

Jelisaveta Fotić

doktorantkinja na Odeljenju za etnologiju i antropologiju

Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu

jecafotic@gmail.com

Stari u Beogradu: Antropološka analiza kvaliteta života s tip 2 dijabetesom

Apstrakt:

U ovom radu se, upotrebom objektivnih i subjektivnih indikatora bavim kvalitetom života starih ljudi u Beogradu, koji žive sa tip 2 dijabetesom. Razlog odabira ove teme je dvojak: s jedne strane dijabetes, naročito tip 2, predstavlja tzv. epidemiju XXI veka koja utiče na kvalitet života ljudi uopšteno, a sa druge, kvalitet života starih ljudi sa dijabetesom, koji su posebno pogođeni dijabetesom i njegovim komplikacijama, nije predmet velikog broja radova iz nemedicinske perspektive. Ovim radom, koji će predstaviti svakodnevicu života sa dijabetesom kod starih ljudi, to želim da promenim. U okviru subjektivnih indikatora analiziram mentalni uticaj dijagnoze dijabetesa na sagovornike kao i njihovo fizičko zdravlje (u koje inkorporiram: odnos sa lekarom, dostupnost informacija i stavove sagovornika o tome koja vrsta pomoći od države/zdravstvenog sistema bi pozitivno uticala na kvalitet njihovih života). U objektivne faktore smeštam: stambeno pitanje, zanimanje pre penzije i potencijalno zaposlenje u penziji, kao i visinu same penzije i odnos ovih indikatora sa finansijama neophodnim za kupovinu lekova na mesečnom nivou. Polu-strukturisanim intervjuima tokom avgusta meseca 2023. godine na teritoriji grada Beograda, prikupljena je građa na uzorku od petoro starijih sagovornika sa dijabetesom, uz pomoć četvero članova porodice. Ograničenje rada istovremeno je i njegova relevantnost koja otvara vrata za buduće istraživanje, koje bi fokus trebalo da stavi upravo na mentalno zdravlje starih osoba, koje je često i dalje tabu tema zbog društvenog shvatanja sloja penzionera kao tereta društva.

Ključne reči:

kvalitet života, stari, starost, tip 2 dijabetes, zdravlje, antropologija starosti

Uvod

„Hajde da se vratimo u scenu u kojoj medicinska sestra objašnjava gospođi Jansen kako da ubode prst da bi izmerila šećer. Ova scena je tipična za način na koji bolest pokušava da se ukroti negom, a da se ne porekne njeno postojanje. ‘Treba da ga držiš ovako, da, veoma dobro. I onda ubodeš ovde, sa strane vrha prsta, nikad na vrhu, već sa strane. Eto ga.’ Gospođa Jansen uči kako da izmeri sopstveni nivo šećera u krvi kako bi izbegla ili barem odložila komplikacije dijabetesa. Jedna od ovih komplikacija je slepilo. Merenje nivoa šećera u krvi ima za cilj da spreči slepilo. Ali od prvog dana, gospođa Jansen uči da ne bode vrh prsta, već obod. Razlog za to je taj što će ljudima koji ipak oslepe uprkos svim naporima biti potrebni vrhovi njihovih prstiju da bi osetili svet oko sebe. Dakle, u trenutku kada se gospođa Jansen uči da se ubode, postoji nada za zdravljem, ali i prihvatanje bolesti. Naučite kako da ubodete prst da biste ostali što zdraviji. Ali poštujujte činjenicu da je stvarnost bolesti nestalna tako što praktično predviđate komplikacije, uključujući slepilo, do kojih može doći“ (Mol 2008, 27).¹

Isečak preuzet iz knjige Anemari Mol, u kojoj se autorka bavi logikom nege osoba sa dijabetesom, slikovito objašnjava realnost u kojoj žive starije osobe sa dijagnozom dijabetesa. Ipak, realnost koju Mol prikazuje odnosi se na bolnice u Holandiji, dok u bolnicama u Beogradu medicinsko osoblje ponekad ne objasni ovako detaljno pacijentima kako da ubodu prst da bi izmerili šećer i vodili kontrolu o svom dijabetesu. Jedan od razloga za to svakako je prezauzetost lekara i drugog medicinskog osoblja, zbog čega na jednog pacijenta ne mogu da potroše više od 15 minuta tokom nekoliko kontrola godišnje. Kvalitet posete lekaru, kao i drugi parametri, važni su u merenju i razumevanju kvaliteta života starih osoba sa dijabetesom.

U ovom radu se, iz antropološke perspektive, bavim kvalitetom života starih osoba u Beogradu koje žive sa dijabetesom, na uzorku od petoro sagovornika i nekoliko članova porodice, koji su pružili dodatne informacije i time uokvirili (i ponekad ispravili) iskaze sagovornika.

Iako ne postoji jasan konsenzus o tome šta je starenje, uopšteno govoreći, antropologija shvata starost kao proizvod društvenog konstruisanja, klasifikacije, dok termin „starenje“ teži da naglasi pojam društvenog procesa, nečeg istorijski proizvedenog i stalno promenljivog, gde se žele otkriti načini življenja u ovom trenutku životnog toka (Moraes

¹ Slobodan prevod sa engleskog.

Lins de Barros *et al.* 2016). Kao što je teško doći do konsenzusa o tome šta je starenje, teško je odrediti i kojim instrumentima bi se starost merila. Iako se smatra da je hronologija loša mera starenja i starosti, ona čini osnovu za sve procene normalnosti (Crews 1993).

U ovom radu kvalitet života u starosti analiziram upotrebom objektivnih i subjektivnih indikatora, koji treba da pomognu u stvaranju šire i potpunije slike iskustva ove grupe ljudi. U zavisnosti od toga da li sagovornici indikatore rangiraju kao pozitivne tj. dobre ili negativne tj. loše, zavisi i to da li oni imaju pozitivan ili negativan uticaj na kvalitet života. Od objektivnih indikatora koristim stambeno pitanje, zanimanje pre penzije i potencijalno zaposlenje u penziji, kao i visinu same penzije i odnos ova tri (tj. četiri) indikatora sa finansijama potrebnim za kupovinu lekova na mesečnom nivou. Od subjektivnih indikatora, koji su za antropologiju presudni jer predstavljaju način na koji sagovornici procenjuju vlastiti kvalitet života, hronološki polazim od mentalnog uticaja dijagnoze dijabetesa na sagovornike kao potencijalnog biografskog poremećaja, jer se u literaturi o dijabetesu generalno smatra da on menja stil života i odnos prema životu pojedinca iz korena, imajući negativan uticaj na kvalitet života. Prelazim na fizičko zdravlje (i dotičem se mentalnog), u koje, kao dodatne indikatore u vezi sa zdravljem inkorporiram: odnos sa lekarom, dolazak do informacija i sama njihova dostupnost i završavam sa stavovima sagovornika o tome koja vrsta pomoći od države/zdravstvenog sistema bi pozitivno uticala na kvalitet njihovih života. Polazim od hipoteze da, u skladu sa objektivnim faktorima, cena medicinskih pomagala za dijabetes i propratnih medikamenata ima veliki uticaj na nezadovoljavajuć kvaliteta života, jer u velikoj meri utiče na smanjenje kućnog budžeta.

Dijabetes u zdravstvenom sistemu i starost u Srbiji

Od sedamdesetih godina XX veka životni vek populacije u Srbiji, kao i u svetu, značajno je produžen (Dragišić Labaš 2016). Zdravlje starih osoba, kao izrazito heterogene društvene grupe, zavisi od velikog broja faktora. Godine svakako jesu jedan od njih, ali pored godina važni su i ishrana, fizička aktivnost i stil života, koji svi umnogome zavise od socio-ekonomske pozicije, a ne striktno od ličnih preferenci i izbora. Hronične bolesti starenja rezultat su promena u fiziološkim sistemima i fizičkim strukturama koje se manifestuju tokom starenja, zbog čega je povećana

insulinska rezistencija osnov za razvoj dijabetesa kod starih. Stanja koja su prepoznata kao povezana sa starenjem uključuju vodeće uzroke smrtnosti među starijim odraslim osobama u razvijenim zemljama, u koje spadaju kardiovaskularne bolesti, rak i dijabetes tipa 2 (Hennessy 2004).

