



ИЗ САДРЖАЈА

- ▶ ДРУШТВЕНА ИНКЛУЗИЈА И СТАРИ РОМИ
- ▶ СТАРЕЊЕ И ЦИЉЕВИ ОДРЖИВОГ РАЗВОЈА
- ▶ ОБИЛЈЕЖЈА PARTNERSKOG NASILJA U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI
- ▶ УСАМЉЕНОСТ КАО ПИТАЊЕ НАЦИОНАЛНОГ ЗНАЧАЈА – СТРАТЕШКИ ПРИСТУП НА ПРИМЕРУ ВЕЛИКЕ БРИТАНИЈЕ
- ▶ СОЦИЈАЛНА ПАРТИЦИПАЦИЈА ОСОБА СА МУЛТИПЛОМ СКЕЛРОЗОМ У ОДНОСУ НА ДЕМОГРАФСКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ

ГЕРОНТОЛОШКО ДРУШТВО СРБИЈЕ
GERONTOLOGICAL SOCIETY OF SERBIA



ГЕРОНТОЛОГИЈА 2/2019. - GERONTOLOGY 2/2019.

Часопис Геронтолошког друштва Србије - Review of Gerontological Society of Serbia

Година XLVII

Закључно са 1992. г. часопис је публикован под називом „Геронтолошки зборник”

Издавач: Геронтолошко друштво Србије | **Published by:** Gerontological Society of Serbia
11000 Београд, Дечанска 14 | 11000 Belgrade, Decanska 14
gdsdecanska@gds.org.rs, www.gds.org.rs

За издавача: проф. др Драгана Динић,

Главна и одговорна уредница: проф. др Љиљана Манић

Редакцијски одбор:

Проф. др Слободанка Гашић Павишић
Проф. др Ружица Росандић,
Проф. др Драгослав П. Милошевић
Dr Sabine Bähler-Kohler (Сабине Берер-Колер) Basel, Switzerland
Проф. др Небојша Деспотовић
Проф. др Мирко Петровић
Др Соња Подгорелец
Др Јелена Стојилковић Ђатовић
Др Владан Чокић
Prof. Emeritus dr Robert Klike PSPC Consultants, Brisel, Belgija
Доц. др Предраг Ерцер
Асист. др Гордана Михајловић

Секретар редакције и коректор: Мима Мајсторовић
Рачунарска обрада и припрема за штампу: проф. др Драгана Динић

Штампа PI-PRES, Пирот
Београд, 2020.

ISSN 2560-5704. - Год 47, бр. 2 (2019)

Ослобођено општег пореза на промет на основу мишљења Министарства за науку и технологију Србије бр. 413-00-146/96 од 25. марта 1996.

САДРЖАЈ

УВОДНА РЕЧ	5
I ГЕРОНТОЛОГИЈА	7
<i>Славица Коматина</i> ДРУШТВЕНА ИНКЛУЗИЈА И СТАРИ РОМИ	9
<i>Наташа Тодоровић, Милутин Врачевић, Милош Тодоровић</i> СТАРЕЊЕ И ЦИЉЕВИ ОДРЖИВОГ РАЗВОЈА	29
<i>Katarina Risović, Silvia Rusac, Nataša Todorović</i> ОВИЈЕЖЈА PARTNERSKOG NASILJA U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI	61
<i>Драгана Новаковић</i> УСАМЉЕНОСТ КАО ПИТАЊЕ НАЦИОНАЛНОГ ЗНАЧАЈА – СТРАТЕШКИ ПРИСТУП НА ПРИМЕРУ ВЕЛИКЕ БРИТАНИЈЕ	81
II ГЕРИЈАТРИЈА	101
<i>Веселин Меденица, Лидија Ивановић</i> СОЦИЈАЛНА ПАРТИЦИПАЦИЈА ОСОБА СА МУЛТИПЛОМ СКЕЛРОЗОМ У ОДНОСУ НА ДЕМОГРАФСKE КАРАКТЕРИСТИКЕ	103
III ПРИКАЗИ И ПРИЛОЗИ	125
<i>Сузана Павловић</i> АУТОНОМИЈА У СТАРОСТИ, приказ књиге ауторке Дане Сикорове	127
<i>Драгана Динић</i> ЧОВЕК И СМРТ, приказ књиге аутора Драгољуба Златковића	131
IV ИЗ АРХИВЕ	135
<i>Петар Манојловић</i> СТАРОСТ И УСЛУГЕ СОЦИЈАЛНОГ РАДА НА СЕЛУ	137
УПУТСТВО ЗА АУТОРЕ И РЕЦЕЗЕНТЕ	149

УВОДНА РЕЧ

Поштовани читаоци, аутори и коаутори објављених радова, Други број часописа „Геронтологија“ за 2019. годину излази у специфичним и сложеним околностима, које су се посебно одразиле на положај старијих.

У овом броју покушали смо да осветлимо најбитније аспекте сложеног положаја старијих особа ромске националности у Србији. Рад на тему друштвене инклузије старијих Рома значајан је допринос превазилажењу њихове деценијске друштвене невидљивости и социјалне искључености. Рад који следи посвећен је циљевима одрживог развоја које су Уједињене нације усвојиле као пут за искорењивање сиромаштва, бољу заштиту животне средине и обезбеђивања мира и просперитета за све чланове друштва. Аутори су уз детаљан приказ свих 17 циљева дали препоруке које треба да допринесу његовом остварењу и већем укључивању старијих, као и примере добре праксе. И у овом броју бавимо се најактуелном темом насиља над старијим особама. Овог пута аутори дају сажет приказ теоријских сазнања о партнерском насиљу у старијој животној доби, анализирају факторе ризика и могућности превениције. Рад посвећен усамљености бави се интитуционалним одговором Велике Британије на овај растући проблем у савременим, нарочито западним и развијеним друштвима.

У делу Часописа посвећеног Геријатрији представљамо рад посвећен социјалној партиципација особа са мултиплом скелрозом.

У делу „Прикази и прилози“ представљамо књиге „Аутономија у старости“ Дане Сикорове која се бави актуелизацијом проблема очувања аутономије старијих, и књигу „Човек и смрт“ аутора Драгољуба Златковића, која нам представља феномен смрти из визуре сеоског становништва.

У делу „Из архиве“ у коме опокушавамо да сачувамо од заборавља радове објављене у првим бројевима Часописа, објављујемо рад Петра Манојловића о социјалним услугама на селу са приказом подака из истраживања „Остарели у Југославији“ које је спровео Институт за социјалну политику, Београд, 1970. године.

На крају броја објављено је упутство за ауторе и рецензенте као и критеријуми за избор радова како би отклонили недоумице око уређивачке политике.

Наредни број Часописа биће у целини посвећен сложености положаја старијих у условима пандемије, па вас позивамо да својим радовима укажете на неопходну социјалну и психолошку подршку.

Уредник часописа
Проф. др Љиљана Манић

I ГЕРОНТОЛОГИЈА

Оригинални научни рад
УДК: 316.346.32-053.9(=214.58) (497.11)
316.344.7-053.9(=214.58)(497.11)
COBISS.SR-ID 18173961
Рад послат: 28. 11. 2019.
Рад прихваћен: 30. 11. 2019.

Славица Коматина¹

ДРУШТВЕНА ИНКЛУЗИЈА И СТАРИ РОМИ

Резиме

У раду се анализирају проблеми друштвене невидљивости и ризици од социјалне искључености старијих особа припадника ромске националне мањине који нису друштвено препознати као посебно угрожена категорија. Будући да нема пуно података који би омогућили увид у реални друштвено-економски положај старије ромске популације, преко посредних извора указује се на неке елементе овог положаја. Хронолошки се анализирају званични државни документи који се односе на социјалну инклузију у периоду од увођења демократских промена до данас и пружа генеза препознавања појединих елемената друштвеног положаја старијих припадника ромске популације у њима. Статистички подаци указују да је ромска популација младе старосне структуре, са малим уделима старијег становништва, али и на њену веома неповољну образовну структуру и високе стопе неписмености најстаријег становништва, што су карактеристике које су у стратешким документима препознате као фактори високог ризика за сиромаштво и социјалну искљученост. У функцији разумевања друштвеног положаја старијих Рома разматрају се и неки елементи традиционалне ромске културе и њихово „преживљавање“ у начину живота савремених ромских породица.

Кључне речи: стари Роми, Роми, инклузија, традиционална ромска култура, савремена ромска породица

Увод: Роми у контексту социјалне инклузије и препознавања маргинализованих социјалних група/категирија

Глобални друштвени контекст као и актуелна локална социјална превирања у којима већ дуго живимо парадоксално нас наводе на луцидну Марксову мисао да је историја људског друштва историја класних борби (Маркс и Енгелс, 1982: 7) и подсећају на наду коју је његова филозофија

¹ Доктор социолошких наука, професор струковних студија на Високој школи струковних студија за васпитаче „Михаило Палов“ из Вршца и руководилац пројеката Удружења „АГЕНДА, Центар за подршку породици“ из Београда slavica29komatina@gmail.com

пружала да ће оне једнога дана престати. И док смо се, ослањајући се на марксистичку идеологију, али у још већој мери и на многобројне верзије њених неспретних и недоследних интерпретација, у деценијама после Другог светског рада борили против социјалних неједнакости и залагали за равноправност и братство и јединство свих народа и народности, данашња стварност као да нам се руга. Док, с једне стране, на светском нивоу, међународна заједница у небројеним документима пропагира и, паралелно с тим, развија компликоване механизме, процедуре и индикаторе за што ефикасније социјално укључивање маргинализованих и из друштвених токова искључених друштвених група и појединаца, нарастајуће економско богатство је све концентрисаније у рукама све мањег броја људи на планети. Показатељи наших актуелних друштвено-економских прилика говоре о великом сиромаштву, али и о израженим социјалним разликама и доходовној неједнакости које постоје у нашем друштву².

Да бисмо ишли у корак с временом и у Србији се популарише инклузивни друштвени покрет који, без дилеме, почива на дубоко хуманим основама, па се тако мобилише велики број стручњака, невладиних организација и владиних тела и улажу значајна материјална средства да би се створили што бољи услови за успешну друштвену инклузију. И код нас се развијају механизми за боље социјално укључивање и индикатори за праћење те укључености, на нивоу великог броја докумената, стратегија, акционих планова. Оно што отежава праћење у дужем временском периоду свакако је чињеница да се индикатори стално мењају и усавршавају, па је често тешко испратити напредак у појединим областима, што добро дође одговорнима за (не)остваривање напретка³.

2 Према подацима SILC анкет е коју спроводи Републички завод за статистику, 2016. године у Србији је 15,7% становништва било у трајном ризику од сиромаштва, а 25,5% у ризику од сиромаштва. Према показатељима субјективног сиромаштва, 63,9% становника Републике Србије сматрало је да је сиромашно.

Неједнакост расподеле дохотка је износила 9,7 што значи да је 20% најбогатијег становништва имало скоро 10 пута већи еквивалентни доходак у односу на 20% најсиромаштних.

Gini коефицијент, који мери неједнакост на читавој дистрибуцији дохотка, у Србији је износио 38,6, што је знатно већа вредност од просека 28 земаља Европске уније у којој је посматране године овај кофицијент имао вредност 30,7. (*Национални извештај о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији за период 2014-2017*, 2018: 24-35).

3 Видети: *No Data—No Progress. Data Collection in Countries Participating in the Decade of Roma Inclusion 2005–2015*, Open Society Foundations, 2010. <https://bemis.org.uk/resources/gt/eu/No%20Data%20No%20Progress%20Country%20Findings.pdf>

Шта заправо значи појам „социјална иклузија“⁴? Када говоримо о овом концепту, треба имати у виду да је он делотворан управо зато што обједињује сиромаштво, отуђеност и маргинализацију припадника појединих изопштених друштвених група и појединаца који су често и дискриминисани, препознаје их и нуди механизме за њихово укључивање у реалан економски, социјални, политички и културни контекст шире друштвене заједнице.

Говорећи о „друштвеној искључености“, аутори студије *Социјално укључивање: концепти, стање, политике* наглашавају да се ради о вишедимензионалном феномену, који представља делимично или апсолутно одсуство шанси да се приступи одређеним ресурсима и институцијама, као и да се укључи у социјалне процесе и процесе пружања квалитетних услуга (Бабовић, 2011: 25).

