

- Hesse-Biber S. (1996). *Am I thin enough yet? The cult of thinness and the commercialization of identity*. New York: Oxford University Press.
- Hewitt J. P. (1997). *Self and society: A symbolic interactionist social psychology*. Toronto, ON: Allyn and Bacon.
- Holstein M. B. (2001–2002). A Feminist perspective on anti-aging medicine. *Generations*, 25 (4): Winter, 38–43.
- Kirkland A. in Tong R. (1996). Working within contradiction: The possibility of feminist cosmetic surgery. *The Journal of Clinical Ethics*, 7 (2): 151–159.
- Mead G. H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Miles M. B. in A. M. Huberman (1994). *Qualitative data analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Morgan K. P. (1991). Women and the knife: Cosmetic surgery and the colonization of women's bodies. *Hypatia*, 6 (3): 25–53.
- Negrin L. (2002). Cosmetic surgery and the eclipse of identity. *Body & Society*, 8 (4): 21–42.
- Nelson T. D., izd. (2002). *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Palmore E. B. (1999). *Ageism: Negative and positive*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Prus R. (1996). *Symbolic interaction and ethnographic research: Intersubjectivity and the study of human lived experience*. Albany, NY: State of University of New York Press.
- Seid R. P. (1994). Too 'close to the bone': The historical context for women's obsession with slenderness. V: P. Fallon, M.A. Katzman and S. C. Wooley, izd. *Feminist perspectives on eating disorders*. 3–16. New York: The Guilford Press.
- Spencer L., J. Ritchie in W. O'Connor (2003). Analysis: Practice, principles and processes. V: J. Ritchie in J. Lewis, izd. *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*. 199–218. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stewart A. J. (1994). Toward a feminist strategy for studying women's lives. V: C. E. Franz in A. J. Stewart, izd. *Women creating lives: Identities, resilience, and resistance*. 11–35. San Francisco, CA: Westview Press.
- Taylor S. J. in R. Bodgan (1998). *Introduction to qualitative research methods*. Toronto, ON: Wiley and Sons.
- Weitz R. (2001). Women and their hair: Seeking power through resistance and accommodation. *Gender & Society*, 15 (5): 667–686.
- Wolf N. (1997). *The beauty myth*. Toronto, ON: Vintage Books.

Kontaktni naslov:**Laura Hurd Clarke**

School of Human Kinetics, The University of British Columbia

156–1924 West Mall

Vancouver, BC V6T 1Z2

Canada.

E-mail: laura.hurd.clarke@ubc.ca

Božidar Voljč**Dolgoživost, dolgotrajna oskrba in etika
medgeneracijskih razmerij****POVZETEK**

Čeprav globalno staranje prebivalstva podaljšuje obdobje zdravega in aktivnega življenja, narašča tudi število starih kroničnih bolnikov, ki potrebujejo socialno in zdravstveno oskrbo. Ker današnje spremenjene družine težje prevzemajo skrb za ostarele svojce, jo je potrebno organizirati z družbenimi sistemi dolgotrajne oskrbe. Izvajajo jo usposobljeni zdravstveni in socialni kadri ob podpori lokalnih skupnosti in vladnih služb. Naraščajočih potreb po oskrbi pa ne bo mogoče zadostiti z obstoječo zakonsko in institucionalno medgeneracijsko ureditvijo, ampak bo z ustreznimi spremembami potrebno aktivirati znanje in izkušnje starejše generacije. To odpira tudi potrebo po opredeljevanju medgeneracijskih etičnih vrednot solidarnosti, spoštovanja življenja, osebne svobode in človečnosti.

Ključne besede: dolgoživost, družina, dolgotrajna oskrba, zdravstvena in socialna varnost, medgeneracijski odnosi, etika medgeneracijskih odnosov, kakovost življenja.

Avtor: Doc. dr. Božidar Voljč je diplomant javnega zdravstva in specialist družinske medicine. Bil je direktor zdravstvenih domov, vodil je Zavod RS za transfuzijsko medicino, katerega delovanje je povzdignil na raven kolaborativnega centra Svetovne zdravstvene organizacije (SZO). V neodvisni Sloveniji je bil minister za zdravstvo v prvi slovenski vladi, sedaj pa je član Izvršilnega odbora SZO.