Dijabetes se javlja kada telo ne može da proizvodi dovoljno insulina ili ne može efikasno da koristi insulin koji proizvodi. Postoje tri glavna tipa dijabetesa – tip 1, tip 2 i gestacijski. Preko 90% svetske populacije koja ima dijabetes, ima dijabetes tip 2. Za razliku od tip 1 dijabetesa gde je pankreas u potpunosti prestao sa lučenjem hormona insulina, kod tip 2 dijabetesa je lučenje usporeno, te ga je potrebno podstaknuti. To se vrši lekovima u formi tableta, tabletama i insulinom istovremeno ili samo insulinom, kada prethodne opcije više ne donose željene rezultate. Strategije lečenja tip 2 dijabetesa dugo su se oslanjale na okrivljavanje i sramotu pojedinaca, a razlog za okrivljavanje jeste njihov način života, te se klasifikuju kao „loši pacijenti“ tj. oni koji „ne slušaju“ i koji nisu „pod kontrolom“ (Naemiratch and Manderson 2006, 1149). Iako biologija, kao i lične preference igraju određenu ulogu, nastanak i širenje dijabetesa tip 2 rezultat su društvenih i kulturnih procesa koji se odnose na promenu kvaliteta hrane, životne standarde i količinu energije koja se troši. Ovakav odnos prema ljudima koji žive sa tip 2 dijabetesom postoji i u Srbiji, a pospešuju ga masovni mediji floskulom i mitom da se „dijabetes dobija kada se jede mnogo slatkog“.² Iako se znanje o dijabetesu menja u javnoj sferi, sama činjenica da prevalencija dijabetesa raste sa godinama starosti, čini ga i dalje „bolešću starijih od 65 godina“ (Rakočević *i dr.* 2022, 6).

Simptomi dijabetesa uključuju: učestalo mokrenje (polinurija), glad, žeđ (olidipsija), gubitak težine, zamagljen vid i svrab kože. Ipak, zbog suptilnog načina javljanja simptoma kod ljudi sa tip 2 dijabetesom, otpornost organizma na insulin može biti prisutna i do nekoliko godina pre razvoja povišenog nivoa glukoze u krvi (Lieberman 2004) kao i samog otkrivanja dijabetesa. Prema *Atlasu* Međunarodne dijabetes federacije, svetska populacija odraslih ljudi koja živi sa dijabetesom u 2021. godini popela se do broja od 537 miliona (International Diabetes Federation 2021, 32). Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović

² Pored ovog mita, pristuni su i drugi. Na primer, o mitovima vezanim za dijabetes možemo pročitati u novinama i na novinskim internet portalima: <https://www.sd.rs/zena/zdravlje/dijabetes-uzrok-simptomi-2022-01-20>. O otklanjanju mitova najčešće u javnosti pričaju same osobe sa dijabetesom: https://www.b92.net/zdravlje/bolesti.php?yyyy=2021&mm=11&d=d=12&nav_id=2055368. Ipak, često od poznanika i dalje možemo čuti „stav“ o slatkom i dijabetesu, te nam to ukazuje na to da mit i dalje postoji.

Batut³ procenjuje da u Republici Srbiji dijabetes ima približno 700.000 ljudi tj. 12,2% odraslog³ stanovništva. Prema izveštaju IZJZ Batut iz 2022. godine: „od ukupnog broja obolelih sa tipom 2 dijabetesa, 36% (250.000) osoba nema postavljenu dijagnozu i ne zna za svoju bolest” (Rakočević *i dr.* 2022, 6). Stoga ne čudi što veliki broj starijih ljudi sa tip 2 dijabetesom dijagnozu dobije kasno, kada su se komplikacije od dijabetesa već pojavile i nanele štetu. Komplikacije uključuju: retinopatiju, otkazivanje bubrega (nefropatiju), polineuropatiju, amputaciju donjih ekstremiteta, probleme u imunološkom, kardiovaskularnom i digestivnom sistemu kao i parodontalne bolesti, seksualnu disfunkciju i komplikacije trudnoće (Lieberman 2004). Dijabetes je jedna od najčešćih hroničnih bolesti, četvrti vodeći uzrok smrti u Srbiji (Bjegovic-Mikanovic *et al.* 2019) i spada u skupe bolesti, kako za ljude koji sa njim žive, tako i za državu.

Prema *Health Systems in Transition* studiji o Srbiji iz 2019, koju su u potpunosti pisali lekari i zaposleni u IZJZ Batut⁴, navodi se da preko 40% ukupnih izdataka za zdravstvo dolazi iz džepova pacijenata (Bjegovic-Mikanovic *et al.* 2019, 17). Kada pogledamo trenutnu, najnoviju listu medicinskih pomagala koja su besplatna ili uz participaciju osigurana za građane sa zdravstvenim osiguranjem od strane RFZO, možemo videti da su količina i vrsta pomagala koje dobijaju osobe sa tip 1 dijabetesom u koje spadaju i deca, umnogome drugačije od onih koje dobijaju osobe sa tip 2 dijabetesom.⁵ Prvenstveno, osobe sa tip 2 dijabetesom koje su na terapiji lekovima, iako imaju pravo na aparat za merenje šećera u krvi, nemaju pravo na trake za merenje šećera. Trake mogu dobiti samo oni koji se nalaze na terapiji insulinom, i to „50 traka za period od 3 meseca, ako je na terapiji do 4 doze insulina dnevno, odnosno 100 traka mesečno ako je na 4 i više doza insulina ili na insulinskoj pumpi“ (Lista pomagala 2022, 38). Matematički rečeno, osoba koja prima manje od četiri doze insulina dnevno ima pravo na čak pola trake dnevno. Drugim rečima, stariji ljudi sa tip 2 dijabetesom ne mogu da izmere šećer iz krvi čak ni jedan put svakog dana, ako njihova terapija ne uključuje četiri doze insulina dnevno. Logičan zaključak koji sledi jeste da starija osoba sa tip 2 dijabetesom ne može da vodi „dobru samokontrolu“ ako nema sredstva

3 Iako za sada ne postoje izveštaji o podacima dijabetesa kod dece u Srbiji, smatra se da se svake godine dijagnostikuje 160 novih slučajeva, te se procenjuje da „u našoj zemlji sa dijagnozom ovog tipa dijabetesa živi približno 1400 obolele dece mlađe od 15 godina“ (Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča dobre kliničke prakse 2012, 11).

4 Naglašavam mesto zaposlenja autora publikacije kao komponentu koja dodatno utiče na važnost procenta novca koji dolazi iz džepova osiguranika (40%).

5 U koje deca takođe spadaju. Videti vest o broju dece sa tip 2 dijabetesom u Srbiji: <https://novaekonomija.rs/vesti-iz-zemlje/rano-otkrivanje-bolesti-najvaznije>

kojima bi kontrolisala vrednost šećera.⁶ To znači da će, u skladu sa svojom finansijskom situacijom i „lakoćom“ kontrole dijabetesa, starija osoba morati da potroši barem nešto više od dve hiljade dinara mesečno, kako bi sebi obezbedila potrebnu količinu test traka.⁷ Ovde takođe treba imati u vidu da je lista pomagala podložna promeni, te da ranije osobe sa tip 2 dijabetesom koje su na terapiji oralnim lekovima nisu imale pravo ni na aparat za merenje šećera. U novembru 2023. godine, mesecu dijabetesa, direktorka RFZO Sanja Radojević Škondrić izjavila je da će se, nakon usvajanja inicijative udruženja osoba sa dijabetestom, za sve pacijente sa dijabetesom povećati broj traka za merenje šećera.⁸ To znači da bi umesto 50 traka za tri meseca osobe sa tip 2 dijabetesom na terapiji insulinom do četiri doze dnevno, uskoro trebalo da dobiju duplo više tj. 100 traka. Ovo bi značilo da bi oni mogli da izmere šećer jednom dnevno. Pored toga, rečeno je da će i osobe sa tip 2 dijabetesom koje nisu na terapiji insulinom ili insulin dnevno uzimaju manje od četiri puta, po prvi put imati pravo na trake – njih 100 godišnje. Ove promene u pravilniku, koje u trenutku pisanja rada još nisu stupile na snagu, trebalo bi da imaju dobar uticaj na kvalitet života osoba sa tip 2 dijabetesom u Srbiji.