Европска унија прати социјалну искљученост преко следећих димензија: *финансијског сиромаштва* које схвата као укупни приход домаћинства испод утврђене линије сиромаштва, *искључености са тржишта рада*, посебно дуготрајне, *искључености из образовног система* и *искључености из здравственог система и приступа услугама здравствене заштите* (Бабовић, 2011: 27) и у том концепту, баш у свакој димензији, огледа се маргинализованост и социјална изопштеност највећег дела ромске популације у Србији.

У мноштву описа које срећемо у нашој стручној литератури, чини се да је најпотпунију слику социјалне искључености ромске популације пружио социолог Драган Тодоровић, наводећи следеће елементе њеног друштвеног положаја: резиденцијална (просторна) сегрегација; масовна незапосленост или обављање најмање плаћених, нецењених и стигматизирајућих послова, блокираност могућности школовања, низак ниво здравствене и социјалне заштите и одсуство политичке партиципације и међународног организовања као ресурса мобилизације за очување етничког и културног идентитета (Тодоровић, 2011: 1139).

Не само о социјалној искључености Рома, већ и о веома неповољним друштвеним околностима за укључивање ромске популације, све-

4 „Појмови *сиромаштво* и *маргинализација* све чешће се у стручној литератури, али и у средствима масовних комуникација замењују термином *социјална искљученост*. Иако не постоји широко прихваћена, ни конзистентна дефиниција овог појма, ипак се подразумева да се ради о једном сложеном, вишедимензионалном концепту који подразумева, поред уобичајене материјалне ускраћености, и многе друге препреке које стоје на путу друштвене реализације појединаца и друштвених група“ (Радушки и Коматина, 2013: 101).

доче истраживања у којима се највећа етничка и социјална дистанца испољава управо према овој етничкој заједници (Миладиновић, 2009), о којој се често говори с подсмехом и уз уобичајене стереотипе и предрасуде. Уочено је и да у нашем друшву не постоји ни једна друштвена група која се толико често помиње у негативној конотацији као што је случај са Ромима (Митровић, 2000: 71).

Због своје фиксираности у друштвеној структури на најнижем друштвеном положају, на самом дну друштвене лествице, Роми се и данас препознају као најугроженија мањинска заједница (Радушки и Коматина, 2013: 101). А још су истраживања спроведена током осамдесетих година прошлог века навела нашу социолошкињу Александру Митровић да закључи, анализирајући битне димензије друштвеног положаја ромске етничке заједнице на нашим просторима, да се ради о друштвеном положају који је проузрокован етничком припадношћу (Митровић, 1990: 119).

Стари Роми/Ромкиње као социјално искључена друштвена група: елементи препознавања у званичним документима

Када говоримо о старим Ромима и Ромкињама, треба да имамо у виду две ствари: једна је да се ради о потенцијално изразито угроженој социјалној категорији унутар популације која је означена као најсиромашнија, као етно-класа на самом дну друштвене структуре, с најнеповољнијим друштвено-економским положајем, а друга је да та угроженост није препозната ни од стране истраживача, ни од стране креатора државних политика. Стога ћемо елементе њиховог друштвеног положаја морати да пратимо преко посредних показатеља. Пре свега, покушаћемо хронолошки да испратимо процесе дефинисања угрожених друштвених група и праћења социјалног укључивања у стратешким документима и да у тим процесима препознамо неке карактеристике и елементе друштвеног положаја старих Рома.

После увођења демократских промена, први документ српске владе који је дефинисао стање сиромаштва у држави и план за њен будући макроекономски и структурални развој, као и индикаторе за његово праћење је *Стратегија за смањење сиромаштва у Србији* (Влада Републике Србије, 2003). За ову анализу он је значајан зато што први пут дефинише, на основу података о сиромаштву, најрањивије друштвене

групе, а то су: *Роми и Ромкиње, особе са инвалидитетом, деца, старије особе, избеглице и расељена лица, млади и жене*. Према тој класификацији, може се оправдано претпоставити да су старији Роми и Ромкиње, будући да се обе категорије помињу (и њихова национална припадност и старост) изразито рањива категорија, а ако претпоставимо да је међу њима, због старости и начина живота био и велики број болесних и инвалидних лица, онда се њихова рањивост и социјална депривација додатно појачавају, односно мултиплицирају.

На основу поменуте стратегије, 2004. године основан је Тим за спровођење стратегије са смањење сиромаштва који, пет година касније, 2009. године постаје Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва Владе Републике Србије, који наставља да се бави прикупљањем података о сиромаштву у Србији, као и повећањем доступности и унапређењем квалитета самих података.

У следећем документу владе који се бавио социјалном инклузијом⁵ – *Праћење друштвене укључености у Србији* (Влада Републике Србије, 2009) истиче се да, приликом праћења социјалне укључености и креирања национално специфичних индикатора, треба узети у обзир четири карактеристике српског друштва: *велики број припадника ромске националности, велики број присилних миграната, велики број руралног становништва и значајне родне неједнакости* (2009: 18). Претпостављамо да се ради о великом броју социјално депривираних припадника ромске националности и у том контексту и овај документ пропознаје Роме као угрожену категорију, али нема никаквих индиција о положају старијег ромског становништва. Често се о читавој ромској популацији говори као о угроженом становништву, или се као посебно угрожени издвајају жене и деца.

Наредни владин документ, *Праћење социјалне укључености у Србији* (Влада Републике Србије, 2012: 10) који пружа увид у стање социјалне укључености у нашој земљи на основу праћења европских и националних показатеља у периоду од 2006. до 2012. године, као „основни“ показатељ праћења спровођења стратегије у домену сиромаштва и социјалне искључености наводи показатељ *популација под ризиком од сиромаштва или социјалне искључености*. Следеће популације су у

5 На практичном нивоу термин *социјалне укључености* најчешће се употребљава када се говори о политикама и јавним мерама, а термини *сиромаштво* и *социјална искљученост* користе се када је реч о проблемима на које се те политике односе (Бабовић, 27. стр.)

фокусу овог индикатора: популација под ризиком од сиромаштва, озбиљно материјално депривирана популација и популација која живи у домаћинствима са веома ниском радном интензивности. У поменутој публикацији се наводе подаци за Европску унију, уз напомену да ће са спровођењем SILK анкете Републичког завода за статистику такви подаци бити доступни и за Србију.

У најновијем, *Трећем националном извештају о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва* (Влада Републике Србије, 2018) дат је преглед и стање социјалне укључености и сиромаштва за период од 2014-2017. године са приоритетима за наредни период. У том извештају можемо да прочитамо (2018: 17) да је у посматраном периоду дошло до реалног смањења пензија и накнада незапосленим лицима, као и да су реално смањени издаци за социјалну заштиту⁶.

Као посебно рањиви наводе се *вишечлана домаћинства, становници руралних подручја и особе са нижим нивоом образовања*. Према критеријуму апсолутног сиромаштва у Републици Србији су најугроженији појединци који живе у домаћинствима у којима је носилац мање образован, с незавршеном основном школом (19%) или само са основним образовањем (14,8%) и незапослен (23,8%) (2018: 24-25).

Данас је знатно унапређен систем за мерење социјалне укључености у Републици Србији, чему је допринела како сарадња са међународним организацијама, тако и усклађивање наших статистичких методологија са европском статистиком, Еуростатом. С обзиром на друштвено-економске карактеристике саме ромске популације, поједини статистички подаци индиректно говоре о неповољном друштвеном положају старијих Рома и Ромкиња.

На сајту Републичког завода за статистику⁷ наводе се подаци Анкете о приходима и условима живота (SILK), према којима је **2018. године у Републици Србији стопа ризика од сиромаштва или социјалне искључености износила 34,3%** (подвукла С.К.).

Посматрано по *старости*, особе старије од 65 година имају најнижу стопу ризика од сиромаштва, 21,1 (нижу од стопе ризика који се односи на децу и младе до 24 године чији је ризик био око 29%). Нарав-

6 У оквиру трогодишњег програма фискалне консолидације „смањен је удео социјалних трансфера у БДП-у (са 17,8% БДП у 2014. на 16,1% БДП у 2017. години, као и реални ниво расхода за социјалну помоћ и остале трансфере становитву који се у целокупном посматраном периоду (2014-2017) реално самањује за 2,7% (Влада Републике Србије, 2018: 17).

7 <https://www.stat.gov.rs/sr-Latn/oblasti/potrosnja-prihodi-i-uslovi-zivota>

но да ова „најнижа“ стопа такође није занемарљива, јер се ради о 1/5 најстарије популације. Када је старосна структура ромске популације у питању, треба имати у виду чињеницу да нема пуно Рома старијих од 65 година (последњи попис бележи 5.852 особе, односно 3,97% ромске популације (Коматина, 2017: 57, табела 16) и да се вероватно значајан број налази управо у овој категорији. Према *типу домаћинства* највишу стопу ризика од сиромаштва и социјалне искључености имала су лица која живе у домаћинствима која чине две одрасле особе са троје или више издржаване деце, чак 53,6%, што је чест случај са ромским породицама. Када је радни статус у питању, најизложенија сиромаштву су незапослена лица, 49%. Последње пописне године стопа незапослености укупног становништва износила је 22,43%, а ромског преко 2,5 пута више – 59,05% (Коматина, 2017: 45). Колико је у овим категоријама старијих Рома и Ромкиња и да ли би их неки други и специфичнији индикатори препознали, то је питање за размишљање и спекулисање, јер података о њима нема.

У последњој публикацији *Праћење социјалне укључености у Републици Србији* (2017) индикатори социјалне укључености и смањења сиромаштва измењени су и усклађени са променама у статистичким показатељима Eurostat-а и Републичког завода за статистику, и у њој се истиче да је неопходно примарно **повећање доступности административних извора података и њихово разврставање према полу, старости, етницитету, инвалидитету, умрежавање административних и анкетних података и повећање аналитичких капацитета запослених, будући да од ових процеса зависи даље унапређење индикатора** (подвукла С.К.) (2017: 3).

У извештају заштитника грађана за претходну годину (*Посебан извештај заштитника грађана о спровођењу стратегије за социјално укључивање Рома и Ромкиња*, 2019: 74) као посебно осетљиве категорије у оквиру ромске популације наводе се жене и деца, а нема ни помена о старијим особама.

Будући да је опште познато да је велики број припадника ромске националне мањине у стању потребе за социјалном помоћи, занимљиво је да се 10 година после председавања Србије Декадом Рома у закључку Извештаја заштитника грађана наводи препорука „да Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања обезбеди да се у свим центрима за социјални рад води евиденција о броју корисника услуга социјалне заштите који су ромске националности“ (Исто, 2019: 78).

Сва је прилика да ћемо и даље тешко уједначавати методологије и умрежавати рад различитих институција када у оквиру једног министарства – Министарства за рад, запошљавање, борачка и социјална питања нису у стању да уједначе рад својих основних организационих јединица, центара за социјални рад.

Ако је требало да неки податак буде доступан и прецизан после толико времена проведеног у напорима да се побољша социјална укљученост, онда је то податак о броју и структури корисника социјалне заштите припадника најугроженије етничке заједнице, Рома, па бисмо преко њега успели да дођемо и до старосне структуре и броја старијих Рома и Ромкиња прималаца социјалне помоћи. Покушали смо да добијемо ове податке од Републичког завода за статистику, али су они одговорили да немају тај податак. Из Министарства за рад, запошљавање, борачка и социјална питања нису нас ни удостојили одговора, иако је питање упућено као информација од посебног друштвеног значаја.

Такође смо покушали да добијемо одговор на питање колики је број пензионера Рома и од Фонда за пензијско и инвалидско осигурање добили смо званичну информацију да они немају ни у својим евиденцијама, нити у било ком другом документу, податак о националној припадности корисника. Толико о разврставању података по категоријама значајним за праћење социјалне укључености.

У овом контексту треба напоменути да се ни у актуелној стратегији за побољшање положаја ромске популације у Србији (*Стратегија за социјално укључивање Рома и Ромкиња у Републици Србији за период од 2016. до 2025. године*) старије особе не препознају као посебно угрожена социјална категорија унутар ромске популације, сем у склопу набрајања друштвених група у посебно осетљивом положају (Влада Републике Србије, 2016). У Стратегији се такође наводи да, упркос бројним истраживањима, проблем података о броју и статусу Рома и Ромкиња у нашој земљи остаје отворен (Влада Републике Србије, 2016: 92).

