrstiti nobene bibliografske enote.

Starosta slovenske gerontologije, Bojan Acceto (26), vedo o staranju razume kot preučevanje socialne in zdravstvene (medicinske) problematike starejših prebivalcev. Psihološki vidik je obdelan ločeno (27). Ramovš (28) svoje delo opredeli za integrirano. Poudarja nujnost celovitosti obravnave pojava, ki naj bi se razvila na presečišču biologije, medicine, sociologije, psihologije, andragogike, prava, ekonomije, politologije, teologije, etnologije, zgodovine in drugih ved. Pri tem pa se osredotoča predvsem na socialni oziroma še ožje socialnodelavski vidik. Izrazito ga kombinira s krščanskim etosom in prepričanjem, kar spet ne zaobseže verovanjskega prepričanja vseh starejših ljudi v Sloveniji. Še najbolj se transciplinarnosti približa Pečjak (29), ki staranje opredeli s petimi človekovimi starostmi: biološko, subjektivno, vedenjsko, koledarsko in socialno.

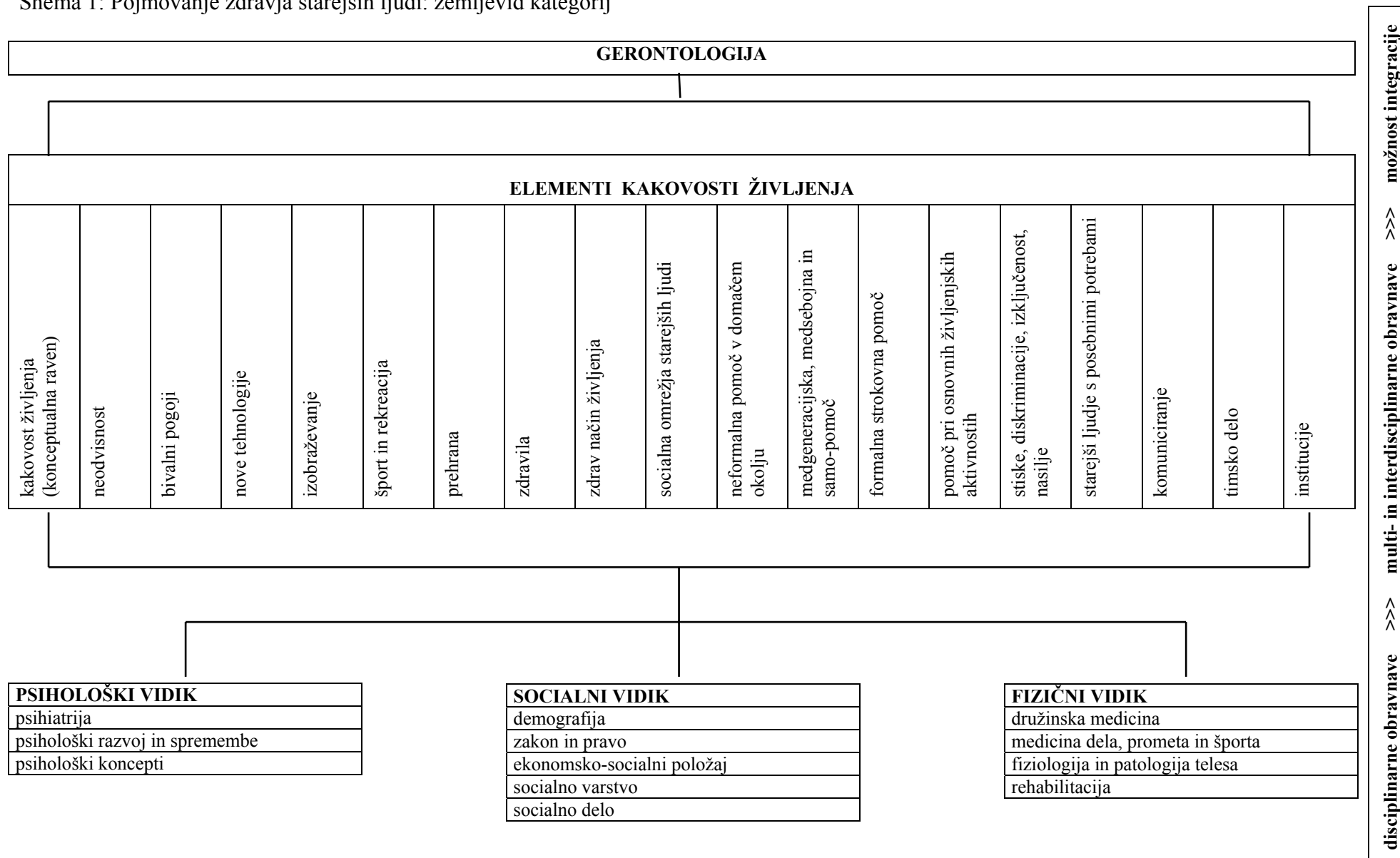
Druga raven zemljevida je raven inter- in multidisciplinarne obravnave. Vključuje teme, ki bi jih lahko razumeli kot **elemente kakovosti življenja** starejših ljudi. Identificirani so bili naslednji samostojni, hkrati pa tesno povezani elementi:

- **kakovost življenja** (starejših ljudi) kot koncept;
- **neodvisnost** kot predpogoj kakovostnega življenja doma;

- **nove tehnologije**, ki lahko izboljšajo kakovost življenja in neodvisnost starejših ljudi v domačem okolju: prilagoditve telefonskega in alarmnih sistemov lahko pripomorejo k večji varnosti, razvoj in dostopnost tehničnih, terapevtskih in ortopedskih pripomočkov lahko izboljša fizično/prostorsko in socialno neodvisnost;
- **bivalni pogoji** zajemajo obravnavo stanovanjske oskrbe in varnosti, hkrati pa tudi načrtovanje specifičnih zgradb ali ureditev posameznih prostorov, primernih za bivanje starejših ljudi.
- **izobraževanje** v tretjem življenjskem obdobju omogoča pridobivanje novega znanja, s tem pa potencialno nastopa tudi kot orodje za opolnomočenje pri vzdrževanju aktivnosti;
- literatura o **športu in rekreaciji** poudarja pomembnost fizične aktivnosti;
- specifičnost **prehrane** oziroma prehrabnih navad in **prehranjenosti** v starosti;
- uporaba **zdravil** se ne nanaša le na predpisovanje, temveč tudi preprečevanje dvojne medikacije in interakcij zdravil ter upoštevanje navodil;
- **zdrav način življenja** vključuje problematiko alkoholizma in drugih odvisnosti, raznih drugih vplivov na dolžino življenja. Predvsem na področju preventivnega vedenja in ob navezavi na medijsko promocijo postaja ta kategorija vedno bolj očitna tudi kot ideološka konstrukcija;
- kakovost življenja je odvisna tudi od mehanizmov opore, na primer **socialnih omrežij starejših ljudi** oziroma omrežij socialne opore;
- **neformalna pomoč starejšim ljudem v domačem okolju** zajema njihovo družino in prijatelje, pa tudi neprofitno volonterske organizacije oziroma posamezne prostovoljce;
- ob podpori socialnega dela je razvita tudi **medsebojna in medgeneracijska pomoč ter samopomoč**;
- v domačem okolju je lahko poleg neformalne prisotna tudi **formalna (strokovna) pomoč**, najpogosteje starejše ljudi in njihove družine obiščejo medicinske sestre, fizioterapevti, delovni terapevti, socialni delavci in zdravniki;
- kot samostojna in specifična tema se je oblikovala kategorija **pomoči pri osnovnih življenjskih aktivnostih**, kot so na primer hranjenje, vzdrževanje higiene, izločanje itd. Pomeni vzdrževanje življenjsko pomembnih funkcij starejših ljudi, ki so bile prizadete ob boleznih ali poškodbah;
- tematika subjektivnega nivoja doživljanja raznovrstnih stisk vključuje obravnavo **stresa, diskriminacije, izključenosti in nasilja** nad starejšimi ljudmi. Teksti obravnavajo dejavnike in predloge izhoda iz duševnih stisk, neenakosti in stereotipov, raznovrstne zapostavljenosti in marginalizacije, samomorilnosti in zlorab;
- **starejši ljudje s posebnimi potrebami**;
- **na institucionalni ravni** je najbolj obdelana raven domov za starejše ljudi: standardi in kriteriji bivanja, oskrbe, zdravstvene nege in rehabilitacije, odnos med starejšimi ljudmi v domu in odnos s svojci, socialno in psihofizično stanje/počutje starejših ljudi v domu, vloga socialnega delavca in delovnega terapevta; en prispevek obravnava možnost novih institucionalnih oblik in sicer negovalne bolnišnice;
- na ravni **komunikacije v institucijah** so bile obravnavane oblike komunikacije s starejšimi ljudmi, s svojci in v zdravstvenem timu;
- v majhni meri je prisotna tudi tematika **timskega dela**.