ABSTRACT**Longevity, Long-term Care and Ethics of Intergenerational Relations**

The global aging of the population prolongs years of healthy and active life, however it increases the number of chronically aged people as well. The changed structure of modern families makes the care for the aged family members more strenuous. Such care must be organised as a public system for long term care performed by educated health and social staff with the support of local and governmental activities. The growing needs for long term care will not be satisfied only with the existing legal and institutional intergenerational arrangements, it will be necessary to activate the knowledge and experiences of the older generation. Thus emerges the need for a reevaluation of the intergenerational ethical values such as solidarity, respect of life, personal freedom and humanity.

Key words: longevity, family, long-term care, health and social security, intergenerational relations and ethics, quality of life.

Author: Dr. Božidar Voljč, M.D. is a specialist in family medicine and Public Health. He was a director of two primary health care centers in Ribnica and Kočevje and a director of The Blood Transfusion Centre of Slovenia that during his management became a collaborative centre of the World Health Organization (WHO). He was the minister of health in the first government in independent Republic of Slovenia. Currently he is a member of the WHO Executive Board.

UVOD

Čeprav sta ekonomski in socialni napredek zadnjih desetletij v evropskih državah izboljšala kakovost življenja, pa je Evropa ves čas soočena z velikimi globalnimi vprašanji današnjega časa. Mednje sodi tudi staranje prebivalstva, ki v vsaki državi spreminja sliko in potrebe družbe (*Healthy Ageing – A Challenge for Europe*, 2007, 31–34). Ker v razvitem svetu, kamor sodi tudi Slovenija, zaradi manjšega števila rojstev ni pričakovati povečanja prebivalstva (*Global Age-friendly Cities: A Guide*, 2007, 3–4), bo drugačna medgeneracijska razmerja oblikovala predvsem staranje družbe.

Dolgoživost je uspeh socialnega, higienskega in zdravstvenega napredka, predvsem uspešnega nadziranja nalezljivih bolezni. Čeprav traja že nekaj desetletij, je po nekaterih napovedih svojo pot šele prav nastopila (*Socialni razgledi*, 2006). Vse več je stoletnikov, za njimi pa še številnejši devetdeset in osemdesetletniki aktivno in zdravo preživljajo svojo starost. V primerjavi z generacijo naših starih staršev smo v razvitem svetu pridobili že skoraj dve desetletji zdravega in aktivnega življenja. Kakšna bo primerjava naše generacije z generacijo naših vnukov, bo povedal čas. Včasih so na povprečno trajanje življenja močno vplivale nalezljive bolezni, danes pa dolgoživost najbolj ogrožajo kronične nenalezljive bolezni. Dejavniki tveganja, ki so povezani z njihovim pojavom in napredovanjem, so dobro znani in se jim je z ustreznim načinom življenja prav lahko izogniti (*Preventing Chronic Diseases, a vital investment*, 2005). Aktivno in zdravo staranje postaja nova vrednota razvitih družb. Seveda je dolgoživost povezana s številnimi vprašanji. Čeprav je zdravo obdobje življenja podaljšano, je v starosti nastop kroničnih bolezni neizbežen (*Gaining Health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, 2006). Z njimi je dolgo mogoče živeti v sožitju, ki bolniku omogoča skoraj normalno življenje, hkrati pa podaljšuje njihovo trajanje. V končni obliki vse kronične bolezni, še posebej tiste, ki prizadevajo bolnikovo zavest, do tolikšne mere okvarijo organizem, da bolnik potrebuje pomoč. S podaljševanjem življenja bo takih bolnikov vse več, potreba po njihovi dolgotrajni oskrbi pa vse bolj izrazita in nujna. Danes se v obstoječih okoliščinah predvideva, da bo potreb več kot oskrbovalcev, da bo cena oskrbe visoka, da bo med starimi več revščine, kot jo je danes in da bo večja tudi verjetnost zapostavljanja starih ljudi (*Working longer, living better – Who cares?*, 2008).