Старији Роми у статистици

У једном од ретких радова посвећених старосној структури Рома (у Војводини) констатује се да је и ова популација почела да показује знаке старења становништва, уз занимљиву опсервацију: „Специфичан начин живота, велика стопа морталитета, лоша здравствена заштита као и ве-

лика покретљивост утицала је у прошлости на то да је Рома одликовао кратак животни век. На фотографијама бројних монографија о Ромима ретко се виђа или готова да и нема старијег становништва“ (Ковачевић, Ивков и Ђурђевић, 2005: 6).

Ромска популација има специфичну популациону динамику у односу на просечно и већинско становништво Србије. Она се огледа, пре свега, у томе што код Рома транзиција фертилитета још увек није завршена, па се њихова старосна структура умногоме разлике од старосних структура укупног становништва Србије, Срба и свих осталих националних мањина сем Албанаца и Муслимана (Коматина, 2017: 49). Високе стопе рађања у дужем временском периоду резултирају старосним структурама у којима доминирају деца и млади, а демографска инерција наставља да делује и када се транзиција фертилитета заврши, тако да у блиској будућности можемо да очекујемо много спорије старење ромске у односу на већинску и укупну популацију.

Наиме, актуелни статистички подаци показују да је у укупној ромској популацији само 7,1% становника старијих од 60 година. Старосна структура Рома у Србији према великим старосним групама сведочи о веома младој популацији. Чак 41,6% Рома је млађе од 19 година! У следећој старосној групи, од 20-39 година их је 29,6%, а нешто више од петине становништва, 21,8% је старо између 40 и 59 година (Радовановић и Кнежевић: 2014).

У пописној години просечна старост ромског становништва износила је 28,3 године, а индекс старења је био 0,12. (Посебна обрада података Републичког завода за статистику, наведено према Коматина, 2017: 56)⁸.

Посматрано по петогодишњим старосним групама (табела 1), старији Роми најзаступљенији су у старосној групи од 60-64 године (3,14%), а преко 1% у следеће две: 1,71% у старосној групи од 65-69 година и 1,25% у старосној групи од 70-74 године. У старијим петогодишњим групама њихов број је изузетно мали, наиме има их мање од 1%. Без обзира на низак удео становништва старијег од 60 година у укупном ромском становништву, овакав распоред по петогодишњим групама указује на чињеницу да Роми ретко доживе 65 и више година. Пошто је општа стопа морталитета под утицајем старосне структуре, за увид у смртност ромског становништва потребно би било анализирати специфичне стопе морталитета по петогодишњим старосним групама, али РЗС не израчунава специфичне стопе смртности по националној припадности.

8 Поређења ради, просечна старост српског становништва пописне године била је 42,2 године, а индекс старења 1,29 (Коматина, 2017: 56).

Тако нам није доступан ни квалитативан синтетички показатељ *просечно очекивано трајање живота ромске популације* који сублимира укупне услове живота једне популације.

Занимљиво је упоредити најбројније петогодишње старосне групе код ромског и српског становништва. Наиме, Рома има највише у петогодишњој старосној групи деце од 5-9 година – 11,76%, док је код Срба најбројније становништво старо између 55 и 59 година – 8,42%.

Табела 1

Старосна структура Срба, Рома и укупног становништва Републике Србије, петогодишње старосне групе, 2011.

	Апсолутни бројеви			Проценти		
	Укупно	Срби	Роми	Укупно	Срби	Роми
Укупно	7186862	5988150	147604	100,00	100,00	100,00
0-4	328255	258795	15889	4,57	4,32	10,76
5-9	350154	278847	17360	4,87	4,66	11,76
10-14	346869	281449	14229	4,83	4,70	9,64
15-19	401994	332588	13745	5,59	5,55	9,31
20-24	439741	366294	12090	6,12	6,12	8,19
25-29	480286	402674	11070	6,68	6,72	7,50
30-34	496362	416121	10741	6,91	6,95	7,28
35-39	493934	414441	9827	6,87	6,92	6,66
40-44	469928	392000	8983	6,54	6,55	6,09
45-49	483986	402078	8250	6,73	6,71	5,59
50-54	520344	433486	8071	7,24	7,24	5,47
55-59	596279	504474	6861	8,30	8,42	4,65
60-64	528414	448827	4636	7,35	7,50	3,14
65-69	339444	278175	2518	4,72	4,65	1,71
70-74	354142	301811	1841	4,93	5,04	1,25
75-79	298612	256938	960	4,15	4,29	0,65
80-84	176568	151024	396	2,46	2,52	0,27
85 и више	81550	68128	137	1,13	1,14	0,09

Извор: Посебна обрада података Пописа становништва, домаћинстава и станова 2011, РЗС. Наведено према: Коматина, 2017: 55, табела бр. 16.

Будући да су у званичним документима који се баве инклузијом, на основу релевантних показатеља, као угрожена категорија препознате особе без образовања, односно са ниским образовним статусом, занимљиво је и индикативно како се крећу стопе неписмености у ромској популацији (табела 2).

Табела 2

Стопе неписмености Срба, Рома и укупног становништва Републике Србије старијег од 10 година према полу, старости и националној припадности, 2011.

Старост	Укупно			Срби			Роми		
	свега	мушко	женско	Свега	мушко	женско	свега	мушко	женско
Укупно	1,96	0,72	3,12	1,71	0,51	2,85	15,13	9,22	21,24
10-14	0,55	0,55	0,56	0,22	0,25	0,19	6,89	6,01	7,80
15-19	0,65	0,63	0,67	0,26	0,31	0,22	9,63	8,02	11,31
20-24	0,73	0,68	0,79	0,29	0,32	0,26	13,63	10,45	17,10
25-29	0,71	0,64	0,78	0,29	0,33	0,25	15,03	10,83	19,43
30-34	0,64	0,58	0,71	0,28	0,32	0,25	13,47	9,30	17,96
35-39	0,57	0,48	0,66	0,25	0,27	0,23	12,11	7,08	17,43
40-44	0,61	0,50	0,72	0,29	0,31	0,28	13,64	7,57	20,00
45-49	0,67	0,50	0,84	0,33	0,32	0,34	16,00	7,58	24,87
50-54	0,79	0,57	1,01	0,40	0,35	0,45	19,03	9,68	28,90
55-59	0,84	0,54	1,12	0,48	0,36	0,60	22,42	11,01	34,16
60-64	0,98	0,52	1,39	0,67	0,37	0,94	24,89	11,27	37,67
65-69	1,88	0,74	2,84	1,60	0,55	2,49	31,10	16,39	43,64
70-74	3,67	0,92	5,79	3,50	0,78	5,63	36,72	17,78	51,96
75-79	10,32	2,20	16,00	10,62	2,06	16,73	51,15	29,09	65,91
80-84	14,33	2,77	21,54	15,05	2,60	23,04	60,86	31,54	78,54
85 и више	17,61	3,57	24,82	18,83	3,52	26,93	63,50	28,13	74,29

Извор: Посебна обрада података Пописа становништва, домаћинстава и станова 2011, РЗС. Наведено према: Коматина, 2017: 63), табела бр. 21.

У старосној групи 60-64 године, која чини скоро половину свих Рома старијих од 60 година, стопа неписмености износи 25% и прогресивно се повећава са повећањем старости, да би код Рома старијих од 80 година премашила 60%.

Структура неписмених у ромској популацији показује изразите разлике према полу у свим старосним групама. За ову анализу индикативно је да у старосним групама од 55-59 година и од 60-64 године има три пута више неписмених Ромкиња.

Нажалост, не располажемо подацима о образовној структури по старосним групама, али актуелна образовна структура укупног ромског становништва из последњег пописа говори о популацији веома ниске образованости: 19,5% ромске популације је без икакве школе, 34,2% има „незавршену основну школу“ (дакле, 53,7% нема ни основно образовање), 33,3% завршило је основну школу, а само 11,5% средњу, док су виша и висока школа на нивоу од 0,3% (РЗС, Попис 2011).

На основу стопа неписмености ромског становништва старијег од 10 година и наведене образовне структуре, можемо с великом вероватноћом да претпоставимо да је најстарије ромско становништво и најнеобразованије, што је околност која, поред година живота, значајно смањује њихове шансе за успешно учешће на тржишту рада, односно повећава шансе за маргинализацију и пауперизацију.

Ромска култура и однос према старима

Однос према старима у ромској заједници није детерминисан искључиво позицијом традиционалног ауторитета коју ова старосна група има у свакој патријархалној констелацији, већ представља и темељ ромског етничког спецификаума.

Многи истраживачи који се баве ромским културним идентитетом сматрају да га одређује Rromanipe(n), израз који бисмо могли да преведемо као „ромскост“ – скуп правила понашања унутар саме ромске заједнице, као и према свету који постоји изван те друштвене целине.

„Да не би дошло до поремећаја вековних принципа унутрашњег друштвеног поретка, као и односа према неромском свету, узор и меру ромског живота представља непомућена усклађеност са традицијом. Осећај припадности ромском етничком идентитету остварује се поистовећивањем јединке са групом, с њеним наслеђем, достигнућима и симболима“ (Тодоровић, 2014: 58).

Какав је однос према старијима у ромској заједници, према овим принципима?

Међу седам критеријума који, према Мирги и Мрузу, сачињавају појам „ромскости“ за нашу тему занимљив је rhuirpen (старост) – старост означава поседовање ауторитета у складу са функцијом коју врши, из чега произилази специфичан однос поштовања према старијима унутар ромске породице (Мирга и Мруз, 1997: 72-75).

У оквиру десет елемената Rromanipe(n)-а, истакнути ромски интелектуалац Осман Балић наводи и следећа два: „деца и међусобни однос између генерација у оквиру ‘vice’ – поступање према деци и старијим Ромима (није забележено да је ромска породица сместила старијег Рома у дом за бригу о немоћним лицима, а скоро да не постоји случај да Ромкиња остави дете у породилишту) и традиционална медицина, солидарност - солидарност, као стратегија преживљавања основни је принцип

у ромској породици и заједници“ (Ђорђевић и Балић, 2004, 50–1, наведено према Тодоровић, 2014: 61).

Какав је однос према старијима у ромској заједници, да ли реалност одговара овим принципима?

Неоспорно је да је однос поштовања према старијима уткан у саме основе ромске културе (то је, наравно, случај са већином традиционалних култура). Питање је само како се савремени Роми односе према свом укупном културном наслеђу, у којој мери су га свесни, у којој мери га уопште познају, како се носе са њим у савременим околностима? Будући да нема репрезентативних свеобухватних истраживања која би пружила квалитетан увид у доминантне културне обрасце понашања савремених Рома у Србији, а имајући у виду веома ниску образованост популације, поставља се питање у којој мери интелектуалци који се баве појединим ромских културним обележјима, такозвани „ромолози“, заправо идеализују ромску културу.

У овом контексту занимљиво је поменути и изванредно квалитативно истраживање животних токова ромских жена (девојчица, девојка, удатих и старијих жена) које је 90-тих година прошлог века спровела социолошкиња Марија Видовић (1991). Према њеним налазима, у ромским заједницама постојала је међугенерациска солидарност, а старије жене, без обзира на чињеницу да ли су живеле у заједници са својом децом или у њиховој непосредној близини у ромском насељу, биле су поштеђене тешког физичког рада, нису морале да прикупљају секундарне сировине, а заузврат су чувале децу, односно своје унучиће. Видовић истиче да су старије испитанице биле у свакодневном контакту са својом децом и унуцима, као и да је однос према старима условљен односом који заједница има према деци: где се према деци поступа благо, тако се поступа и са старима. Стари се цене због свог знања, али и због веровања да имају магичне моћи (Видовић, 1991: 89).

Оно што је у овој студији такође веома занимљиво је запажање ауторке да појам старости код Рома не одговара уобичајеном разумевању и дефинисању тог животног доба. У популацији коју је Видовић својевремено истраживала (ромско насеље Мали Лондон у Панчеву) сматрало се да жена постаје стара када њено потомство оснује породицу, а после 35. године је чак било срамота имати децу (Видовић, 1991:79).