Tretji nivo v zemljevidu se je neizogibno oblikoval **disciplinarno**. V skladu z definicijo SZO, ki zdravje opredeljuje kot »stanje popolnega fizičnega, psihičnega in socialnega blagostanja« (20), lahko omenjene tri dimenzije ločimo tudi v obravnavi procesa staranja.

Shema 1: Pojmovanje zdravja starejših ljudi: zemljevid kategorij



Na **socialni ravni** je prepoznano pet tematskih sklopov:

- demografski podatki, značilnosti in projekcije populacije starejših ljudi;
- interpretacije nekaterih zakonov s področja zdravstvenega in socialnega varstva ter upokojevanja;
- socialno-ekonomski pogoji in njihov vpliv na zdravje starejših ljudi;
- socialna varnost;
- socialno delo.

Raven **psihičnega blagostanja** obsega:

- psihološki razvoj in spremembe v starosti: čustva, kognitivne značilnosti, vrednote, samopodoba, spomin, smisel življenja in umiranje;
- psihična obolenja.

Na ravni **fizičnega zdravja** so se izoblikovale tematike:

- fiziologija;
- patologija, najpogostejše bolezni v starosti;
- družinska medicina,
- medicina prometa, dela in športa,
- rehabilitacija.

RAZPRAVA

Pojmovanje starejših ljudi v slovenskih znanstvenih in strokovnih publikacijah

Kljub temu, da je bil zemljevid oblikovan tematsko in ni bil vnaprej vezan na tradicionalno disciplinarno delitev, se četrtno najdenih bibliografskih enot ni dalo uvrstiti drugam kot v kategorijo fizičnega vidika staranja. Kar četrtnina enot torej predstavlja medicinski vidik staranja. Poleg tega na disciplinarni ravni kategorija fizičnega zdravja obsega skoraj dvakrat več enot kot socialni in psihični vidiki zdravja. Delež vseh zadetkov s področja fizičnega je še večji, če upoštevamo, da se je nekaj enot, ki so se nanašale na fizični vidik staranja, uvrstili med tematske kategorije na ravni elementov kakovosti življenja. Glede na proučeno literaturo so **starejši ljudje pojmovani predvsem kot starajoča se telesa, nagnjena k visoki stopnji tveganja in dejanski obolevnosti**. Tako pojmovanje omogoča tudi interpretacijo, da starejši ljudje za širšo družbo predstavljajo potencialen problem in grožnjo oziroma veliko obremenitev.

To je razvidno tudi iz **govorice problematiziranja, pomoči in reševanja**. Tipična je dikcija (ki jo za tukajšnje ilustrativne potrebe zgolj povzemamo) o *problematiki* staranja oziroma *osupljivem in intenzivnem naraščanju* obsega starejše populacije, kar predstavlja *širši družbeni problem*, ki ga je treba začeti *reševati*. Povečano število starejših ljudi, ki je pravzaprav eden večjih dosežkov moderne družbe, je predstavljen kot problem. Ponujen je cel spekter že izoblikovanih *strategij* in oblik *pomoči*, ki pa skoraj brez izjem ne obravnavajo pojava staranja, kot ga živijo starejši ljudje sami. Ponujena je formalna strokovna pomoč, ki je zaznamovana z imperativom posameznih strok oziroma z njihovo specializirano optiko, npr. pomoč zdravnika, medicinske sestre, fizioterapevta, delovnega terapevta, socialnega delavca itd. Taka pomoč predstavlja močno specializiran formalni pogled na staranje. Potrebe in načini njihovega reševanja so torej prepuščene presoji strokovnjakov in politikov, to je »od zunaj« in brez neposrednega sodelovanja starejših ljudi. Gre torej za »**discipliniranje**« v smislu **disciplinarnega vkalupljanja** starosti.