Metodološki postupak

Istraživanje je sprovedeno tokom avgusta meseca 2023. godine na teritoriji grada Beograda, na uzorku od petoro sagovornika i uz pomoć i pružanje dodatnih informacija od strane četvero članova porodice. Građa je prikupljena korišćenjem polu-strukturisanog intervjua i pitanja

6 Istraživanje medicinskih stručnjaka iz 2022. godine ovo i potvrđuje: „Pacijenti sa dijabetesom tip 2 koji slabo regulišu glikemiju [...] češće se hospitalizuju zbog komplikacija i troše za 28% više lekova od pacijenata koji adekvatnom antidijabetičkom terapijom dobro kontrolišu glikemiju. Iako su ove činjenice poznate, fondovi zdravstvenog osiguranja često oklevaju da uvedu na svoje liste finansiranih lekova inovativne antidijabetike, zbog njihove više cene u odnosu na stare lekove, bojeći se preopterećenja budžeta. Da bi se pravilno mogao proceniti uticaj na budžet koji će imati finansiranje inovativnog leka za kontrolu glikemije kod dijabetesa tip 2, neophodno je znati i drugu stranu takve odluke – uštede koje će se ostvariti usled bolje kontrole glikemije i smanjenja učestalosti komplikacija“ (Janković *et al.* 2022, 7).

7 To ne znači da su kriterijumi za propisivanje pomagala za druge grupe osoba sa dijabetesom (mlađe od 18 godina i starije od 18 godina sa dijabetesom tip 1) lako ostvarivi – kako bi osoba starija od 18 godina mogla da dobije propisanu insulinsku pumpu potrebno je da razvije određene komplikacije: [https://www.rfzo.rs/download/pravilnici/pomagala/Lista%20pomagala%20\(1\).pdf](https://www.rfzo.rs/download/pravilnici/pomagala/Lista%20pomagala%20(1).pdf)

8 Kako pravilnik i dalje nije zvanično promenjen, ova informacija dostupna je na zvaničnoj stranici Jutarnjeg programa RTS 1: <https://www.rts.rs/magazin/Zdravlje/5303948/dijabetes-komplikacije-srcana-slabost-preventivni-pregledi.html>

su postavljana tako da pospeše razgovor. To znači da ako sami sagovornici nisu pričali o temi koja može da bude problematična, kao što je visina penzije, ja nisam postavljala pitanje o tome kolika im je penzija. Svakako, većina njih je samovoljno tokom razgovora došla do visine svoje penzije. Zbog zdravlja i komorbiditeta svih sagovornika, intervju sam pokušavala da ograničim na dvadeset minuta, osim u jednom slučaju gde je intervju trajao sat vremena, sa komšinicom koja ne izlazi iz stana, te retko ima priliku da priča sa „novim“ ljudima. Do sagovornika sam došla preko prijatelja i članova porodice, tako da je uvek postojao posrednik koji je mogao da me preporuči za razgovor i ulije dodatno poverenje osobi sa kojom razgovaram. Na početku svakog razgovora sam sagovornicima predstavila čime se bavim i da i sama živim sa dijabetesom više od dvadeset godina, što smatram da je imalo pozitivan efekat na sagovornike – s jedne strane se nisu osećali kao da pričaju sa nekim ko nije dovoljno upućen u život sa jednom ili više hroničnih bolesti, a sa druge, osećali su slobodu da bez ikakvog objašnjavanja o kompleksnosti dijabetesa sa mnom komentarišu svoje nivoe šećera u krvi.

Broj sagovornika svakako predstavlja ograničenje ovog rada. Ipak, imala sam sreće da pričam sa ljudima koji imaju vrlo specifične profile, te se nijedna životna situacija nije ponovila.

Profili sagovornika

Istraživanjem je obuhvaćeno petoro sagovornika, dve žene i tri muškarca, dok je dodatne, propratne ili tačne informacije u nekim slučajevima dalo četvoro članova porodice. Kriterijum po kojem su sagovornici odabrani bio je starosno doba – da imaju više od 65 odnosno 63 godine, ostvareno pravo na penziju: starosnu ili na osnovu beneficiranog radnog staža kao i dijagnoza nekog tipa dijabetesa. Iako to nije bio inicijalni kriterijum, svi sagovornici imaju tip 2 dijabetes, te je rad zbog toga preuzeo smer ovog tipa dijabetesa. Rezultati istraživanja sigurno bi bili složeniji da je barem jedan sagovornik imao tip 1 dijabetes (i verovatno vrlo dugačak „staž“ života sa dijabetesom). Iako je intervjuom obuhvaćeno svega petoro sagovornika, njihovi odgovori su raznovrsni, životna iskustva vrlo različita i informativna. Intervjui su delom rađeni uživo – sa troje komšija, a delom preko telefona – sa dva muškarca koji žive na različitim opštinama u Beogradu i imaju ozbiljne komorbiditete – zbog njihovog i mog zdravlja, u vreme visokih temperatura tokom avgusta meseca 2023.

godine. Osnovni demografski i drugi podaci sagovornika, koji bolje kontekstualizuju kvalitet njihovih života su:

- Radoslav (77) trgovac u penziji, tip 2 dijabetes ima „desetak“ godina i ima polineuropatiju. Sa dijabetesom živi skoro 40 godina jer ćerka ima tip 1 dijabetes od detinjstva. Aktivan je i druži se sa vršnjacima, a živi sa partnerkom. Smrt žene i sina od raka, kao i ćerkin dijabetes tip 1, uticali su na njega da bude „vrlo disciplinovan pacijent koji svaki dan pije šaku lekova“.

- Dragomir (66) krojač/modni dizajner, u invalidskoj penziji je od 2012. godine zbog nekoliko srčanih udara, tip 2 dijabetes mu je otkriven 2014. godine tokom upale pankreasa. Živi sa ženom koja je farmaceut, zaposlena u apoteci i koja pozitivno utiče na njegov odnos prema terapiji. Ima polineuropatiju i retinopatiju i učestvuje u kliničkoj studiji za inovativne insuline, zbog čega često odlazi kod endokrinologa i nema probleme sa zakazivanjem kontrola.

- Ljiljana (75) medicinska sestra na hirurgiji i šoku u penziji, 17 godina od 35 godina staža je radila kao invalid druge kategorije zbog operacija ehinokokusa jetre⁹ i žuči. U penziju je otišla sa 55 godina. Dijabetes joj je otkriven 1985. i ima polineuropatiju. Skoro je operisala rak dojke. Bračni partner je preminuo 2022. godine što je imalo dodatni uticaj na kvalitet i zadovoljnost životom.

- Slavoljub (74) je radio u vojsci JNA kao vezista, a od kada je u penziji, prvo je bio šofer, a sada obavlja posao čuvara. Dijabetes tip 2 ima 25 godina. Nema komplikacije i vodi aktivan život.

- Gorica (73) krojačica, udata za Slavoljuba. Dijabetes tip 2 ima 23 godine, nema komplikacije i već 10 godina pije samo jedan lek, uspešno.