У том смислу можда би требало да се запитамо на коју старосну групу мислимо када говоримо о старијим Ромима. Очигледно је да постоји културолошка разлика условљена бројним факторима. Живот-

ни циклус ромске популације специфичан је, у свет одраслих улази са стицањем полне зрелости у годинама које још увек сматрамо дечјим. Рађање почиње раније, интензивно траје неколико година и завршава се у време када већинска популација још није ступила или тек ступа у брак. Зато је логично да и унуке добијају, за наше појмове, веома млади. Њихово превремено старење настаје заправо због тешких животних услова, исцрпљујућег физичког рада и неадекватне здравствене заштите, па неспособност за рад, зависност и потреба за подршком и заштитом, као и сама старост, долазе много раније.

Будући да је породица родно место опстанка и одржавања континуитета идентитета једне нације и да односи који у њој доминирају утичу на положај њених чланова, занимљиво је како данас изгледа и функционише ромска породица у Србији и у којој мери у њој старији чланови доминирају над млађима, што им осигурава потенцијално повољнију позицију у породичном окружењу.

Из бројне и разноврсне литературе познато је да је ромска етничка заједница задржавала елементе традиционалне патријархалне породице много дуже но што су то чинили народи у њеном непосредном окружењу. У тој породици старији чланови заузимали су посебно место, били веома поштовани и цењени; у култури скоро без писане књижевности и са становништвом веома скромног формалног образовања, чувари и преносиоци вере, обичаја, митова и легенди – дакле, ромског културног идентитета – били су старији људи.

Данас примећујемо назнаке трансформације и модернизације ромске породице, али се оне првенствено очитују у промени породичног састава, а патријархални односи, иако полако слабе пред потребом да се демократизују и посебно да се побољша положај жена, још увек су присутни у значајној мери (Новаков, 2004; Коматина, 2016).

У студији која се бави истраживањем друштвеног и културног потенцијала Рома у Србији, у оквиру разматрања тема везаних за брачне и породичне односе, аутори се дотичу и тематике односа према старијим члановима ове етничке заједнице (Соколовска, (ур), 2014).

Примећен је наставак тренда опадања броја чланова ромских домаћинстава, смањења удела проширених породица и преовладавање савремене нуклеарне породичне структуре. У поменутом истраживању аутори су покушали да одговоре на питање у којој мери старији Роми још увек имају значај неприкосновених породичних ауторитета и заштитника. Са ставом да старији треба да воде главну реч у породици, према

овом истраживању, слаже се 72% испитаника, а 70% анкетираних изражавају сагласност са тврдњом да млади треба да покажу послушност према старијим члановима породице. Иако су проширене породице све ређе, 50% испитаника сматра да старији људи треба да живе са својом децом⁹, па се закључује да доминантан образац маргинализације старих још увек није захватио ромску популацију (Петровић, 2014: 21-25).

Можемо да се сложимо да маргинализација није узела маха, али у каквом су реално положају стари Роми, то је велика непознаница. Наведене податке треба прихватити с резервом, будући да нам дугогодишње истраживачко искуство везано за ромску популацију и искуство неопсредног рада у ромским насељима говори да се Роми тешко отварају за „гаџе“ и да је скоро увек први, а вероватно и други одговор који дају друштвено пожељан, стога податке добијене анкетањем ромске популације треба увек узимати с резервом¹⁰.

Комплексно истраживање о образовању Рома, које је проучавано у ширем друштвеном, економском и културном контексту (Коматина, 2016) пружа нам елементе свакодневног живота и бивствовања Рома који указују на напуштање традиционалних облика понашања. Тако, на пример, елементи непоштовања старијих, најчешће родитеља, често се срећу у пракси женидбе/удаје, где се не поштује родитељска жеља приликом избора партнера (*побегла сам за њега/побегла је за мене*) (Коматина, 2016: 231). Следећи пример су сведочанства о непоштовању родитељског ауторитета и потпуна немоћ родитеља ромске деце у пубертету да се изборе са њиховим неадекватним понашањем, напуштањем основне школе упркос противљењу родитеља и импулсивним склапањем малолетничких бракова (Коматина, 2016: 233-235).

Иако нема репрезентативних студија које се баве положајем одређених старосних група (деце, младих, старих) унутар доминантног облика породичне структуре ромске популације у Србији данас, постојећи налази указују на потенцијално погоршање положаја најстаријег становништва и слабљење заштитне функције породице са порастом доминације нуклеарне породичне организације и слабљењем очинског ауторитета.

9 Овде је важно напоменути да је уочена корелација између старости испитаника и овог става, наиме са овом тврдњом се слаже само 21% Рома из најмлађе старосне групе.

10 Види: Коматина, 2016: 214-209.

Закључак

Унутар сваке популације постоје друштвене категорије које због својих карактеристика захтевају посебну друштвену пажњу и подршку. У нашем друштву, али и у добром делу Европе и света, читава једна национална мањина – ромска популација препозната је као етничка заједница која без подршке шире друштвене заједнице није у стању да побољша свој незавидни економски, друштвени и културни статус, искорачи из своје вишевековне гетоизираних и сегрегисаних позиције и укључи се у актуелне друштвене токове. Будући да је (скоро) читава популација у стању потребе за разним видовима друштвене помоћи, реално је очекивати да су унутар ње деца и стари посебно угрожене категорије. Чињеница је да су током Декаде Рома, а нарочито после српског председавања 2009. године, уложени велики напори да се побољша положај деце, пре свега у образовном систему. Често се помињу и проблеми Ромкиња и многе невладине организације раде на побољшању њиховог положаја у породици и друштву. Стари Роми и њихови проблеми се, међутим, не препознају ни у медијима, ни у истраживачким радовима, ни у стратешким државним документима, па ни у активносима невладиног сектора као друштвена категорија на коју би требало скренути посебну пажњу и објаснити њен друштвени положај. То и није неочекивано у друштву које генерално маргинализује старије људе, али је, са становишта друштвене инклузије којом се држава већ годинама бави, некоректно.

У оквиру ширег инклузивног покрета, а ослањајући се у првом реду на европске стратегије и документа, Србија популарише друштвену инклузију и развија механизме за социјално укључивање маргинализованих друштвених група и појединаца, као и индикаторе за праћење тог процеса. Имајући у виду чињеницу да су Роми у Србији препознати као најугроженија мањинска заједница чији припадници се социјално позиционирани на самом дну лествице друштвеног положаја, претпостављамо да су стари људи у посебном ризику од друштвене искључености у таквој популацији. Будући да та угроженост, као што смо напоменули, није уочена у нашем друштву, једина могућност да дођемо до елемената препознавања старих Рома као рањиве друштвене групе била је да хронолошки анализирамо стратешке државне документе који се баве проблематиком друштвене инклузије и да у њима покушамо да пронађемо елементе њиховог препознавања као угрожене категорије.

У стратешким документима стари Роми се не издвајају као посебно угрожена друштвена категорија, већ елементе тог незавидног друштвеног

положаја препознајемо у категоријама „стари“, „Роми“, „незапослени“, „особе са нижим нивоом образовања“, као „најугроженије појединце“ који, према критеријуму апсолутног сиромаштва, „живе у домаћинствима у којима је носилац мање образован, с незавршеном или само завршеном основном школом“. На основу ових категоризација можемо да претпоставимо да се стари Роми налазе у незавидном друштвеном положају, да се њихови проблеми мултиплицирају, посебно имајући у виду статистичке податке о великом броју неписмених Рома у најстаријим старосним групама, као и укупну изузетно неповољну структуру према образовању и висок ниво незапослености ромског становништва.

Оно што свакако није охрабрујуће су подаци о великим доходовним разликама које постоје у нашем економском систему, као и недоступност података о броју и старосној структури Рома који примају социјалну помоћ, као и броју Рома који примају пензију. Упркос препорукама стручњака о уједначавању методологија рада државних институција, умрежавању административних и анкетних података, повећању аналитичких капацитета запослених, дисеминацији прикупљених података и инсистирању на њиховом разврставању према полу, старости, етницитету, још увек се суочавамо са недостатком квалитетних података који могу да се прате у дужем временском периоду. Томе не доприноси ни стално мењање методологија и индикатора социјалне искључености/ укључености што онемогућава праћење напретка у појединим областима. Према томе, упркос елементима препознавања и мерама које држава несумњиво спроводи према угроженим социјалним категоријама, нисмо у могућности да утврдимо реалне катактеристике друштвеног положаја старије ромске популације и проценимо ефекте тих мера на побољшање њихове социјалне позиције, односно смањење друштвене искључености.

С друге стране, када размишљамо о традиционалној ромској култури коју описују ромолози, у којој су стари људи носиоци ауторитета и имају неприкосновену породичну позицију, чини се да она у таквој форми више не постоји. Елементи традиције мешају се са елементима модерности. Најновија истраживања показују да је ромска породица у Србији у све већој мери нуклеарна, као и да се односи међу половима и генерацијама мењају у правцу демократизације, а сведоче и о кризи очинског, односно родитељског ауторитета. То само по себи не мора да значи да нема солидарности у односима међу одраслом децом и старијим родитељима, али сигурно је да уноси додатни елемент несигурности, па је заштитна функција коју су стари Роми имали у породици у великој мери доведена у питање.

Литература

1. Анкета о приходима и условима живота (SILK). Републички завод за статистику. Доступно на: <https://www.stat.gov.rs/sr-Latn/oblasti/potrosnja-prihodi-i-uslovi-zivota>
2. Babović, M. (ur). (2011). *Socijalno uključivanje: koncepti, stanje, politike*. Beograd: SeConS – grupa za razvojnu inicijativu i Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta u Beogradu.
3. Видовић, М. (1991). *Животни ток ромских жена: истраживање Ромкиња у насељу „Мали Лондон“*. Дипломски рад. Београд: Филозофски факултет, Одељење за социологију.
4. Ђорђевић, Д. Б. и Балић, О. (2004). Роми: од заборављене до мањине у успону. У: *РОМИ од заборављене до мањине у успону*. (стр. 41-69). Ниш: Одбор за грађанску иницијативу.
5. Коматина С. (2016). *Актуелни проблеми образовања Рома у Србији: друштвени изазови и одговори*. Докторска дисертација. Ниш: Филозофски факултет, Департман за социологију. Доступно на: <http://nardus.mpn.gov.rs/handle/123456789/7224>
6. Коматина, С. (2017). *Актуелни проблеми образовања Рома у Србији*. Вршац: Висока школа струковних студија за васпитаче „Михаило Палов“.
7. Ковачевић, Т., Ивков, А. и Ђурђевић, Б. (2005). Старосна структура Рома у Војводини. У: *Зборник радова*. САНУ: Географски институт „Јован Цвијић“. Доступно на: http://www.gi.sanu.ac.rs/site/media/gi/pdf/rs/zbornik/054/gijc_zr_54_004_t_kovacevic_a_ivkov_b_djurdjev_srp.pdf
8. Marks, K. i Engels, F. (1982). *Manifest komunističke partije*. Beograd: Beogradski izdavačko-grafički zavod.
9. Miladinović, S. (2008). Etnička i socijalna distanca prema Romima. *Sociološki pregled*, 17 (3), 417-437.
10. Mirga, A. i Mruz, L. (1997). *Romi – razlike i netolerancija*. Beograd: АКАРИТ.
11. Митровић, А. (1990). *На дну. Роми на границама сиромаштва*. Београд: Научна књига.
12. Митровић, А. (2000). Друштвени статус Рома. У: *Цигани/Роми у прошлости и данас*. (стр. 71-77). Београд: САНУ.
13. *Национални извештај о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији за период 2014-2017. године*. (2018). Београд: Влада Републике Србије.
14. *No Data—No Progress. Data Collection in Countries Participating in the Decade of Roma Inclusion 2005–2015*. (2010). New York: Open Society Foundations. <https://bemis.org.uk/resources/gt/eu/No%20Data%20No%20Progress%20Country%20Findings.pdf>
15. Novakov, M. (2004). Porodični život Roma. *Letopis naučnih radova*. Godina 28, broj 1, str. 146-158.