DRUŽINA IN DOLGOTRAJNA OSKRBA

V preteklosti je bila skrb za stare prepuščena družinam. Dokler so različne generacije družine živele skupaj, je bilo to možno, čeprav je določena mera odrinjenosti starih sodila k podobi klasične družine. Danes je struktura in vloga družin drugačna. Družine so manjše, veliko zakonov je ločenih, posameznik ustvari več družin, poklicne dolžnosti so pomembnejše od družinskih, družina skupaj preživlja vse manj časa, vezi so ohlapnejše. Veliko je tudi ljudi, ki so na starost sami. Mnoge družine se branijo prevzeti oskrbo ostarelega svojca, člani so preobremenjeni, ne čutijo se dovolj sposobni, nimajo dovolj sredstev za kakovostno oskrbo starega sorodnika (Ramovš, 2003). Kljub temu pa se še najdejo družine, ki so pripravljene sprejeti skrb za ostarelega člana. V takih primerih mora družina drugače zastaviti svoje

delovanje, saj oskrba nebogljenega svojca ne dopušča izmikanja. V oskrbi starih je veliko fizičnega in neprijetnega dela. Če je za oskrbo odgovoren le en član družine, je ta dolžnost zanj povezana z določeno stopnjo poklicnega in družbenega odpovedovanja. V urejeni družbi razvitih držav zato družinska oskrba ne more biti prepuščena zgolj družini, ampak je vključena v družbeni sistem dolgotrajne oskrbe, ki omogoča številne možnosti sodelovanja z različnimi stopnjami vključenosti družinskih članov, poklicnih in prostovoljnih oskrbovalcev, socialnih delavcev in zdravstvene nege (Ramovš, 2003).

Družinsko oskrbo mora podpirati sistem dolgotrajne oskrbe, ki ga v Sloveniji šele ustvarjamo. Da bi bili v tem uspešni, potrebujemo enovit nacionalni koncept, ki naj ne vključuje le sodelovanja z lokalnim zdravstvom in krajevno skupnostjo, ampak tudi z bolnišnicami in rehabilitacijskimi ustanovami. Pozabiti ne smemo tudi na duševno in duhovno podporo vseh, ki so neposredno vključeni v oskrbo. Ob morebitni brezčutnosti in krivičnosti oskrbovancev oskrbovalci ne morejo ostati neprizadeti. Po drugi strani pa tudi oskrbovalci niso svetniki. Zato naj bo sistem sposoben zaznati vse oblike odklonov. Vsak sistem je toliko dober, kolikor so dobri tisti, ki delajo v njem. V dolgotrajni oskrbi so to odgovorni in strokovno podkovani zdravniki, sestre, socialni delavci, oskrbovalci in svojci. Vsak oskrbovanec pa je posameznik s specifičnimi potrebami. Potrebuje strokovni individualni program, ki ga skupaj pripravijo zdravstveniki, socialni delavci in oskrbovalci. Kakovost dolgotrajne oskrbe se začne pri vsaki storitvi, od najnižje ravni navzgor. Zato potrebujejo poklicni ali prostovoljni oskrbovalci pouk. Za vsako storitev morajo vedeti, kaj je dobro in kaj ne in na kaj morajo biti ves čas posebej pozorni. Iz vseh teh razlogov dobre oskrbe ne moremo obravnavati kot delo, ki ga lahko opravlja kdorkoli, ampak naj uživa ustrezen ugled in ustrezno nagrado. Taka zahteva ima tudi svojo politično vejo, ki sega od lokalnih oblasti do vlade. Ta naj bi med svojimi službami imela komisijo o staranju in dolgotrajni oskrbi, kakor tudi strokovni kolegij za gerontologijo in geriatrijo.