Kvalitet života i starost

Na teorijskom nivou, kvalitet života uključuje fizičko zdravlje, psiho-socijalno blagostanje i funkcionisanje pojedinca, nezavisnost, kontrolu nad životom, materijalnim okolnostima i spoljašnjim okruženjem (Bowling 2007). Voker i Molenkof smatraju da kvalitet života može da se meri na dva načina: subjektivno i objektivno (tj. mikro i makro, društveno i individualno). U objektivni kvalitet života, prema Bowling, spadaju: pri-

⁹ Parazitska bolest koju izaziva mala pantljičara u želucu čoveka, odlazeći do organa kao što je jetra i praveći ciste. Mora se operisati i opasna je po život. Više o tome: <https://www.stetoskop.info/zarazne-bolesti-infektologija/ehinokokus-cisticna-ehinokokoza>.

hod, zapošljavanje, stanovanje, obrazovanje, i druge situacione okolnosti (nivo kriminala u okruženju, kvalitet stanovanja i javnih usluga, kao i pristup prevozu) i zadovoljenje osnovnih životnih potreba. U subjektivni kvalitet života spadaju: percepcija uopštenog kvaliteta života i vrednosti i iskustva pojedinaca, kao i indikatori mentalnog blagostanja, sreće i zadovoljstva životom, individualno ispunjenje, socijalni kapital (mreže prijatelja i porodice, učešće u aktivnostima zajednice) i zdravlje. Ipak, načini „računanja“ kvaliteta života nisu ujednačeni, te mogu da uključuju klasične indikatore kao što su sreća i psihološko zadovoljstvo, ili zadovoljenje osnovnih potreba (Bowling 2004). Nažalost, velika većina istraživanja koja su koristila jednu ili više ovih klasifikacija kvaliteta života, svoje podatke je bazirala na mišljenju stručnjaka, umesto samih ljudi koje istražuju (Bowling 2007).

Empirijski gledano, najvažnije poveznice između dobrog kvaliteta života i starosti predstavljaju dobro zdravlje i funkcionisanje (mobilnost, mentalno zdravlje), osećaj korisnosti (u radu po kući, odlasku po namirnice, čuvanju dece itd.), društvena uključenost (druženje, učestvovanje u aktivnostima zajednice), dobri međugeneracijski odnosi i socio-ekonomski status (Mollenkopf and Walker 2007). Aktivno starenje, koje stari rado prihvataju, često biva onemogućeno ne samo zbog zdravstvenog stanja i materijalnih razloga, već i zbog zajednice koja takav vid starenja ne podržava (Lamb *et al.* 2017, prema Dragišić Labaš 2021), čime učestvuje u „sistematskom stereotipiziranju i diskriminaciji ljudi zbog njihove starosti“ (Whitton 1997, 456, prema Ljubičić 2022, 68).

U analizi života sagovornika, korišću i objektivne i subjektivne pokazatelje kvaliteta života starih ljudi: socio-ekonomski status, u koji ubrajam stanovanje, posao/penziju i uticaj nivoa primanja na kupovinu lekova i dodataka ishrani, od kojih kvalitet života, pa u nekim slučajevima i sam život, zavisi. Od subjektivnih pokazatelja fokus stavljam na mentalno blagostanje po dijagnozi dijabetesa i zdravlje uopšte, koje detaljnije razmatram kroz odnos sagovornika sa lekarom, dolazak do informacija i njihovu dostupnost, te završavam sa stavovima sagovornika o tome koja vrsta pomoći od države/zdravstvenog sistema bi pozitivno uticala na kvalitet njihovih života.

Subjektivni uticaj dijagnoze dijabetesa kao biografskog poremećaja na kvalitet života

Dijagnoza dijabetesa i potreba za stalnom terapijom, u vidu tableta ili insulina mogu predstavljati šok za pojedince, izazivajući psihosocijalne posledice. Trenutak dijagnoze i prvi period nakon nje se u istraživanjima o hroničnim bolestima naziva biografskim poremećajem (eng. *biographical disruption*) (Bury 1982). Pre dijagnoze bolesti, pojedinac je imao nekakvu sliku o hronološkim koracima u svom životu, koji su sa dijagnozom fundamentalno poremećeni. Prvih nekoliko meseci nakon saopštenja dijagnoze jesu period prilagođavanja na važne promene u načinu na koji se živi. Potrebno je promeniti stil života, navike i svakodnevno funkcionisanje. Neki pacijenti ispoljavaju aktivno odbijanje da prepoznaju da imaju dijabetes, dok drugi prihvataju bolest, ali prikrivaju svoje stanje u društvenom okruženju, plašeći se da će drugi promeniti odnos prema njima (Botnariu *et al.* 2017). Moji sagovornici nisu odbijali dijagnozu dijabetesa, te nisu odbijali ni da koriste prepisanu terapiju, ali nije poznato da li su se koristili strategijama prikrivanja bolesti. Dijagnozu bolesti klasifikujem kao subjektivni indikator kvaliteta života, jer spada u psihičke pokazatelje.

Sagovornici dijagnozu dijabetesa nisu shvatili kao nešto što ih je „poremetilo“ i šokiralo. Objašnjenje za takvu reakciju, s jedne strane, pronalazim u tome što im dijagnoza dijabetesa u bolnici nije predočena kao ozbiljna i smrtonosna, već kao bolest zbog koje moraju da piju lekove svaki dan. Sa druge strane, većina sagovornika je pre dijagnoze dijabetesa već imala neke bolesti i medicinske zahvate, koji su bili bolniji i „ozbiljniji“.¹⁰

Ljiljana je pre dijagnoze dijabetesa operisala žuč i ehinokokus jetre i ima hronični pankreatitis, što je uticalo na to da dijagnozu dijabetesa ne shvati kao biografski poremećaj:

„Latentni su ga zvali 80-ih, meni se svake godine po malo povećavao šećer i ja sam normalno pila lekove i radila. I jedno jutro sam otišla na posao, kad sam već bila invalid i to jutro mi se povraćalo, a nikad mi se ne povraća. I odem ja s posla i sutradan na poslu mi urade analize krvi i meni šećer 17.¹¹ I tako počnem ja sa tabletama, više sam ih promenila, neke su i ukinuli proizvodnju od tada [smeje se].“

¹⁰ Misli se na srčani udar i različite operacije, kao i smrtonosne ishode bolesti u porodici.

¹¹ Vrednost 17 je vrlo visoka vrednost šećera u krvi, koja se naziva hiperglikemijom.

Dragomir je 2012. godine preživeo nekoliko srčanih udara, zbog kojih je otišao u invalidsku penziju. U penziji i dalje radi kao krojač. Dijabetes mu je dijagnostikovao kada je dobio upalu pankreasa koju je, prema rečima ćerke, jedva preživeo:

„Dijabetes mi je dijagnostikovao 2014, nisam siguran tačno i nije mi u ovom momentu bitno pa sam zaboravio. Dobro znam zašto sam dobio dijabetes, ja sam jednom iz čista mira, nije mi bilo dobro. Kolege i ja smo doručkovali i posle uzeli časicu rakije kako uvek i radimo i odjednom kad sam ustao je počelo da mi se povraća. To je trajalo 2-3 sata i odem kod lekara i oni ustanove da sam dobio upalu pankreasa. I tada sam neko vreme bio u bolnici i tada mi je naglo skočio šećer.“

Dragomir i Ljiljana su, nakon kraćeg tj. dužeg perioda na terapiji tabletama prešli na injekcije insulina penovima, koje nisu odmah prihvatili, ali su se vremenom, zbog uticaja porodice, navikli. Iako ostalo troje sagovornika nije imalo ovako teške trenutke pre dijagnoze dijabetesa, ni oni dijagnozu dijabetesa nisu shvatili kao nešto što im može iz korena promeniti život ili dovesti do komplikacija ili smrtnog ishoda. Najvažnije im je bilo to što znaju da treba da piju lekove svaki dan, ponekad mere šećer iz prsta i iako znaju da treba da brinu o ishrani, to je stavka koje se najređe pridržavaju. Stavovi oko ishrane sagovornika vrlo su slični:

“Kažem doktoru, mogu da budem karakter, ali ne toliki.” (Gorica)

„Meni je u aprilu mesecu nefrolog dala novi režim ishrane, ali ja imam 77 godina i ne mogu sada da se ustežem od bilo čega, želim da proživim ovo što mi je ostalo tako što ću jesti ono što volim.“ (Radoslav)

„Oni rade sa mnom na planu ishrane, pet obroka manjih a češćih i to. Ali ja i ne pratim to iskreno, ko kaže da se pridržava toga, mislim da ne radi to. Takva nam je kultura, način ishrane i života.“ (Dragomir)

Ovi iskazi pokazuju da sagovornici vrednuju ishranu kao subjektivni indikator koji im povećava kvalitet života, jer povećava njihovu sreću, bez obzira na uticaj koji njihova ishrana ima na dijabetes i kvalitet života sa njim. Drugim rečima, u ovom aspektu, sagovornici svoju sreću i zadovoljstvo koje dolazi iz hrane vrednuju više nego dobro regulisanu bolest, čija regulacija delom zavisi od ishrane.