16. Petrović, J. (2014). Između tradicionalnog nasleđa i težnje ka modernim obrascima života: brak, porodica i porodični odnosi Roma u Srbiji. U: *Društveni i kulturni potencijal Roma u Srbiji*. Novi Sad: Filozofski fakultet. Odsek za sociologiju. Centar za sociološka istraživanja. Str. 29-53.
17. *Попис станивништва, домаћинствава и станова 2011 у Републици Србији*. (2011). Београд: Републички завод за статистику.
18. *Праћење друштвене укључености у Србији*. (2009). Београд: Влада Републике Србије – Тим потпредседника Владе за имплементацију Стратегије за смањење сиромаштва.
19. *Праћење социјалне укључености у Србији*. (2012). Београд: Влада Републике Србије. Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва и РС.
20. *Праћење социјалне укључености у Републици Србији*. Треће допуњено издање. (2017). Београд: Влада Републике Србије, Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва.
21. Радовановић, С. и Кнежевић, А. (2014). *Роми у Србији*. Београд: Републички завод за статистику.
22. Радушки, Н. и Коматина, С. (2013). Друштвена инклузија Рома као изазов за социјалну политику Србије. *Социјална политика бр. 3*, 93-110.
23. Sokolovska, V. (ur). (2014). *Društveni i kulturni potencijal Roma u Srbiji*. Novi Sad: Filozofski fakultet. Odsek za sociologiju. Centar za sociološka istraživanja.
24. *Стратегија за смањење сиромаштва у Србији*. (2003). Београд: Влада Републике Србије.
25. *Стратегија за социјално укључивање Рома и Ромкиња у Републици Србији за период од 2016. до 2025. године*. (2016). („Службени гласник РС”, бр. 55/05, 71/05 – исправка, 101/07, 65/08, 16/11, 68/12 – УС, 72/12, 7/14 – УС и 44/14).
26. Тодоровић, Д. (2011). Роми на Балкану и у Србији. *Теме. Вол.35. бр.4*. 1137-1174.
27. Todorović, D. (2014). Kulturni identitet Roma. U: *Društveni i kulturni potencijal Roma u Srbiji*. Novi Sad: Filozofski fakultet. Odsek za sociologiju. Centar za sociološka istraživanja. Str. 57-77.

Slavica Komatina

SOCIAL INCLUSION AND OLD ROMA

Abstract

The paper analyzes the problems of social invisibility and the risks of social exclusion of older persons belonging to the Roma national minority who are not socially recognized as a particularly endangered category. As there is not much information to provide insight into the socio-economic status of the elderly Roma population, some indirect elements point to this element. Official state documents relating to social inclusion in the period from the introduction of democratic changes to the present are analyzed chronologically and provides a genesis for recognizing certain elements of the social status of older members of the Roma population in them. Statistics indicate that the Roma population is young, with low proportions of the elderly, but also very poor in educational structure and high rates of illiteracy of the oldest population, which are recognized in the strategic documents as high risk factors for poverty and social exclusion . In order to understand the social position of older Roma, some elements of traditional Roma culture and their «survival» in the way of life of contemporary Roma families are also considered.

Key words: old Roma, Roma, inclusion, traditional Roma culture, modern Roma family.

Прегледни рад
УДК: 314:502.131.1(100)
316.728-053.9(497.11)
COBISS.SR-ID 18174473
Рад послат: 05. 01. 2020.
Рад прихваћен: 08. 01. 2020.

Наташа Тодоровић¹¹
Милутин Врачевић¹²
Милош Тодоровић¹³

СТАРЕЊЕ И ЦИЉЕВИ ОДРЖИВОГ РАЗВОЈА

Апстракт

Циљеви одрживог развоја (ЦОР) су засновани на успесима миленијумских циљева развоја, иницијативи Уједињених нација која је трајала од 2000. до 2015. године. У 2015. години, осам миленијумских циљева је трансформисано у 17 Циљева одрживог развоја, са 169 подциљева тематски распоређених по циљевима. Сваки од подциљева има и сопствене индикаторе, по којима се прати имплементација и напредак и они представљају универзални позив на деловање ради искорењивања сиромаштва, заштите животне средине и обезбеђивања мира и просперитета за све и свуда. Циљеви обухватају и нове приоритетне области као што су климатске промене, економске неједнакости, иновације, одржива потрошња, мир и правда, уједно су и међусобно повезани имајући на уму да постизање једног од циљева често значи одговор на изазове везане за друге циљеве. Напредак према остваривању Циљева одрживог развоја се мери кроз подношење Добровољних националних извештаја (ДНИ).

Демографско старење присутно је у Србији, али и у читавом свету, па се очекује да Добровољни национални извештаји прате ове промене и укључе старије како не би били заборављени. Међутим у периоду 2016–2019. године 143 државе је представило свој Добровољни национални извештај на политичком форуму високог нивоа о одрживом развоју, од којих су две трећине представљених извештаја укључивале референце на старење.

Овај текст представља покушај да се старење у Србији осветли у оквиру Циљева одрживог развоја као ова популациона група не би била заборављена, али и да се дају препоруке за веће укључивање старијих у процесе на локалном, националном и глобалном нивоу.

Кључне речи: старење, Циљеви одрживог развоја (ЦОР), Добровољни национални извештај (ДНИ), Србија

11 Наташа Тодоровић, дипломирани психолог, мастер из јавног здравља, стручни сарадник за здравствену делатност, Црвени крст Србије, natasa@redcross.org.rs, +38162 880 15 31

12 Милутин Врачевић, доктор медицине, мастер из јавног здравља, стручни сарадник за здравствену делатност, Црвени крст Србије, milutin@redcross.org.rs, +38162 880 15 33

13 Милош Тодоровић, m.dj.96.fb@gmail.com

Шта су циљеви одрживог развоја?

Циљеви одрживог развоја су засновани на успесима миленијумских циљева развоја, иницијативи Уједињених нација која је трајала од 2000. до 2015. године. У 2015. години, осам миленијумских циљева је трансформисано у 17 Циљева одрживог развоја и они представљају универзални позив на деловање ради искорењивања сиромаштва, заштите животне средине и обезбеђивања мира и просперитета за све. Они имају 169 подциљева тематски распоређених по циљевима, а сваки од подциљева има и сопствене индикаторе, по којима се прати имплементација и напредак и по којима се припремају извештаји (UNDP, 2015). Ови циљеви обухватају и нове приоритетне области као што су климатске промене, економске неједнакости, иновације, одржива потрошња, мир и правда. Циљеви су међусобно повезани имајући на уму да постизање једног од циљева често значи одговор на изазове везане за друге циљеве.

Циљеви дају јасне смернице и подциљеве које државе треба да усвоје у складу са својим приоритетима и глобалним еколошким изазовима у целини, а активности којима ће се остварити циљеви одрживог развоја одвијају се у духу партнерства, прагматизма и инклузивности. Прави избори који се направе сада обезбеђују одрживо побољшање живота будућих генерација.

Поред националних процеса праћења, напредак према остваривању Циљева одрживог развоја се мери кроз подношење Добровољних националних извештаја (ДНИ). Ови извештаји се подносе добровољно, Политичком форуму на високом нивоу (HLPF – High-level Political Forum) кога Уједињене нације сазивају сваке године. У периоду 2016–2019. године, 143 државе су представиле свој Добровољни национални извештај на Политичком форуму високог нивоа о одрживом развоју, од којих су две трећине укључивале референце на старење. Иако се напредак представља на глобалном нивоу, стварни поступак напретка спроводи се на националном нивоу (UNDESA, 2020) (Rudge, 2020a).

Србија је свој први Добровољни национални извештај сачинила и поднела 2019. године. Извештај је сачинила Међуресорна радна група за спровођење Агенде УН о одрживом развоју до 2030. године, уз председавање Кабинета министарке без портфеља задужене за демографију и популациону политику. Црвени крст Србије је кроз попуњавање упитника, дао свој допринос на тему старења и старијих, а овај текст је управо покушај да се академска јавност упозна са значајем узрасно инклузивних

политика. У самом извештају Србија је истакла Циљ 9 Изградити прилагодљиву инфраструктуру, промовисати одрживу индустријализацију и подстицати иновативност и ту је наша држава истакла улагања у инфраструктуру ради бољег дигиталног повезивања удаљених и руралних заједница и смањења баријера које спречавају приступ старијих особа јавном превозу, комуналним областима и другим ресурсима. Нови Зеланд је такође истакао овај циљ када је старење у питању (UNDESA, 2020).

Демографско старење присутно је у Србији, али и у читавом свету. Према проценама становништва Републичког завода за статистику Србије (РЗС) популација стара 65 и више година чинила је у 2018. години 20,2% укупног становништва. Притом, 57,5% популације старијих чиниле су жене. Као што је већ напоменуто, становништво Србије спада у старије популације у свету, са просечном старошћу становништва од 43,20 година. Очекује се да ће удео старијих у популацији наставити да расте и да ће 2040. године износити 24% док ће проценат „старијих старијих“, оних преко 80 година порастати са 4,4 у 2020. години на 7,44 у 2040. (Републички завод за статистику, 2019). Потребно је прилагодити јавне политике повећаном броју старијих, али и Циљеве одрживог развоја, како нико не би био заборављен.

Циљ 1. Окончати сиромаштво свуда и у свим облицима

Подаци о сиромаштву старијих показују да је покривеност пензијама у Србији износи 81% (Global AgeWatch Index 2015). Са друге стране према подацима Републичког завода за статистику 2016. године 8% мушкараца и 17% жена није примало ниједну врсту пензије (старосну, породичну, инвалидску). Стопа запослености за становништво узраста 65 и више година износила је 15% (Републички завод за статистику). Родне разлике су приметне, јер је стопа за старије мушкарце износила 19,5%, а за старије жене 9,6%. Разлике у стопама запослености приметне су када се одвојено посматрају „млађи старији“ и „старији старији“, али је значајно приметити да готово 10% мушкараца и више од 3% жена старијих 75 и више година још увек ради. Највећим делом ово радно активно старије становништво ангажовано је у пољопривреди и активностима домаћинства која производе робу и услуге за сопствене потребе, што су, такође, претежно пољопривредна домаћинства. Међу старијим мушкарцима 86% запослено је управо у овим делатностима, а међу старијим

женама 89,2%. Ове старије особе раде јер им је то најчешће једини извор прихода (Бабовић и др., 2018). Процена је да приближно 100.000 особа старијих од 65 година у Србији има приходе ниже од административне линије сиромаштва или нема никаква лична примања (Матковић и Станић, 2014). Пензија свакако представља веома важну заштиту од сиромаштва међу старијим особама. Без социјалних трансфера и без пензија стопа ризика од сиромаштва код старијих износила би чак 82,3% (док би код становништва млађег од 65 година износила 48,7%) (Бабовић и др., 2018).

Такође, са годинама у Србији материјална депривација расте, док у ЕУ опада: у узрасту 65-74 године, материјална ускраћеност у Србији је 42.7% а у ЕУ 14% док је за узрасну групу изнад 75 година 45.3% у Србији и 12.8 % , у ЕУ (Бабовић и др., 2018).

Препоруке

Циљ 1 се обавезује да ће зауставити сиромаштво у свим његовим облицима и то се често назива главним циљем. Старије особе су имплицитно укључене у прва два циља и са њима повезане показатеље (**Циљ 1.1** за искорењивање екстремног сиромаштва и **Циљ 1.2** за смањење сиромаштва према националним дефиницијама) јер оба наводе да напредак у достизању циљева мора бити узрасно сензитиван, односно узрасно дисагрегиран. Социјална заштита је такође укључена у **Циљ 1**, са позивом на адекватну социјалну заштиту на националном нивоу (**Циљ 1.3**). Социјална заштита која гарантује сигурност прихода и здравствену заштиту током целог животног циклуса широко се препознаје као једна од најефикаснијих мера за постизање циља у борби против сиромаштва и неједнакости и улагање у људски развој. Универзалне социјалне пензије се све више виде као неопходна компонента социјалне заштите (Rudge, 2020b).

Владе широм света морају усвојити универзалне шеме социјалних пензија које би на адекватан начин обезбедиле финансијску сигурност у старости, а тиме и достојанствено старење (HelpAge International, 2020).

1.1/1.2/1.3 Смањити екстремно сиромаштво старијих особа кроз увођење социјалних пензија за старије који живе у самохраним старачким домаћинствима и немају личне приходе, приходе од земље или нису у могућности да раде, нити имају финансијску подршку од сродника, а живе испод минимума егзистенције. Флексибилнији критеријуми при

додели помоћи, поготово у погледу имовинског цензуса (водећи рачуна не само о величини земљишног поседа, већ и о квалитету земље).