ZDRAVSTVENA IN SOCIALNA VARNOST

Spremenjena medgeneracijska razmerja spreminjajo potrebe družbe predvsem na področju zdravstvene in socialne varnosti. Z dosedanjo ureditvijo socialnih in zdravstvenih sistemov dolgoročno ne bo mogoče zagotavljati take stopnje socialne in zdravstvene varnosti, kot smo je vajeni v slovenski družbi. Spremembe so zato nujne in se jih pri nas že zavedamo, rešitve pa iščemo preveč enostransko, saj gredo predvsem v smeri, kako zagotavljati vzdržnost obstoječe ureditve pokojninskega sistema. Pri tem se sprašujemo, koliko bo takih, ki bodo potrebovali pokojnine in pomoč, koliko jih bo delalo in koliko sredstev bo na voljo? Ob nadaljevanju nizke rodnosti in dolgoživosti tak neinovativen pristop dolgoročno nujno vodi v konflikt generacij. Bolje se je vprašati, kaj si generacije medsebojno dolgujejo, torej tudi, kaj generacija starejših dolguje drugim generacijam? Izziv, ki je pred nami, zato ni zgolj ekonomski, ampak vključuje vsa področja naše družbe. Zahteva tudi razmislek o sposobnostih starejše generacije, ki razpolaga z velikim kapitalom znanja in izkušenj, ki pa je z obstoječo zakonodajo po upokojitvi povsem blokiran. Njegova sprostitev predstavlja rešitev, ki ni samo ekonomska, ampak zagotavlja tudi dobre medgeneracijske odnose. Poiskati je potrebno nove

možnosti zaposlitev za starejše in zakonodajo spremeniti tako, da bodo njihova znanja in izkušnje aktivno vključeni v življenje družbe. Tak cilj lahko dosežemo, če bo za to dovolj volje in podpore izvoljene oblasti (*Working longer, living better: Europe's coming of age*).

Ob medgeneracijskih razmerjih se odpirajo tudi vprašanja, kateri pojavi ali ravnanja v medgeneracijskih odnosih so povezani z moralnimi vrednotami? Tudi etične analize so potrebne, če želimo vzpostaviti vzdržen sistem dolgotrajne oskrbe. O etiki se veliko govori in piše, čeprav v vseh svojih razsežnostih ni prav lahko razumljiv pojem. S praktičnega vidika je dovolj, če rečemo, da povezuje vsa tista načela o moralnih dolžnostih posameznikov, skupin ali družbe, ki so državljanske, socialne, poklicne ali religiozne narave in določajo ravnanje, ki ga sprejemamo kot neoporečnega. Po svoji naravi je etika vzajemen pojem, v življenju pa ni vedno tako. Čeprav je razumevanje etičnih načel vedno povezano s tistim, kar je lepo in prav, pa je v življenju stopnja etičnosti od posameznika do posameznika in od družbe do družbe različna (Dresser, 2008). Vrednost etičnih načel je še dodatno omejena, če za njimi ne stoji sistem, ki jih je sposoben uresničevati in če si jih po svoje razlagata tako družba kot oblast. Prav zato je potrebno, da ta načela od časa do časa ponovno opredelimo in ovrednotimo, čeravno je njihova splošna vsebina ves čas ista.

ETIKA MEDGENERACIJSKIH ODNOSOV

Na podlagi vsega povedanega bi lahko rekli, da medgeneracijska etika predstavlja spoštovanje poslanstva vsake generacije skupaj z možnostjo, da se to poslanstvo solidarnostno uresničuje. Današnje stanje medgeneracijskih odnosov v Sloveniji take opredelitve ne izpolnjuje. Stališče, da ni mogoče zapostavljati ne sposobnosti ne potreb katerekoli generacije, v primeru starejših s sedanjo zakonodajo in prakso bolj oviramo kot sproščamo. Z drugačno politiko do starejših bi lažje vzpostavili solidarnostni sistem dolgotrajne oskrbe, h kateremu starejši s svojimi izkušnjami in znanjem lahko veliko prispevajo. Taka solidarnost se vključuje v naravni krog medgeneracijskega dajanja, ki gre iz roda v rod. Pri tem pa ne smemo pozabiti, da naši otroci, ki smo jih mi vzgojili, plačujejo svoj dolg do nas z vzgojo svojih otrok in da se dajanje tistim, ki so v nepovratnem pojetanju, bistveno razlikuje od dajanja otrokom.