Objektivni indikatori kvaliteta života

Stanovanje

Svi sagovornici imaju rešeno stambeno pitanje – Radoslav je ćerci ostavio stan na Vračaru i prešao da živi sa partnerkom, Gorica i Slavoljub su bračni par i žive u „vojnim zgradama“ na Novom Beogradu, gde je Slavoljub zbog svoje službe dobio stan od vojske početkom 1980-ih, kao i Ljiljanin muž, koji je bio vojno lice. Dragomir živi sa ženom u kući u Zemunu koja je u njihovom vlasništvu. Stambeno pitanje je kod svih sagovornika indikator koji pozitivno utiče na kvalitet života, jer sagovornici nemaju potrebu da, osim plaćanja računa, novac odvajaju i za stan, te imaju više novca u kućnom budžetu za kupovinu lekova i dataka ishrani.

Posao/penzija

Dok gerontologija kao nauka o starosti starost definiše prema dobi, društvo je definiše kao „ljudе koji izlaskom iz sfere aktivnog rada prelaze u društvenu kategoriju penzionera“ (Milosavljević 2011, 10). Pored toga sloj penzionera se u društvu takođe percipira i kao „neproduktivni i onaj koji predstavlja teret za već preopterećeno društvo“ (Milosavljević 2012, 105). Iako su svi sagovornici u penziji, starosnoj ili invalidskoj, neki od njih i dalje su radno angažovani, ali isključivo u svojoj zoni. O ovoj temi pisala je Ljubica Milosavljević:

„znatan broj tzv. funkcionalnih starih [je] ili u prilici da radom obezbeđuje određena finansijska sredstva ili u nuždi da obezbedi egzistenciju kada je češći slučaj da se primoranost na rad odvija u okviru sivoekonomskih aktivnosti. Razmeđe između prilike i nužde jasno je uočljivo [...]. Dok se kod prvih beleži viši stepen obrazovanja i ostvarivanje penzije od koje je moguće „pristojno živeti u Srbiji, kod onih koji iz nužde rade primanja su očekivano niska zbog čega i iskazuju veći stepen nesigurnosti i egzistencijalne ugroženosti“ (Milosavljević 2022, 78).

U slučaju mojih sagovornika, pored zaposlenja zbog niske penzije u Dragomirovom slučaju (20.000 dinara), postoji i treći razlog za zaposlenje u penziji, a to je rad radi osećaja korisnosti. Slavoljub je u penziji dugi niz godina kao bivše vojno lice i ima zadovoljavajuću penziju, ali je od

početka penzije radno aktivan, jer drugačiji stil života ne ume da vodi. Pored posla, on je i fizički aktivan – svako jutro ide u dugačku šetnju i ne voli da sedi kod kuće.

(Ne)kupovina lekova

Po pitanju uticaja nivoa penzije na zdravlje tj. na nabavku lekova, niko od mojih sagovornika nema problem da svakog meseca nabavlja lekove za regulisanje dijabetesa – bilo da su to pilule ili insulin, jer ih u potpunosti ili uz vrlo malu participaciju pokriva (vojno) zdravstveno osiguranje. Ipak, iako lako dolaze do samih lekova za regulisanje nivoa šećera u krvi, isti slučaj nije i sa aparatima za merenje šećera. U vreme kada su Gorica i Slavoljub dobili svoje dijagnoze, bilo je vrlo teško nabaviti aparat za merenje šećera u Srbiji za bilo koga, a kamoli osobe sa tip 2 dijabetesom. Njihova cena se u poslednjih dvadeset godina spustila i sada nije nemoguće (u zavisnosti od prihoda) kupiti prvi aparat, te ga menjati za novi kada se stari pokvari. Ipak, kako aparati do pre nekoliko godina nisu bili dostupni osobama na terapiji oralnim lekovima, Gorica i Slavoljub su svoj prvi aparat dobili od mene.¹² Ono što su svi sagovornici naveli da im jeste finansijski problem, jesu lekovi za komplikacije od dijabetesa kao i dodaci ishrani bez kojih ne mogu normalno da funkcionišu. Ovu pojavu potvrdila je i Dragomirova žena farmaceutkinja. Naime, Dragomir od komplikacija ima retinopatiju¹³ (za koju ne dobija terapiju, ali ide na stalne preglede) i polineuropatiju¹⁴ za koju je lek relativno skup. I Ljiljana ima polineuropatiju i za nju koristi lek *Berlithion*, za koji kaže da je ranije koštao oko 3500 dinara, a sada:

„...je ovde u ovoj apoteci 1560 dinata, to Milena [ćerka] čuje gde ima i gde je jeftinije, pa uzme. Ali ja nisam u istoj situaciji kao drugi penzioneri, ja imam 56 hiljada, što je solidna penzija, ne žalim se na penziju nikad. Ali znam da ljudi imaju niske penzije.“

Pored leka za polineuroptiju, Ljiljana takođe plaća i magnezijum u spreju, koji koristi nekoliko puta dnevno, kako se ne bi ukočila. Gorica i

12 Osim prvih nekoliko godina dijabetesa, uvek sam imala barem jedan rezervni aparat kod sebe. Kada sam počela da se bavim aktivizmom, ponekad bih dobila besplatni aparat kao poklon zbog javnog nastupa, saradnje ili donacije udruženju.

13 Komplikacija dijabetesa na oku, koja ima više stadijuma, od kojih zavisi i lečenje. Više o tome: <https://www.stetoskop.info/bolesti-oka-oftalmologija/retinopatija-lecenje-i-posledice>.

14 Oštećenje živaca koji prolaze kroz telo izvan mozga i kičmene moždine. Više o tome: <https://eklinika.telegraf.rs/zdravlje/26427-svaka-deseta-osoba-starija-od-40-godina-obo-li-od-neuropatije-uzroci-i-tretman>.

Slavoljub imaju vojno osiguranje i dobijaju na recept i bez participacije i druge lekove:

„Vojno zdravstveno uvek sve pokriva, participacija je mala. Ja sam do svoje 65. plaćala participaciju, ali je to uvek bilo manje od 100 dinara ukupno. Ali zato skupi lekovi, mi dobijemo, ali moramo da idemo na konzilijum lekara, ne može samo da se lako prepiše.“ (Gorica)

Fizičko (i mentalno) zdravlje i dostupnost informacija u vezi sa zdravljem

Zdravlje je koncept koji se obično uzima zdravo za gotovo, ali ne postoji opšte dogovorena operativna definicija. Konceptu se pristupa iz objektivne i subjektivne perspektive, delimično u zavisnosti od discipline istraživača. Ipak, način na koji se bolesti mere same po sebi ne opisuju zdravlje na adekvatan način, te funkcionalna sposobnost i samo-ocenjivanje zdravlja postaju važniji sa starenjem (Deeg 2007). Zdravlje se deli na mentalno i fizičko. Fizičko i mentalno zdravlje nisu dva dijametralno suprotna faktora kvaliteta života, već su usko povezani, i ponekad stanje jednog zavisi od toka drugog. U okviru mentalnog zdravlja, pojava depresije je dva do tri puta veća kod osoba sa dijabetesom nego kod ostalog stanovništva (Bădescu *et al.* 2016). Kako Dragišić Labaš navodi:

„U Srbiji, prema nalazima (Miletić *et al.* 2009), 61,1% ispitanika sa hroničnim oboljenjima ima znake depresivnosti ili depresivni poremećaj, što je 12 puta više od prevalencije u opštoj populaciji. Nalazi se poklapaju sa trendom rasta stresom izazvanih mentalnih poremećaja u Srbiji i u svetu“ (Dragišić Labaš 2016, 132).