Kot po pravilu so laični **glas in stališča starejših ljudi**, ki lahko postrežejo z neposrednimi izkušnjami, preslišani. Formalna strokovna pomoč pretežno predpostavlja starejše ljudi in njihove najbližje kot pasivne prejemnike. Gre za izoblikovano in brez dvoma dostikrat potrebno strokovno ponudbo, ki lahko pomembno prispeva h kakovosti življenja, hkrati pa vendarle mogoče ne ustreza vsem, ker ima vsak specifične potrebe. V zadetkih je malokrat omenjeno sodelovanje, kjer bi starejši in njihovi svojci skupaj s strokovnjaki aktivno sooblikovali svoje zdravje. Identificirane teme (kategorije v Shemi 1) nam omogočajo prepoznati kakovost življenja kot ključni koncept, povezan z zdravjem starejših ljudi. Sistem zdravstvenega varstva bi si torej moral prizadevati zagotavljati zdravstvene storitve, ki bi izboljšale ali vsaj vzdrževale kakovost življenja starejših ljudi.

Med najdenimi bibliografskimi viri je bilo tudi nekaj enot, ki so **obravnavale diskriminacijo, izključevanje in zlorabo starejših ljudi**. Zelo malo je literature o stereotipih, predsodkih, ranljivosti in opolnomočenju. Zdi se, da je staranje še vedno tabu, verjetno predvsem zaradi močne asociacije na smrt. Postavljanje, doseganje ciljev in načrtovanje prihodnosti je nekaj, kar se ne pojavlja pogosto v zvezi s starostjo. Področje, ki tudi še ni dobro raziskano, so vrednote v starosti in starost kot vrednota. To bi lahko prispevalo k oblikovanju pozitivne samopodobe starejših ljudi kot tudi boljšemu družbenemu vrednotenju staranja in starejših ljudi.

Za razliko od prevladujoče podobe starejših ljudi kot šibkih in pasivnih ljudi, je v precej manjši meri prisotna tudi podoba starejših ljudi, polnih energije, vitalnosti in motivacije za pridobivanje novega znanja. **Aktivna podoba** obsega teme kot so na primer izobraževanje v tretjem življenjskem obdobju, šport, sprostitve, zabava in potovanja. Vse to naj bi prispevalo k oblikovanju idealne (fizične, psihične, socialne kot tudi ekonomske) podobe starejših ljudi. Vendar tudi te slike ne moremo vzeti za tipično in prevladujočo, ker je socio-ekonomski status starejših ljudi v Sloveniji precej nizek (4).

Naslednja zanimivost je uporaba terminologije z vidika spola. Najpogosteje so rabljene oblike v moškem spolu (starejši, starostnik, starostniki itd.), čeprav obstaja nevtralen izraz starejši ljudje. Na implicitni ravni se **moški spol na ta način generalizira na oba spola**. To pomeni, da tematika staranja obravnava problematiko starejših moških. Dodatno se zelo malo neposredno ali v kontekstu omenja problematiko starejših žensk, kot da ni specifik v procesu staranja žensk. Poleg spola so zanemarjene tudi **kronološke razlike** v starejši dobi, kot da bi bili ljudje po 65 letu jasno zamejen enovit pojav.

Zaključimo lahko, da rezultati potrjujejo močno prisotnost **funktionalističnega teoretičnega pogleda** na staranje in **biomedicinskega modela** obravnave zdravja starejših ljudi. Oba močno prispevata k **medikalizaciji** staranja. V nasprotju s pojmovanjem staranja kot fiziološki, psihični in socialni proces, medikalizacija interpretira staranje kot patologijo in tako legitimira medicinsko intervencijo. Medikalizacijo se ponavadi asociira z odklonskim vedenjem in družbenim nadzorom. Staranje pa ni deviantno samo na sebi. Medikalizacija je že posledica pojmovanja zdravja kot družbeno destruktivnega procesa, in sicer do te mere, da ga je treba disciplinirati. Ker se medikalizacija nanaša na družbeno konstrukcijo bolezni (30), je pomembno, da se zavedamo njene zgodovinske in kulturne relativnosti. Na staranje lahko gledamo kot na nekaj povsem naravnega in normalnega. Prispevek je izpostavil sledi trenutno prevladujoče interpretacije staranja v Sloveniji kot osredotočenega na procese v telesu in potencialno patološkega. Ena izmed alternativnemu razumevanju je zagovarjanje in prakticiranje integriranega pristopa.

Integrirani pristop?