1.4 Омогућити старијим особама већи приступ развојним програмима, финансијским олакшицама и кредитима, посебно старијим женама које се најчешће „прескачу“ приликом наслеђивања имовине. Подаци показују да се старије жене чешће него старији мушкарци одричу од наследства у корист потомака, што је делимично условљено и патријархалним моделом породичних односа. (Петрушић, Тодоровић и Врачевић, 2015).

Пример добре праксе

Црвени крст Србије и мрежа ХуманаС у последњих петнаест година заговарају увођење социјалних пензија којим би се смањило сиромаштво међу старијима и омогућило достојанствено старење, али и препознавање економског доприноса које старије особе дају својим породицама и заједници. Ради се о на доказима заснованом заговарању.

Циљ 2. Окончати глад, постићи безбедност хране и побољшану исхрану и промовисати одрживу пољопривреду

Говорећи о окончању глади међу старијима, можемо да погледамо само део података који се односи на програм народних кухиња Црвеног крста Србије, захваљујући коме особе које живе у сиромаштву могу да имају један кувани оброк дневно. Црвени крст Србије има програм народних кухиња у 77 општина у Србији. У овом тренутку 3.154 мушке и 3.223 женске особе старије од 65 година су корисници овог програма. Укупан број корисника програма народних кухиња Црвеног крста Србије је 35.300, што значи да старији од 65 година (6.377) чине 18% ових корисника (Црвени крст Србије, 2019).

Критеријуми за одабир корисника у оквиру Програма народних кухиња су следећи:

- лица која не остварују никакав приход (корисници НСП-а),
- самохрана старачка домаћинства,
- пензионери са најнижим пензијама,
- гранични случајеви – лица чија примања за мали новчани износ прелазе цензус за остваривање права на материјално обезбеђење породице, а налазе се у стању социјалне потребе;

Препоруке

2.1 Омогућити да програм народних кухиња постоји у свакој општини у Србији, као и да услуге овог програма буду доступније старијим особама у руралним удаљеним подручјима кроз развој услуга храна на точковима. Укључивање и приватног сектора у давање подршке заједници кроз обезбеђивање средстава за програм народних кухиња чиме се промовише и одговорност корпоративног сектора.

2.3 Улагати у сеоску инфраструктуру и развој села како би се млади задржали и како би се смањила миграција село-град, али је такође потребно обезбедити и олакшице за старије произвођаче, укључујући старије жене, које још увек живе од пољопривредне производње (Јанковић и др., 2016.).

Пример добре праксе

Народне кухиње поред редовног куваног obroка имају и могућност да старији волонтери носе кувани оброк старијим непокретним особама, кроз овај програм развија се солидарност и одговорност у заједници. Поред оваквих примера у Црвеном крсту Крагујевца постоји и програм који укључује вишкове хране. У Црвеном крсту Пирота постоји програм Храна на точковима где се храна носи у сеоска старачка домаћинства. Ова услуга омогућава да и старије сиромашне особе које живе на селу имају исте могућности и не буду заборављене.

Циљ 3. Обезбедити здрав живот и промовисати благостање за људе свих генерација

Незаразне болести су водећи узрок смрти код оба пола, а стопа морталитета је највећа код особа од 70 и више година. Незаразне болести су одговорне за преко 90 процената смртних случајева код мушкараца и жена између 50 и 69 година, као и од 70 и више година у 2015. (Global AgeWatch Insights, 2018). Како људи старе вероватноћа да ће имати више хроничних болести расте.

Распрострањеност главних депресивних поремећаја је већа код жена него код мушкараца у свим старосним кохортама па и код старијих од 65 година. Распрострањеност код жена се повећава са годинама до

80 године, након чега се смањује. Код мушкараца, учесталост депресије расте до 80 године, а затим остаје иста.

Имајући у виду терет смрти као последицу повреда, посебно самоповређивања, стопе су много више међу мушкарцима него међу женама у свим старосним кохортама. Стопа морталитета која произилази из самоповређивања је највиша код мушкараца од 70 и више година (Global AgeWatch Insights, 2018).

Са старењем удео оних који оболевају од хроничних болести се повећава и стога старије становништво знатно чешће пати од хроничних болести него становништво млађе од 65 година. Подаци показују да је удео особа са неком хроничном болешћу код млађих од 65 година на нивоу од 20,6%, док он износи 60,1%, међу особама старим 65-74 године, а међу онима са 75 и више година 72,6% (РЗС, статистика о приходима и условима живота). Присутне су разлике између мушкараца и жена и код овог циља, жене чешће оболевају од хроничних болести него мушкарци, тако да међу женама старим 65 и више година удео хронично оболелих особа износи 69,9%, док је код мушкараца удео 59,7%. Поред ових података жене чешће него мушкарци пријављују и да су биле спречене да обављају уобичајене активности из здравствених разлога, а и субјективна процена здравља код жена је лошија него код мушкараца. Жене чешће своје здравље процењују као лоше или веома лоше. Са друге стране, старији становници Републике Србије двоструко лошије процењују своје здравље у односу на своје вршњаке у Европској унији (Бабовић и др., 2018).

Истраживање о приходима и условима живота 2015. године забележило је да 13% мушкараца и 18% жена током претходних 12 месеци није обезбедило здравствени преглед или лечење које им је било потребно (Бабовић и др., 2018). Често је незадовољеност здравствене потребе последица недоступности услуга, недостатка средстава и финансија (Циљ 1) и приступа (11.2) (транспорт, удаљеност домова здравља за старије становништво у руралним подручјима). Процене из 2017. године Републичког завода за статистику су да је у Републици Србији стопа зависности старијег становништва 29,8%. (Републички завод за статистику, 2018)

Препоруке

Како људи старе, њихове потребе за здрављем, негом и подршком постају све сложеније. Ово захтева интегрисани приступ заснован на

правима, и укључује доступне, прихватљиве и квалитетне здравствене услуге и дугорочну негу и подршку. Универзална здравствена заштита је од суштинске важности и она омогућује да сви људи, свугде, имају приступ квалитетним услугама здравствене заштите и неге без ризика од финансијских тешкоћа. Ипак, напредак у овом погледу остаје неуједначен и ограничен. Недостатак приступачних средстава, невидљиви трошкови здравствене заштите, дискриминација на основу година од стране здравствених радника само су неке од препрека са којима се старији људи суочавају у потрази за одговарајућим одговорима на њихове потребе здравствене заштите и неге (Rudge, 2020b).

3.4 Промовисање здравих стилова живота и здравог старења током целог животног циклуса, кроз здравствено превентивне активности треба повећати и свест о личној одговорности и свест да здраво старење почиње у вртићу.

3.8 Побољшање приступа здравственим услугама поготово за становнике руралних и удаљених области кроз унапређење транспорта, промовисање солидарне помоћи у заједници, као и мобилних тимова који пружају здравствено-превентивне услуге поготово у удаљеним и руралним областима.

3.ц Развијање услуга дуготрајне неге и омогућавање да она буде део здравственог система. Такође је потребно повећати број геријатара и геронто сестара, како би услуга здравствене заштите намењена старијима била што квалитетнија. Потребно је развијати и обуке неформалних неговатеља у циљу очувања здравља и пружања што квалитетнијих услуга неге.

Препознавање улоге цивилног сектора у доприносу унапређењу здравствено-превентивних услуга. Пружање услуге требало би да буде усмерено на особу, а не на појединачне болести, изоловано од других фактора (као што су друге болести које особа има, сиромаштво или социјална искљученост). Обезбедити приступ основним лековима, за стања и болести карактеристичне за старије особе. Добоно сензитивно прикупљање података. Владе би требало да усвоје показатеље и политике о хроничним незаразним болестима који укључују људе свих старосних група. То значи да стратегије морају укључивати услуге лечења, управљања, неге, рехабилитације, дуготрајне и палијативне неге за људе свих узраста, али интензивно да настављају да улажу у превенцији током целог животног циклуса. И на крају, право на здравље треба да буде

укључено у национално законодавство, а потребе старења и здравља и старије особе изричито укључене у националне здравствене политике (Rudge, 2020b.)

Пример добре праксе

Црвени крст Србије у циљу унапређења здравља и благостања старијих реализује програме група самопомоћи са укупно 1.010 чланова, где се старије особе окупљају у циљу здравствене превенције и укључености, у циљу заговарања и учења, али и у циљу помоћи локалној заједници, а овај пројекат је од стране Светске здравствене организације одабран за пример добре праксе, као иновативна услуга у Србији. Затим програм Здравно старење који подразумева здраву исхрану, физичку активност, целоживотно учење, борбу против усамљености и депресије. Овај програм се ради по методологији Међународне федерације Друштава Црвеног крста и Црвеног полумесеца у Црвеном крсту Крагујевац, Црвеном крсту Пирот и Црвеном крсту Инђија. Постоји самопроцена и праћење унапређења здравља.

Црвени крст Србије и у овој области користи на доказима засновано заговарање да би омогућио доступне и финансијски приступачне услуге здравствене заштите за старије (истраживања Старење у граду, Старење на селу, Људска права старијих, а која су показала податке о приступачности и недостацима)

Пример добре праксе је и акција под називом Радни викенд на селу где се удаљеним сеоским заједницама у којима углавном живе старији пружају здравствено-превентивне услуге, као и друге активности које доприносе бољем здравственом статусу, омогућују бољи приступ здравственим услугама, достојанствено старење, али и приступ информацијама из пољопривреде, саобраћаја, фармације итд. Укупно 6.808 појединаца годишње добија неку врсту подршке кроз овај програм. Ова активност поред здравствено превентивних димензија (3.4) повезана је са друге стране са **Циљем 3.6** и саветима за смањење учесталости саобраћајних несрећа које су проузроковане неадекватним управљањем пољопривредним возилима и машина, али је повезана и са **Циљем 2.а**, јер се дају савети о производњи хране са нагласком на новинама везаним за производњу безбедне хране. Овај пример је био пример добре праксе у изводу из политика UNECE (UNECE Policy Brief on Ageing No. 18, 2017).

Циљ 4. Обезбедити инклузивно и квалитетно образовање и промовисати могућности целоживотног учења

Инклузивно и равноправно образовање и могућности целоживотног учења за све спадају у **Циљ 4**. Овај Циљ подразумева једнак приступ техничком, стручном и високом образовању (**Циљ 4.3**); техничке и стручне вештине за запошљавање одраслих, укључујући информационе комуникационе технологије (ИКТ) (**Циљ 4.4**); и рачунање и описмењавање одраслих (**Циљ 4.6**) (Rudge, 2020b).

По подацима пописа из 2011. године, у укупној популацији неписмених у Србији има 89.887 особа старијих од 65 година. Како је по истом попису у Србији у то време било 1.250.316 старијих од 65 година, значи да је приближно 7% ове популације неписмено. (Републички завод за статистику, 2013.)

У поређењу са државама Европске уније где 52% старијих од 65 користи компјутер у Србији је тај број само 17%. Иста је ситуација када говоримо о коришћењу интернета: док у ЕУ28 то чини 54% особа старих 65 и више година у Србији интернет користи 18% особа старих 65 и више година. Свакако данас је најприступачније средство за коришћење интернета „паметни“ мобилни телефон, и овде имамо сличне податке: старије особе у Србији далеко мање користе паметне телефоне за приступ интернету у односу на млађе, али и у односу на своје вршњаке у ЕУ28. Интернет је на мобилом телефону 2017. године у Србији користило свега 3% старијих доба 65-74 година, а у ЕУ 16%. (Бабовић и др., 2018).

Истраживање које је спроведено 2019. године је показало да 43% старијих од 65 година уопште не користи интернет а 90% оних који га користе не користе дигиталне услуге које се на њему нуде. Поред тога постоје разлике између села и града у коришћењу информационо-комуникационих технологија (ИКТ). Ово значи да постоји ризик да ће даљим миграцијом услуга на интернет многе старије особе бити искључене јер ће им приступ бити отежан, а ово поготово важи за оне са нижим нивоом образовања и нижим приходима, што ће опет увелико утицати на промену квалитета њиховог живота у негативном смеру. Уколико се уз развој дигиталне технологије не буде водило рачуна и о праву старијих особа да буду дигитално информисане, дигитално едуковане и дигитално укључене, ова група остаће без многих права која им припадају (Тодоровић и др., 2019).