Uprkos vezi između dijabetesa i depresije, ako sami sagovornici nisu pokrenuli temu mentalnog zdravlja, ja ih na nju nisam navodila. Ljiljana je jedina govorila o svom mentalnom zdravlju i stavu koji je razvila zbog svih bolesti kroz koje je prošla i sa kojima živi:

“Ja sam vedrog duha, priroda mi je takva da se ja sama izborim, ne predajem se. Ja sam rano počela da bolujem, ali meni je i u bolnici dok sam ležala najvažnije bilo da izađem da vidim decu. I tada su mi rekli da nikada neću raditi. I vidi sada 40 godina kasnije. Ja sam se psihički sabrala i odlučila šta je važno i za šta mogu i za šta ne mogu da se nerviram. Ja sam u penziji tako da kad oću da ustanem ja ustanem, kad oću da legnem, ja legnem.”

Razvoj somatskih zdravstvenih problema često se razume kao „proces onesposobljenja“ (Verbrugge and Jette 1994). Faze ovog procesa kreću se od morbiditeta do invaliditeta. Morbiditet se odnosi na prevalenciju hroničnih stanja. Među najrasprostranjenijim hroničnim stanjima kod mojih sagovornika, pored tip 2 dijabetesa, su i polineuropatija (Dragomir, Ljiljana, Radoslav), pankreatitis (Dragomir i Ljiljana) i kardiovaskularne bolesti (Dragomir, Slavoljub i Radoslav). Invaliditet je nemogućnost obavljanja uobičajenih svakodnevnih aktivnosti. Složenije aktivnosti kao što su kupovina, pripremanje obroka i obavljanje kućnih poslova nazivaju se instrumentalnim aktivnostima svakodnevnog života (Deeg 2007). Dragomir i Ljiljana se nalaze u invalidskoj penziji, ali nemaju potpuni invaliditet. Štaviše, Dragomir nema problema da normalno funkcioniše i obavlja svakodnevne aktivnosti, kao i da šije, već mu jedino teže pada da hoda uz stepenice. Ljiljana ne može da izlazi iz stana jer je posle manje od 50 metara bole noge zbog čega mora da sedne, ali je to ne sprečava da se bavi manje zahtevnim kućnim poslovima. Sa njom živi jedna od njenih ćerki, tako da joj ona pomaže u svim aktivnostima koje Ljiljana ne može da postigne.

Fizička aktivnost, kao važan aspekt zdravstvenog dela kvaliteta života starijih ljudi i pokazatelj promena u kvalitetu života, pozitivno je ocenjena kod svih sagovornika osim Ljiljane. Aktivnost koju svi ostali sagovornici upražnjavaju jeste šetnja. Slavoljub svako jutro ide u dugačku šetnju, Radoslav svako jutro radi vežbe kolena sa kojim ima problem, a pored toga ima i rutinu – šeta po Vračaru, sedi sa prijateljima i pomaže ćerci sa njenim poslom, a do skoro joj je pomagao i sa šetnjom psa. Gorica najčešće ide u nabavke na pijacu i u prodavnice, koje su nekada udaljene i do par kilometara od stana.

Odnos sa lekarima i dostupnost medicinskih informacija

Odnos sa lekarima, bilo u domu zdravlja ili sa specijalistima na tercijarnom nivou, kao i dostupnost informacija o bolesti i terapiji, predstavlja važan deo indikatora kvaliteta života starijih ljudi u okviru zdravlja. U studiji o položaju i potrebama starijih domaćinstava Novog Beograda *Prigušena svetla grada* (2017), autorke Satarić i Perišić navode izjave Novobeograđana o tome kako smatraju da je moguće unaprediti državnu zdravstvenu službu. Prema njihovom istraživanju 31% ispitanika smatra da je potrebno obezbediti veći broj zdravstvenih radnika, 23%

njih smatra da je potrebno osmisliti efikasnije zakazivanje specijalističkih pregleda, 9% njih je za bolju organizaciju rada medicinskih ustanova/ manje čekanja, 6% za otvaranje stacionara za pacijente koji nisu ni za bolničko ni za kućno lečenje, 5% za više ljubaznosti i 4% za više posvećenosti pacijentima (Satarić i Perišić 2017, 50). Neki od iskaza mojih sagovornika poklapaju se sa ovim stavovima. Oni su pričali o odnosu sa lekarom, zadovoljstvu dobijenim informacijama, uslovima dobijanja zdravstvene nege, brojnosti medicinskog osoblja i o tome šta smatraju da bi moglo da bude bolje za starije u okviru zdravstvenog sistema.

Pored toga što tokom vanrednog stanja sagovornici nisu mogli redovno da idu na kontrole i uopšte dođu do endokrinologa, a ponekad i lekara opšte prakse, oni su u najvećoj meri zadovoljni odnosom koji imaju sa lekarom, ali smatraju da lekari imaju malo vremena za preglede i da nije uvek lako doći do termina. Odnos sa lekarom zavisi i od načina na koji lekar priča i ophodi se prema pacijentu, što u Slavoljubljevom slučaju utiče na to da li će uraditi neke analize ili ne:

„Na leto me je prvi put primila jedna mlada ženska, i baš je stručna i ne kritikuje. A ovaj pre samo kritikuje i ne može ništa da se kaže. A ona sluša i pita me sve kako sam i kako ide sa šećerom. Inače raniji doktor, trebalo je da idem da snimam štitnu žlezdu i ja nisam hteo i nisam išao kod njega godinu dana zato, jer znam da će me kritikovati, a ova mlada zna da nisam tokom korone bio dugo i nije me kritikovala. Kaže ‘dobro Vi to izgledate’, još mi dala i neku vrstu komplimenta. I dala mi je i ona uput da sad uradim tu analizu za štitnu i ja ću to da uradim sad.“ (Slavoljub)

„Ona prva profesorka sa bolničke jedinice, sa njom sam bila odlična. Posle su mi promenili doktoricu, ona je ovako sva fina ali nikada ništa drugo mi ne kaže dodatno. A imam izuzetno dobru doktoricu opšte prakse, ona mene sama obavesti kad je vreme za nešto, na primer podseti me da mogu u banju i sve ostalo. I sa njom o svemu pričam. Čak i ako ona nema vremena odmah, napiše na mom kartonu podsetnik i onda me zove da dođem po uput ili za recept. Nema takve žene. Možda mi je i to velika pomoć, to što se ja sa njom ispričam o svemu, ne samo o bolesti nego i o lepim stvarima.“ (Ljiljana)

„Kad mi doktorka zakaže da dođem, ja tad dođem. Ona uvek to na šest meseci unapred zakaže, ja nedelju dana pre toga dođem da vadim krv i posle na kontrolu, vrlo sam disciplinovan pacijent.“ (Radoslav)

„To se promenilo relativno skoro, u zadnje vreme. [misli na rad VMC na Novom Beogradu] Verovatno nemaju dovoljno ljudi, VMA nije

više dobar kao što je bio, nije dobar ni za mlade a kamoli za penzionere i njihove potrebe. I uopšte nisu više gadjlivi na pare.“ (Gorica)