Rekli smo, da ob pregledovanju literature nismo našli pravih znakov integriranega pristopa, opaziti pa je mogoče porajanje kombiniranja različnih pristopov. Kar nekaj elementov tematike staranja je obdelano z vidika različnih disciplin, ki pri tem delujejo bolj ali manj usklajeno. Kategorija bivalni pogoji na primer združuje publikacije s področja arhitekture, urbanizma, socialnega dela in sociologije. Kategorija institucije (domovi za ostarele) združuje prispevke s področja zdravstvene nege, socialnega dela, delovne terapije, rehabilitacije, fizioterapije, psihologije, sociologije, medicine in managementa. Še vedno pa je kombiniranje pristopov precej površinsko – gre za različne tekste, niso pa različni vidiki kombinirani znotraj istega teksta. Gre torej bolj za multidisciplinarni pristop, ki predpostavlja ločeno delovanje različnih profesionalnih skupin oziroma strokovnjakov, ki pa so usmerjene k istemu »predmetu«.

Korak bližje integraciji predstavljajo razne uredniške monografije in zborniki. Našli smo jih devet, ki so se navezovale neposredno na tematiko zdravja starejših ljudi in poudarjale celostni pristop in potrebo po timskem delu. Med temami, ki jih obravnavajo, so: priprave na starost, kakovost življenja starejših ljudi na splošno in v družinskem krogu, koordinacija različnih oblik formalne pomoči na domu, paliativna oskrba, celostni pristop k dementnim bolnikom, ali pa obravnavajo starejše ljudi bolj posredno, npr. celostna oskrba ljudi s Parkinsonovo boleznijo.

Pri vzpostavljanju osnov za pojmovanje in proučevanje integriranega pristopa k zdravju starejših ljudi bi lahko močno prispevala kritična gerontologija (31). Ta ne ločuje socialne in fizične ravni, temveč problematizira njuno ločevanje. Naša študija je prispevek h kritični gerontologiji s tem, da je problematizirala enostranskost obravnave zdravja starejših ljudi v Sloveniji. Socialna gerontologija se je razvila v opoziciji do medicinskega modela staranja, v širjenju diskurza pa se je včasih ujela v lastno zanko redukcionizma – tokrat je bil izpodrinjen fizični vidik. Prihajalo je tudi do pretiranega osredotočanja na individuum, kar je izključevalo širši družbeni in politični kontekst. Kritična gerontologija (31) skuša preiti konvencionalne stile raziskovanja in prakse. Zavzema se za močan stik s humanistiko, reflektivno metodologijo, izpostavlja zgodovinsko ideološko konstrukcijo staranja, se zavzema za radikalno politično vključevanje in heterogeno pojmovanje starosti. Še vedno pa ostaja odprto vprašanje, kako zajeti prepleteno realnost telesnega, socialnega in psihičnega, da bi razumeli, podprli in opolnomočili ljudi v tem življenjskem obdobju.

SKLEP

Na podlagi pregleda literature lahko govorimo o zelo šibki teoretični podpori integriranemu pristopu zagotavljanja zdravja in kakovosti življenja starejših ljudi v Sloveniji. To seveda ne pomeni, da tovrstnih naporov ni zaznati v praksi. Verjetno obstajajo primeri dobre prakse, ki pa se dogajajo sporadično in so rezultat prizadevanj entuziastičnih posameznikov.

Na koncu je treba povedati, da prihaja v obdobju od 2004 do pomembnega premika v znanstvenem interesu proučevanja staranja. Tega leta sta bila na primer iz državnega proračuna financirana dva temeljna raziskovalna projekta o celostni (zdravstveni) obravnavi starejših ljudi in o socialni integraciji starejših ljudi in omrežjih socialne opore. Pričakujemo, da se bodo rezultati raziskovalnega dela začeli uveljavljati v profesionalni

praksi in vplivali na formalne strukture, ki vplivajo na kakovost življenja starejših ljudi v Sloveniji.