Препоруке

4.3/4.5 Обезбедити могућности за целоживотно учење, а у складу са правима и преференцама старијих. Адаптирати програме едукације, њихов садржај и методологије тако да одговоре на интересовања и преференце старијих. Унапредити писменост и дигиталну писменост старијих како би се унапредила дигитална инклузија, а што су предуслови за даље учење и учествовање у друштву и остваривања права из различитих области.

Пример добре праксе

Истраживање Црвеног крста Србије и Института за друштвена истраживања уз подршку UNFPA омогућило је прикупљање података о дигиталној писмености старијих и са њим у вези дизајнирање адекватне обуке за старије у циљу дигиталне укључености, што ће им обезбедити приступ заснован на праву.

Такође Црвени крст Србије промовише неформално образовање старијих на различите теме и сваке године око 8.000 старијих буде део различитих едукација Црвеног крста Србије.

Поред тога све чланице мреже ХуманаС у својим редовним активностима имају управо део који се односи на неформално учење и промовисање целоживотног учења.

Циљ 5. Постићи родну равноправност и оснаживати све жене и девојчице

Родна равноправност је стављена у фокус Циљева одрживог развоја и осима циљева који се односе на род, као и посебан Циљ о родној равноправности и оснаживању девојчица и жена свих генерација. Овај циљ бави се родно засновануом дискриминацијом, насиљем над женама, неплаћеном бригом, правом на земљиште, сексуално и репродуктивно здравље као и лидерством жена. Међутим упркос употреби адекватног језика који укључује старосне групе, ипак недостаје кохерентна родна перспектива током целог животног циклуса. Родна неједнакост у старости резултат је различитих недостатака и дискриминације коју жене доживљавају током целог живота због родних норми, неједнаких родних односа, што доводи

до разлике у могућностима образовања, нижих плата у односу на мушкарце, и непrepoзнавања доприноса неплаћеног рада (Rudge, 2020b).

Неједнакост у приходима мушкараца и жена је присутна током целог животног циклуса, и самим тим присутна је и код старијих, нарочито уколико погледамо висину пензије. У свим категоријама пензија жена су, у просеку, ниже него пензије мушкараца, на пример просечна пензија жена које су 2016. године стекле право на исту била је 18.410 динара, док је просечна пензија мушкараца исте године износила 22.253 динара, што је разлика од 20% (Републички завод за статистику, 2017). Свакако управо овде разлике у пензијама рефлектују родне неједнакости са тржишта рада из претходних животних циклуса, када су мушкарци били активнији од жена. Може се рећи да су оне последица дужине радног стажа и висине примања, које су такође биле у корист мушкараца (Бабовић и др., 2018).

Родне разлике присутне су и када посматрамо материјалну депривацију. Међу старијим особама већа је заступљеност материјалне ускраћености међу женама него међу мушкарцима. Управо најстарије жене су и најизложеније тешким облицима материјалне депривације (Бабовић и др., 2018) и она код старијих жена износи 23,6%, што указује на знатне разлике у односу на мушкарце, али и у односу на друге групе жена. Подаци такође показују да су жене са села у јако неповољном положају а често је тај положај отежан јер су оне у већем броју случајева ретко власнице имовине на којој живе и само 9,1% жена поседује непокретности у којима живи, 88,5% жена живи у непокретности чији је власник муж, док је у 2,4% случајева имовина заједничка (Повереник за заштиту равноправности, 2019).

За приближно 93 хиљаде старијих особа у Србији (7,4%) потребна је подршка у обављању основних дневних активности, међу којима је готово 45% старије од 80 година (Матковић и Станић, 2014).

Канадска коалиција неговатеља даје дефиницију неформалних неговатеља која гласи: „Неформални неговатељ је особа која пружа сталну бригу и помоћ, без надокнаде, за чланове породице и пријатеље којима је потребна подршка због физичких, когнитивних или менталних здравствених проблема“.

Услуге неге старијим особама у пракси, али и по традицији у највећој мери пружају неформални неговатељи, најчешће чланови њихове породице, дакле особе без обуке, без системске подршке и без радног времена одређеног за те активности. ОЕБС процењује да неформална нега по обиму превазилази услуге формалне неге најмање

двоструко (статистике за Данску), а да негде неформална нега укључује десет пута више услуга од онога што се пружа унутар система формалне неге (Нови Зеланд, Канада, Сједињене Државе, Холандија). У 70 до 90 процената случајева неформалну негу пружају чланови најближе породице. Процена Међународне организације рада је да је у 2013. години укупан збир трошкова услуга дуготрајне неге у јавној потрошњи износио 0,53% БНП-а, а што је значајно испод просека у Европској унији (1,84% са распоном од 0,16% на Кипру па до 4,5% у Данској) (OECD, 2013).

Процењује се да у Европској унији приближно 100 милиона особа пружа неформалну негу. Већина њих су жене а просечна старост је 55 година. У ЕУ 80% све неге пружене дају породични пружаоци неге, а две трећине њих су жене (ћерке, снаје, супруге). Што се тиче типа услуга, жене више пружају услуге које су везане за личну негу (купање, храњење, умивање итд.) док мушкарци више пружају услуге везане за дневне активности, сем када су у питању брачни партнери где постоји већи баланс (Hoffmann i Rodrigues, 2010).

У истраживању спроведеном 2019. године у Србији 76,7% испитаних неформалних неговатеља чиниле су жене, а 23,1% у узорку биле су старије жене, најстарија неговатељица у истраживању имала је 84 године. О зависној особи више од осам сати дневно брине 77,2%, а број сати који могу да проведу ван куће, показује да само до два сата дневно може да буде одсутан 18,3%, односно сваки пети испитаник од три до седам сати 16,6% неговатеља. Уколико посматрамо финансијска средства за пружање бриге и неге сроднику, и добијање додатне финансијске подршке уочава се да 64,7% испитаника наводи да расположива средства нису довољна истовремено и нема додатну финансијску подршку од других особа, па се често налазе у лошијој материјалној ситуацији (Матејић и Ђикановић, 2019). Поставља се питање колико друштво препознаје овај неплаћени рад жена, пре свега старијих жена, да ли су им приступне услуге подршке посебно здравствене и финансијске. Показао се да се најчешћи проблеми које неформални неговатељи пријављују тичу пре свега физичког и менталног здравља и финансијске сигурности.

Важан аспект квалитета живота у старости је и здравље појединца и то како оптерећеност болестима тако и самопроцена здравља. Подаци нам показују да жене чешће оболевају од хроничних незаразних болести него мушкарци, а да међу женама старијим од 65 година хронично оболеле особе чине 69,9%, док је међу старијим мушкарцима 59,7% таквих. (Бабовић и др., 2018). Старије жене наводе да их у 35,9% случајева

здравствено стање спречава да обављају уобичајене активности и оне чешће него мушкарци пријављују проблеме са ходом (44,2% случајева) и видом (12,3%). У 80% случајева жене чешће наводе да имају неку дуготрајну хроничну болест (Боричић и др., 2014).

Старије особе чине 13% свих пријава породичног насиља. Притом, жене су у свим узрастима категоријама чешће жртве насиља (Бабовић и др., 2018). Под посебно великим ризиком од злостављања и насиља јесу старије жене, особе узраста 74+, старији који су функционално зависни, нарушеног менталног здравља или они са когнитивним проблемима, као и старији из мањинских група (Јанковић, Тодоровић и Врачевић 2015).

Проблем код насиља над старијима уопште, а посебно код насиља над старијим женама, је недостатак узрасно дисагрегираних званичних података и усклађивање података различитих система. Па смо тако у ситуацији да у судској евиденцији имамо податке породичног насиља, али је врло тешко извући податке за старије жене.

Тиме што се старије жене прескачу и у линији наслеђивања имовине представља финансијско насиље. Жене су и чешће жртве дискриминације на основу година, а године представљају мултипликатор дискриминације када су жене у питању (Петрушић, Тодоровић и Врачевић, 2015).

Важан аспект квалитета живота је и слободно време. Жене свакако, располажу краћим слободним временом у односу на мушкарце у свим старосним категоријама, па је и код старијих генерација слична ситуација. Тако жене старије од 65 година имају 7,4 сата слободног времена, а старији мушкарци имају 8,3 сата слободног времена током дана (Бабовић и др., 2018). Подаци из истраживања Поверенице за заштиту равноправности показују да укљученост жена у активностима заједнице опада са годинама, па је тако 24,3% старијих жена узраста од 65 до 69 година укључено у културне активности заједнице, док је само 2,4% жена од 85 или више година учествовало у културним активностима. Важно је истаћи да је укљученост повезана са образовањем и местом становања, па су више укључене жене које су образованије и оне које живе у граду (Повереник за заштиту равноправности, 2019).

Препоруке

5.1 Окончати дискриминацију старијих жена, кроз спровођење Закона о забрани дискриминације, ригорозније кажњавање старосне дискриминације и едукација старијих жена и опште јавности.

Пример добре праксе

Црвени крст Србије и мрежа ХуманаС дуги низ година реализује едукације на тему борбе против старосне дискриминације; само прошле године едукацијама је обухваћено 3.000 старијих жена (65+). Ово је такође и повезано са **Циљем 4.5**

5. 2 Потребно је редефинисати постојећу дефиницију насиља над старијим особама, како би се у већој мери заштитиле посебно старије жене, жртве насиља. Инкриминисати занемаривање и злостављање старијих особа као посебно кривично дело, како би се делотворно превенирали и санкционисали сви облици занемаривања и злостављања старијих особа.

Потребно је прикупљање, разврставање, анализа и редовно објављивање статистичких података о свим формама насиља над старијим женама а у циљу дизајнирања превентивних програма. Потребно је унапредити приступ правди и обезбедити бесплатну правну помоћ за сиромашне старије жене. Међутим, извори података у оквиру овог циља нису доступни за сваку земљу и често су ограничени на оне од 15 до 49 година. Насиље, родно засновано и сексуално насиље не престају са 50 година старости, и подаци морају да постоје за све узрасте, али ти подаци морају да буду и усклађени у различитим системима (Rudge, 2020b).

Пример добре праксе

Црвени крст Србије је у партнерству са Повереницом за заштиту равноправности спровео три истраживања о распрострањености насиља над старијима, на основу којих су рађење препоруке за унапређење јавних политика којим би се заштитиле старије жене.

5.3. Препознавање доприноса старијих жена у породици и заједници, које су и неформални неговатељи и волонтери.

Пример добре праксе

У Црвеном крсту Београда реализује се програм помоћ помагачима, где се углавном старије жене уче најважнијим техникама неге лежећих болесника, чиме се омогућује поред доприноса и стицање нових вештина, у циљу квалитетног пружања услуга, али и бриге о себи. Ово је такође повезано и са **Циљем 4.5**. У недостатку програма обуке за нефор-

малне неговатеље Центар за подршку и инклузију Хелпнет је израдио водич под називом „Ја, неформални неговатељ” који може да послужи да се неформални неговатељи оснаже у свом знању.

5.5 Промовисање учествовања старијих жена у политичком, економском и културном животу. Истраживање Поверенице за заштиту равноправности је показало да не постоји ни једна старија жена председница Месне заједнице у Србији.

Пример добре праксе

Старија волонтерка Црвеног крста Србије (73 године) је два пута говорила у Уједињеним нацијама у Њујорку о насиљу над старијим женама и о људским правима старијих, што представља значајан пример укључивања старијих жена на глобалном нивоу.

Један од недостатака је што је здравствени фокус Циљева одрживог развоја често усмерен на девојчице и жене у репродуктивном периоду и врло мало се односе на здравље жена у старијем животном добу. Да старијим женама не би била ускраћена њихова права, попут приступа здравственим услугама (укључујући сексуално и репродуктивно здравље), смернице за Владе у Циљевима одрживог развоја морају бити усмерене на прикупљање и рашчлањивање података током целог животног циклуса и уклањање горњих граница за њихово прикупљање. С тим у вези, показатељ 5.6.1 (који се фокусира на удео жена у узрасту од 15 до 49 година које саме доносе одлуке о сексуалним односима и репродуктивном здрављу и нези) је дискриминаторски и треба га проширити како би обухватио све старосне групе (Rudge, 2020b).