Svi sagovornici informacije o svojoj bolesti prvenstveno traže i dobijaju od lekara (endokrinologa i lekara opšte prakse) i mahom su njima zadovoljni. Ako žele da saznaju nešto više, glavni način dolaska do informacija jeste preko televizije, ali i čitanjem novina. Radoslav, za razliku od ostalih sagovornika ima ćerku koja skoro 40 godina živi sa tip 1 dijabetesom, te za svoju dijagnozu nije ni morao da prođe bilo kakvu edukaciju. Osim Dragomira, koga je, kako kaže, žena naterala, sagovornici nisu imali potrebu da odu u savetovalište za dijabetes pri domu zdravlja i nauče više o svojoj bolesti. Oni se takođe ređe upuštaju u informisanje o dijabetesu na internetu:

„Pa preko televizije, to se gleda, to je najlakše.“ (Slavoljub)

„Ima na Hepiju neka emisija traje celo prepodne, ima doktor i neko ko je šećeraš i pričaju.“ (Gorica)

„Treba se pridržavati saveta lekara i njihovog mišljenja i to je za pacijenta dovoljno i od znanja i od informacija.“ (Dragomir)

„Meni je to 40 godina u kući, imam uvek ćerku da pitam ili ona sama da mi kaže na primer nemoj tu voćku, uzmi ovu, jer ima manje ugljenih hidrata. Imam konsultanta i bez doktora. Pročitam i u novinama ponekad članke, i oko *Plavog kruga*,¹⁵ ali nikada mi nije palo na pamet da na internetu tražim ne za dijabetes nego bilo šta, ne lečim se preko interneta nego kod doktora, smatram da je to ispravno.“ (Radoslav)

„TV neću da gledam, da se nerviram jer tu svako svoju priču priča. Ja samo sa svojom doktoricom pričam o svemu što me interesuje. Ona toliko dobro poznaje medicinu i žena je koja oće da pomogne.“ (Ljiljana)

Povećanje kvaliteta života starih

Poslednje pitanje koje sam uputila sagovornicima bilo je vezano za to da li smatraju da bi država u okviru sfere zdravlja mogla da napravi promenu, koja bi pozitivno uticala na povećanje kvaliteta života ljudi sa dijabetesom, naročito u starosti. Većina sagovornika smatra da bi bilo važno da se učešće za lekove smanji, naročito za one koji su vezani za komplikacije od dijabetesa. Troje sagovornika koji su komšije i vojni

¹⁵ *Plavi krug* je udruženje za borbu protiv dijabetesa grada Beograda čija je predsednica Radoslavljeva ćerka. Više o udruženju: <https://plavikrug.org/>

osiguranici,¹⁶ smatraju da je zdravstveni sistem, naročito za stare, u socijalističkoj državi bolje funkcionisao, ali da su svesni da vojni osiguranici imaju mnogo manje izdatke za lekove od civilnih penzionera.

„Lekari su imali više vremena tokom socijalističkog perioda, a bila je i ta socijalna pravda zadovoljena. A može više da se uradi sada, treba da usaglase rad privatnih i državnih lekara. Da imaju zajednički jezik, a ovi da ne naplaćaju svakakve stvari. Tokom korone privatnici kao da su nestali. Ovi državni su umirali i bili na prvoj liniji. A to sve treba da bude jedna država, ovako je to razdvojeno, sebično je.“ (Slavoljub)

„Ja slušajući ćerku tamo kad sam kod nje u stanu, o tome koliko se ona rve sa tim fondovima, i koliko se nervira, a ja svake nedelje šaljem po dva tri paketića insulina i drugih stvari¹⁷ u unutrašnjost, sigurno je teže ljudima van Beograda. Smatram da verovatno koliko god da je dobro, uvek može da bude bolje. Ja sam prethodnih godina kupovao dosta toga, što sada ne kupujem. I meni i ćerki. To je otišlo unapred.“ (Radoslav)

Zaključna razmatranja

U ovom radu sam se bavila kvalitetom života starih ljudi koji imaju dijabetes tip 2 u Beogradu. Za razumevanje kvaliteta njihovih života, u intervjuima sa sagovornicima sam koristila objektivne indikatore kvaliteta života (stambeno pitanje, posao i penziju – koje sam povezala sa količinom novca koja se na mesečnom nivou daje za lekove) kao i subjektivne (mentalno zdravlje – po dijagnozi, fizičko zdravlje – kvalitet života sa dijabetesom i komorbiditetima, nivo fizičke aktivnosti, odnos sa lekarom, dobijanje informacija). Sagovornike sam takođe zamolila da mi kažu da li smatraju da bi nešto u njihovim životima moglo da se unapredi, kako bi život sa dijabetesom bio bolji, a što je u rukama zdravstvenog sistema.

Po pitanju objektivnih indikatora kvaliteta života, svi sagovornici imaju rešeno i zadovoljavajuće stambeno pitanje. Oni najčešće žive sami ili sa nekim članom porodice zbog pomoći oko svakodnevnih aktivnosti, te svoju penziju (i platu u par slučajeva) ne troše na iznajmljivanje stambenog prostora, što stambeno pitanje čini indikatorom koji povećava kvalitet njihovih života. Da su razgovori vođeni sa ljudima koji nemaju

¹⁶ Ljiljana nije vojni osiguranik, samo je njen muž bio.

¹⁷ Preko udruženja iz fusnote 10, vrši se alokacija medicinskih pomagala za dijabetes od ljudi koji imaju više ili koji su promenili terapiju a ostao im je višak stare, ka ljudima koji iz raznih razloga nemaju dovoljno terapije.

rešeno stambeno pitanje na ovaj način, zasigurno bi celokupna procena kvaliteta života bila drugačija.

Deo sagovornika je zaposlen iz dva razloga: zbog niske (invalidske) penzije i zbog aktivnog načina života/potrebe da budu „korisni“. U vezi sa penzijom i izdacima, sagovornici mesečne izdatke za terapiju dijabetesa ne vide kao nezadovoljavajuće. Ipak, iako je puna ili skoro puna cena terapije za dijabetes pokrivena zdravstvenim osiguranjem, to nije slučaj sa lekovima za komplikacije, koje imaju gotovo svi sagovornici. Lekovi za komplikacije su skupi i često imaju visoku doplatu ili ih nema na „A listi“ lekova Republičkog Fonda (te se plaćaju po punoj ceni). Konsekventno, sagovornici se snalaze i traže apoteke sa nižim cenama lekova i popustima. Ipak, hipoteza o tome da cena lekova za dijabetes i propratnih medikamenata ima veliki uticaj na kvalitet života, jer u velikoj meri utiče na smanjenje kućnog budžeta, nije primenjiva na sagovornike koji su vojni osiguranici, jer se oni nalaze u mnogo boljem položaju po pitanju plaćanja lekova i doplate (kao i visine penzije), nego civilni osiguranici.

Sagovornici dijagnozu dijabetesa ne shvataju kao biografski poremećaj, većinski zato što im to nije prva dijagnoza, ili zato što nije krućijalna. Pored toga, dijabetes tip 2 je kao bolest vrlo raširena i spada u očekivan tok života u starosti. Indikativno bi to trebalo da znači da im život sa dijabetesom ne stvara psihološke probleme, ali to ne može da se tvrdi u ovom radu, te predstavlja ograničenje ovog rada. Ograničenje rada istovremeno je i njegova relevantnost koja otvara vrata za buduće istraživanje, koje bi fokus trebalo da stavi upravo na mentalno zdravlje starih osoba, koje je često i dalje tabu tema zbog društvenog shvatanja sloja penzionera kao tereta društva. Uprkos korelaciji između dijabetesa i depresije u istraživanjima, ako sami sagovornici nisu pokrenuli temu mentalnog zdravlja, ja ih na nju nisam navodila, iz straha da će to pitanje uticati negativno na dalji tok razgovora. Takođe u vezi sa dijagnozom, može se zaključiti da je većina sagovornika dijabetes otkrila kada je imala izrazitu telesnu reakciju na visok šećer (u vidu povraćanja i mućnine), što pokazuje da je tip 2 dijabetes teško otkriti u početnoj fazi, pre nego što dovede osobu do prve komplikacije, koja narušava kvalitet života. S tim u vezi, kako se dijabetes tip 2 ne bi otkrivao u poodmakloj fazi, potreban je veći fokus zdravstvenih ustanova na preventivne preglede barem jednom godišnje. Zbog kasnog otkrivanja, gotovo svi sagovornici imaju polineuropatiju, koja kod nekih utiče na fizičku aktivnost, tj. onemogućava je, utičući negativno na kvalitet života.