LITERATURA

1. Jakoš A. (2002). Prebivalstveni prag. *Urbani izziv*, 13 (2). Ljubljana: Urbanistični inštitut RS, 60-66.
2. Jakoš A. (1999). Starejše prebivalstvo v Sloveniji – demografsko stanje in projekcije. *Zdravstveno varstvo*, 38 (1/2). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 50-53.
3. Hvalič Touzery S. (2005). Najstarejši stari ljudje v Sloveniji, demografski pregled. *Kakovostna starost*, letn 8, št. 1, 2-20.
4. Novak M. (1998). Hazardiranje s starostjo. *Teorija in praksa*, let. 35, 6, 1042-1056.
5. Toš N., Malnar B. (2002). *Družbeni vidiki zdravja*. Ljubljana: FDV-IDV.
6. Ule M. (2003). Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej.
7. Matcha DA. (1997). *The sociology of aging. A social problem perspective*. Boston (etc.): Allyn and Bacon, 53.
8. Cumming E. (2005). Further thoughts on the theory of disengagement. In: Gubrium JF, Holstein JA (eds) *Aging and everyday life*. Malden (Mass.): Blackwell Publishing, 25-40.
9. Turner B. (1995). *Medical power and Social Knowledge*. 2nd ed. London (etc.): Sage, 115-117.
10. Rose AM. (2005). A current theoretical issue in social gerontology. V: Gubrium JF, Holstein JA (eds). *Aging and everyday life*. Malden (Mass.): Blackwell Publishing, 40-46.
11. Reed J, Stanley D., Clarke C. (2004). *Health, well-being and older people*. Policy Press.
12. Ageing: Exploding the myths. (1999). WHO/HSC/AHE/99.1.
Dostopno na internetu: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_AHE_99.1.pdf, 27.10. 2006.
13. Gholve P.A, Kosygan K.P, Sturdee S.W, Faraj A.A. (2005). Multidisciplinary integrated care pathway for fractured neck of femur: A prospective trial with improved outcome. *Injury*; 36 (1): 93-98.
14. Arnaert A, Van Den Heuvel B, Windey T. (2005). Health and Social Care Policy for the Elderly in Belgium. *Geriatric Nursing*; 26 (6): 366-371.
15. Volkers A.C, Nuyen J., Verhaak P.F.M, Schellevis F.G. (2004). The Problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. *Journal of Affective Disorders*; 82(2): 259-263.
16. Schwenk T.L. (2002). Diagnosis of late life depression: the view from primary care. *Biological Psychiatry*; 52(3): 157-163.

17. Landi F, Onder A, Russo A, Tabaccanti S, Rollo R, Federici S, Tua E, Cesari M, Bernabei R. (2001). A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use. *Journal of Clinical Epidemiology*; 54(9): 968-970.
18. Rosenberg M, Everitt J. (2001). Planning for aging populations: inside or outside the walls. *Progress in Planning*; 56(3): 119-168.
19. Preamble to the Constitution of WHO as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official records of the WHO, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
20. Declaration of Alma-Ata 1978.
Dostopno na internetu: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, 27. 10. 2006.
21. Ottawa Charter for Health Promotion 1986.
Dostopno na internetu: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, 27. 10. 2006.
22. Pollard K, Sellman D, Senior B. (2005). The Need for Interprofessional Working. In: Barrett G, Sellman D., Thomas J. *Interprofessional Working in Health and Social Care*. Hampshire and New York: Palgrave Macmillan.
23. Pahor M. (2005). Medpoklicno sodelovanje v zdravstvu v sociološki perspektivi: vabljeno predavanje na 6. simpoziju DMSBZT Ljubljana v sodelovanju z Visoko šolo za zdravstvo UL in Slovenskim zdravniškim društvom "Medpoklicno sodelovanje v zdravstvenem timu med medicinskimi sestrami in zdravniki", Ljubljana, 6. 12. 2005.
24. Hickey A, Barker M, McGee Hannah, O'Boyle C. (2005). Measuring Health Related Quality of Life in Older Patient Populations: A Review of Current Approaches. *Pharmacoeconomics*; 23 (10): 971-990.
25. Hart C. (2001). *Doing a Literature Review: Releasing the Social Science Research Imagination*. London (etc.): SAGE Publications, 13-14.
26. Accetto B. (1987). *Starost in staranje*. Ljubljana: CZ.
27. Pečjak V. (1998). *Psihologija tretjega življenjskega obdobja*. Bled: samozal, Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete Univerze.
28. Ramovš J. (2003). *Kakovostna starost: socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka, SAZU.
29. Pečjak V. (2000). Človekovih pet starosti. *Zdravniški vestnik*, 69: Suppl. 2, II-15-II-17.
30. Scambler G., Higgs P. (1998). *Modernity, Medicine and Health*. London, New York: Routledge.
31. Kontos PC. (2005). Resisting institutionalization: constructing old age and negotiating home. V: Gubrium JF, Holstein JA (eds). *Aging and everyday life*. Malden (Mass.): Blackwell Publishing, 255-272.