Pri dolgotrajni oskrbi, še posebej pri oskrbi terminalnih in duševno motenih starostnikov, vedno znova trčimo na potrebo po opredeljevanju vrednosti in dostojanstva človeškega življenja. Pričakujemo lahko, da se bodo zaradi vse večjega števila takih oskrbovancev prav pod krinko dostojanstva človeškega življenja znova in znova pojavljale zahteve po uzakonitvi evtanazije.

V resnici pa prav evtanazija predstavlja zmanjšanje vrednosti življenja (Sulmasy, 2008, 487–488). Vsako življenje je enkratna posamična vrednost, ki jo moramo spoštovati od začetka do konca. Tudi brez evtanazije lahko vsakemu posamezniku omogočimo mirno in dostojanstveno smrt, le svojih meja se moramo zavedati. Na tem področju pogosto trčimo na razlike med zakonitostjo in etiko. Za marsikaj, kar moramo storiti, ni zakonske osnove, in marsikaj lahko naredimo narobe, ne da bi kršili zakon. To je še posebej možno v družbi, ki osebno svobodo uvršča med svoje največje dosežke. V taki družbi je malo prepovedi in moralna izbira je v večji meri prepuščena vsakemu posamezniku.

Z vsem tem se dotikamo vprašanj, ki jih v vsaki družbi povezujemo s človečnostjo. Kako jo razumemo danes v Sloveniji? Imamo dovolj etičnega in človeškega razumevanja? Ali razmišljamo dovolj o vsebini dobrih odnosov in kako jih doseči? Ali sploh vemo, koliko ljudi med nami je pozabljenih, zapostavljenih, zlorabljenih in trpinčenih? Ali smo usklajena, urejena, pravična in humana družba? Pri razpravljanju o medgeneracijskih odnosih je redka priložnost, da si postavljamo tudi taka vprašanja. Odgovori nanje so taki, kakršni smo. Do boljše in pravičnejše družbe si lahko pomagamo le sami.

SKLEP

Za zaključek razmišljanja o starosti in staranju bi rad izpostavil še misel, da je to področje, na katerem bi se morali vzdržati kakršnegakoli političnega opredeljevanja. Slovenska družba je danes preveč spolitizirana. Ob skoraj vsaki stvari se srečujemo s političnim razdvajanjem, ki zastruplja naše odnose. Čas je, da začnemo iskati področja, ki nas povezujejo, kjer imamo vsi iste želje in enaka pričakovanja. Staranje je zagotovo eno od njih, saj smo pred obličjem starosti vsi enaki.

LITERATURA

- Dresser R. (2008). Human Dignity and the Seriously Ill Patient. V: *Human Dignity and Bioethics: Essays Commissioned by the President's Council on Bioethics*. 505–12. Washington, D.C. Website: www.bioethics.gov (zadnji stik 30. 7. 08).
- Gaining Health*. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. (2006). 5–38. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe;
- Global Age-friendly Cities: A Guide* (2007). 3–4. Geneva: World Health Organization.
- Healthy Ageing – A Challenge for Europe* (2007). Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.
- Preventing Chronic Diseases, a vital investment* (2005). Geneva: World Health Organization; 12, 48.
- Ramovš J. (2003). *Kakovostna starost: Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka.
- Socialni razgledi* (2006). Ljubljana: UMAR; 62–4, 104.
- Sulmasy D. P. (2008). Dignity and Bioethics: History, Theory, and Selected Applications. V: *Human Dignity and Bioethics: Essays Commissioned by the President's Council on Bioethics*. Washington, D.C. Website: www.bioethics.gov (zadnji stik 30. 7. 08)
- Working longer, living better – Who cares?* (2008). European Foundation for the improvement of living and working conditions. Website: <http://www.eurofound.europa.eu> (zadnji stik 30. 7. 08).
- Working longer, living better – Europe's coming of age* (2008). European Foundation for the improvement of living and working conditions. Website: <http://www.eurofound.europa.eu>.

Kontaktne informacije:

Dr. Božidar Voljč

Inštitut Antona Trstenjaka

Resljeva 11, p.p. 4443, 1001 Ljubljana

e-pošta: bozidar.voljc@gmail.com