Literatura

Bjegovic-Mikanovic, Vesna, Milena Vasic, Dejana Vukovic, Janko Jankovic, Aleksandra Jovic-Vranes, Milena Santric-Milicevic, Zorica Terzic-Supic and Cristina Hernández-Quevedo. 2019. *Serbia: Health system review. Health Systems in Transition*. Marmorvej: WHO.

Botnariu, Eosefina Gina, Alina Popa, Irina Elena Nechifor and Ileana Antohe. 2017. The main barriers to insulin treatment in elderly diabetic patients: the role of therapeutic education. *Revista de Cercetare și Intervenție Socială* 56: 70-78.

Bowling, Ann. 2004. "A Taxonomy and Overview of Quality of Life". In *Models of Quality of Life: A Taxonomy and Systematic Review of the Literature*, eds. J. Brown, A. Bowling, and T. Flynn. Sheffield: University of Sheffield, FORUM Project.

Bowling, Ann. 2007. "What older people say". In *Quality of life in old age. International and Multi-Disciplinary Perspectives*, eds. Heidrun Mollenkopf and Alan Walker, 15-33. Dordrecht: Springer.

Bury, Michael. 1982. Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness* 4 (2): 167-182. doi:10.1111/1467-9566.ep11339939

Carruth, Lauren, Sarah Chard, Heather A. Howard, Lenore Mander-son, Emily Mendenhall, Emily Vasquez and Emily Yates-Doerr. 2019. Disaggregating diabetes: New subtypes, causes, and care. *Medicine Anthropology Theory* 6 (4): 119-126. doi:10.17157/mat.6.4.730

Crews, Douglas E. 1993. Biological anthropology and human aging: Some Current Directions in Aging Research. *Annual Review of Anthropology* 22: 395-423.

Deeg, Dorly J. H. 2007. "Health and quality of life". In *Quality of life in old age. International and Multi-Disciplinary Perspectives*, eds. Heidrun Mollenkopf and Alan Walker, 195-215. Dordrecht: Springer.

Dragišić Labaš, Slađana M. 2016. *Aktivno starenje u Beogradu*. Beograd: Sociološko udruženje Srbije i Crne Gore, Institut za sociološka istraživanja, Univerzitet u Beogradu – Filozofski fakultet.

Dragišić Labaš, Slađana M. 2022. „Izazovi aktivnog starenja i mentalno zdravlje u vreme pandemije kovida 19 u Srbiji“. U *Društveni aspekti starenja u vreme pandemije kovida 19*, ur. Slađana Dragišić Labaš, 117-134. Beograd: JP Službeni glasnik.

Hennessy, Catherine Hagan. 2004. "Chronic Diseases of Aging". In *The Encyclopedia of Medical Anthropology*, eds. Carol R. Ember and Melvin Ember. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

International Diabetes Federation. 2021. *IDF Diabetes Atlas*, 10th edn. Brussels: International Diabetes Federation.

Janković, Slobodan M. i Nemanja Petrović. 2022. Smanjenje direktnih i indirektnih troškova lečenja pacijenata sa dijabetesom tip 2 usled dobre kontrole glikemije i smanjenja učestalosti komplikacija. *Galenika Medical Journal* 1 (4): 6-12. doi.org/10.5937/Galmed2204008J

Lieberman, Leslie Sue. 2004. "Diabetes Mellitus and Medical Anthropology". In *Encyclopedia of Medical Anthropology*, eds. Carol R. Ember and Melvin Ember, 335-353. Boston: Springer.

Ljubičić, Milana. 2022. „Svakodnevica starijih i zvanični diskurs o koroni: između društvene brige i ejdzizma“. U *Društveni aspekti starenja u vreme pandemije kovida 19*, ur. Slađana Dragišić Labaš, 67-84. Beograd: JP Službeni glasnik.

Milosavljević, Ljubica. 2011. Uspeh u starosti: izuzetak od pravila. *Etnološko-antropološke sveske* 17 (6): 9-26.

Milosavljević, Ljubica. 2012. „Stvaranje društvenog sloja penzionera – prilozi o kulturnom nasleđu jedne zemlje u penziji“. U *Ogledi o jugoslovenskom kulturnom nasleđu*, ur. Ivan Kovačević, 83-108. Beograd: Odeljenje za etnologiju i antropologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu i Srpski genealoški centar.

Milosavljević, Ljubica. 2022. Poslovni život radno aktivnih starijih pripadnika društva u vreme vanrednog stanja: antropološka analiza. *Antropologija* 22 (2): 75-94.

Mol, Annemarie. 2008. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge.

Mollenkopf, Heidrun and Alan Walker. 2007. "International and Multi-Disciplinary Perspectives on Quality of Life in Old Age: Conceptual Issues". In *Quality of life in old age. International and Multi-Disciplinary Perspectives*, eds. Heidrun Mollenkopf and Alan Walker, 3-15. Dordrecht: Springer.

Moraes Lins de Barros, Myriam, Clarice Ehlers Peixoto and Andrea Moraes Alves. 2016. Dossier Ageing and anthropology. *Vibrant* 13 (1): 52-55.

Naemiratch, Bhensri and Lenore Manderson. 2006. Control and

adherence: Living with diabetes in Bangkok, Thailand. *Social Science & Medicine* 63 (5): 1147-1157.

Rakočević, Ivana, Miljuš, Dragan i Zorica Božić. 2022. *Incidencija i mortalitet od dijabetesa u Srbiji*. Izveštaj br. 17. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“.

Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča dobre kliničke prakse. 2012. *Nacionalni vodič dobre kliničke prakse za dijagnostikovanje i lečenje diabetes mellitus-a*. Beograd: Agencija za akreditaciju zdravstvenih ustanova Srbije.

Satarić, Nadežda i Nataša Perišić. 2017. *Prigušena svetla grada. studija o položaju i potrebama staračkih domaćinstava Novog Beograda*. Beograd: Udruženje građana „Snaga prijateljstva“ – Amity.

Sokolovsky, Jay. 2004. “Aging”. In *The Encyclopedia of Medical Anthropology*, eds. Carol R. Ember and Melvin Ember, 217-223. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Verbrugge, Lois M. and Alan M. Jette. 1994. The disablement process. *Social Science & Medicine* 38 (1): 1-14.

Jelisaveta Fotić

Elderly in Belgrade: Anthropological analysis of the quality of life with type 2 diabetes

In this paper, I analyse the quality of life (QoL) of elderly with type 2 diabetes in Belgrade, using objective and subjective indicators. I chose this topic for two reasons. Firstly, diabetes, especially type 2, is a so-called 21st century epidemic, which affects the QoL of people in general. Secondly, it especially affects the QoL of elderly with diabetes, who are in the majority of those diagnosed and often develop complications, which has not been sufficiently researched from a non-medical perspective. With this paper, which focuses on the everyday of elderly life with diabetes, I wish to change that. As subjective indicators I analyse the mental toll of diagnosis on the interviewees and their physical health (patient-doctor relationship, access to information and opinions on the better QoL which the state/healthcare system could provide). Objective indicators in this paper are: housing, employment before retirement, possible employment in the present, as well as the pension level. I place all these objective indicators against the price of medicine and equipment needed on the monthly basis. I conducted semi-structured interviews with five elderly people with diabetes in Belgrade during August 2023, with additional information provided by four family members. The limitation of this paper is at the same its relevance for future research, which should focus on the mental health of the elderly, which is often a taboo topic due to the social understanding of the elderly as a burden to society.

Keywords: quality of life, elderly, old age, diabetes type 2, health, anthropology of ageing