5.а Увођење социјалних пензија и других механизма којима би се компензовала родна разлика у приходима и материјалној депривацији у старијем животном добу, као и бољи приступ тржишту рада за жене свих узраста.

Потребно је такође унапредити здравствено-превентивне програме као и увести скрининге којима ће се унапредити дијагностика хроничних незаразних болести код старијих жена у циљу благовременог третмана.

Циљ 6. Обезбедити санитарне услове и приступ пијаћој води за све

У истраживању Црвеног крста Србије и Поверенице за заштиту равноправности спроведеног 2016. године на узорку од 685 испитаника који живе на селу, половина сеоских старачких домаћинстава (53%) је без канализације, па се одвод текуће воде у тим домаћинствима регулише углавном преко септичких јама. Такође, текућу воду нема 14% старачких домаћинстава на селу (Јанковић и др., 2016). Једна од рањивих група у овом погледу су старији Роми. За сада у Србији не постоји опсежно истраживање о приступу санитарним условима и пијаћој води.

Препоруке

6.1/6.2 Потребно је повећати доступност ових система, поготово старијим особама на селу ради очувања њиховог здравља и побољшања квалитета живота у старости.

Пример добре праксе

Црвени крст Србије преко својих волонтера покушава да заговара за унапређење положаја старијих на селу и да о овом проблему извештава локалне самоуправе, како би оне могле у својим активностима да укључе ове проблеме да старије особе са села не би биле заборављене.

Циљ 8. Промовисати инклузиван и одржив економски раст, запосленост и достојанствен рад за све

Укључивање и одржив економски раст и достојанствен рад за све, укључујући приступ финансијским услугама (**Циљ 8.3**) је фокус у овом циљу. Многи старији мушкарци и жене доприносе економији и често желе да наставе са радом и након пензионисања, јер запосленост у многим случајевима може бити пресудна за њихову економску сигурност, њихово достојанство и може им омогућити да воде аутономне и независне животе. Достојанствен рад такође може старијим особама да обезбеди осећај сврхе и смисла и да умањити њихову социјалну изолацију (Rudge, 2020b).

Подаци показују да у Србији 10% мушкараца и више од 3% жена старијих од 75 година још увек ради. Они су углавном ангажовани у

пољопривреди и активностима у домаћинству која производе робу и услуге за сопствене потребе – 86% старијих мушкараца је запослено у овим делатностима, а међу старијим женама овај проценат је 89,2%. Пољопривредно газдинство је важна је ставка која се односи на извор економске сигурности и достојанствено старење на селу. У истраживању Старење на селу утврђено је да већина старијих на селу (52%) има обрадиво земљиште. То су, углавном, мањи плацеви, испод 2 хектара (52%). Само 14% старијих на селу има више од 5 хектара. Са старењем, међутим, опада економска активност па, две трећине старијих није више активно на газдинству као раније. Само је једна трећина старијих власника пољопривредног земљишта свакодневно активна на свом имању (Јанковић и др., 2016).

Уколико сада желимо да посматрано запосленост старијих према занимањима примећујемо да се у 85% ради о квалификованим радницима у пољопривреди и рибарству (нема разлика међу женама и мушкарцима). Међу запосленим старијим особама само је 4,3% стручњака, 2,9% техничара и 2,5% службеника. Радници у трговини и услугама, као и радници у основним, једноставним занимањима чине 2%, занатлије 1,9%, машински радници 1%, а и законодавци, функционери и менаџери 1,6%. Удео оних који су запослени ван пољопривреде опада са старашћу, најстарије особе су готово у потпуности ангажоване у пољопривреди, из тог разлога може се претпостави да старије особе у Србији раде јер су на то приморане, управо како би задовољиле своје основне потребе (Бабовић и др., 2018).

Овде треба рећи да ејдизам и старосна дискриминација при запошљавању утичу на старије особе на више начина, од запошљавања до политика и закона о запошљавању, до остваривања обавезног старосног услова за одлазак у пензију или старосно-рестриктивне политике у приступу финансијским услугама (Rudge, 2020b). Један од примера је лимитиран приступ дозвољеном минусу и могућности подизања кредита код старијих особа са одређеним бројем година.

Са друге стране уколико посматрамо ставове различитих генерација према економском доприносу старијих у Србији, одговори показују да се са тврдњом да су особе старије од 70 година оптерећење за економију своје земље не слаже се 68,9% младих, 80,8% средовечних и 76,9% старијих особа, што је позитиван став и показује да већина испитаника препознаје допринос старијих у друштву и породици, пре свега средња генерација али свакако треба наставити са даљим јачањем позитивне

слике о старијима и њиховом доприносу друштву. Промоцијом позитивне слике о старењу и старости ми, у ствари, смањујемо дискриминацију и еџизам и градимо равноправно друштво. Свакако да, пре свега, млади, али и особе средње генерације, треба да схвате да дискриминацијом старијих, заправо дискриминишемо себе у будућности. (Тодоровић и Врачевић, 2019).

Препоруке

8.3 Обезбедити социјалну помоћ и заштиту као и флексибилне радне аранжмане како би се створили и унапредили услови да старији раде на формалним и неформалним тржиштима рада. Препознати допринос који старији дају у урбаним и руралним областима а који обухвата плаћен, неплаћен и волонтерски рад.

8.10 Обезбедити потпуну равноправност старијима у погледу приступа зајмовима кредитима и сл. Обезбедити законодавну заштиту од дискриминације у запошљавању на основу година.

Подстицање отварања нових радних места и подстицање малих и средњих предузећа запошљавање старијих особа кроз приступ финансијским услугама, и постављење захтева владама да осигурају да се старије особе не суочавају са старосно ограничавајућим политикама које ограничавају њихов приступ кредитима и финансијским подстицајима (Rudge, 2020b).

Пример добре праксе

Црвени крст Србије је кроз истраживање спроведено 2015. године у сарадњи са HelpAge International под називом Глобални Индекс старења показао да се Србија по димензији запошљавања и целоживотног учења од 96 земаља нашла на 83 месту, па зато и заговара за прилагођавање услова рада старијим радницима који ће уједно бити прилагођени и осталим генерацијама.

У оквиру истраживања Међугенерациска размена које је спроведено уз подршку Кабинета министра без портфеља задуженог за демографију и популациону политику утврђено је да старији доприносе својим породицама, на пример у чувању деце, чему одговара монетарна вредност на месечном нивоу од 57.000 динара. На основу тога потребно је промовисати и допринос старијих у друштву и волонтерски рад, што

је са друге стране повезано и са циљем 16 и борбом против стереотипа, предрасуда и насиља (Врачевић и др. 2019).

Циљ 9. Изградити прилагодљиву инфраструктуру, промовисати одрживу индустријализацију и подстицати иновативност

У Добровољном националном извештају Србија је истакла старије особе код **Циља 9**. Истакнуто је да су потребна улагања у инфраструктуру ради бољег дигиталног повезивања удаљених и руралних заједница где су остали само старији и са тим у вези смањења баријера које спречавају и отежавају приступ старијих особа јавном превозу, комуналним услугама и другим ресурсима (UNDESA, 2020).

Циљ 10. Смањити неједнакост између и унутар држава

Циљеви одрживог развоја уско су повезани са људским правима и одражавају све већу потребу за решавањем различитих облика неједнакости. Управо **Циљ 10** има за циљ смањење неједнакости и промовише идеју укључивања свих, без обзира на старост (**Циљ 10.2**), те позива на уклањање дискриминаторних закона, политика и пракси (**Циљ 10.3**) (Rudge, 2020b).

Старије особе су у Агенди 2030 препознате као група под ризиком којој прети опасност да буде заборављена, то је веома значајно, јер се ефекти неједнакости у образовању, здравству, запослености и приходима акумулирају током година и могу имати негативан утицај на људе како они старе, а посебно на жене.

Према истраживањима Црвеног крста Србије постоји разлика између старијих који живе у урбаним и оних који живе у руралним подручјима у погледу капацитета за партиципацију у заједници: број оних који се сматрају самосталним у граду је 19% већи од старијих на селу а старији на селу у већем проценту очекују подршку од институција (Јанковић и др., 2018). Такође, старији на селу имају много мању доступност услугама здравствене и социјалне заштите, услугама превоза и услугама у заједници, али постоји и разлика у економској сигурности, висини пољопривредне пензије и осталих пензија (Јанковић и др., 2016).

Препоруке

10.2 Потребно је повећати доступност и разноврсност услуга социјалне заштите у сеоским срединама. У том смислу могуће решење је подстицање увођења мобилних услуга (у сусрет корисницима), иновативних услуга, које одговарају на специфичне потребе у датом контексту (нпр. сеоски домаћин, неформални неговатељи, телеасистенција, услуге повременог и привременог смештаја, односно збрињавање у зимским месецима усамљених старијих људи из удаљених и тешко приступачних села што је повезано и са **Циљем 13** и сл.). Потребно је обезбедити одговарајући модел услуга транспорта који ће омогућити повезивање удаљенијих, мање насељених средина, где је тржишни модел транспорта не-одржив. Потребно је активно радити на подстицању међугенерациске солидарности и стварању повољнијег окружења у којем солидарност доприноси друштвеном развоју, и један је од основа за креирање развојних политика на свим нивоима. Потребно је обезбедити приступачне услуге социјалне заштите оријентисане на људе, укључујући универзалну здравствену заштиту и развијање услуга дуготрајне неге и подршке. Укључити старије у процесе планирања, дизајнирања и доношења одлука. Учинити доступним информације о правима.

10.3 Неопходно је ојачати капацитете центара за социјални рад како би могли да одговоре на све поверене задатке, и како би могли да обезбеде квалитетно мапирање потреба и старијих људи на селу уз употребу свих постојећих капацитета (нпр. месне канцеларије, месне заједнице и др.). Усвојити УН конвенцију о правима старијих људи.

Пример добре праксе

Црвени крст Србије кроз своје програме покушава да учини доступним различите услуге старијима, водећи рачуна о најсиромашнијим општинама с циљем да се ублаже неједнакости кроз програме и стварање услова да се старији препознају. Црвени крст Србије је такође од самог почетка ангажован на заговарању за Конвенцију Уједињених нација о правима старијих особа и по томе је наше Национално друштво препознато у свету, али је такође и познато по томе што се глас старијих из Србије чује и у Уједињеним нацијама у Женеви и у Њујорку.

Циљ 11. Учинити градове и људска насеља инклузивним, безбедним, прилагодљивим и одрживим

Овај циљ има у фокусу да градове и људска насеља учини инклузивним, сигурним, отпорним и одрживим, он укључује циљеве са специфичним потребама старијих особа за сигурним и приступачном јавним превозом (Циљ 11.2) и приступачним зеленим и јавним површинама (Циљ 11.7). Циљ такође укључује циљеве за побољшање стамбених и основних услуга за све (Циљ 11.1) и учесничког доношење одлука у већој мери (Циљ 11.3).

Истраживање Црвеног крста Србије спроведено са старијима који живе у урбаним срединама показало је да је проценат старијих који користи услуге социјалне заштите низак: 9% користи услуге помоћи у кући, 6% услуге геронто-домаћице, а свега 3% помоћ волонтера. Информисаност о овим услугама је релативно добра мада је она боља за здравствене него за услуге социјалне заштите. Међутим доступност услуга није довољно добра: 19% је имало потребу за негом али је није користило (више их је од оних који су је користили: 14%), једна четвртина је требала лекара, а није га посетила (24%), нешто мање од једне четвртине (23%) је на листи чекања за специјалистички преглед, операцију или услугу социјалне заштите. Чак 17% каже да тешко долази до здравствене услуге (Јанковић и др., 2018).

Јавни простор и објекти по оцини 73% анкетираних у истом истраживању нису прилагођени свим људима, а 79% сматра да ни јавни превоз није прилагођен и приступачан свима особама. Важно је истаћи да улаз у аутобус треба да буде прилагођен, затим да постоје посебна седишта за старије, али такође и број станица јавног превоза и њихов изглед треба да рефлектује потребе старијих. Како је безбедност важан аспект квалитета живота, показало се да се 76% старијих особа осећа сигурно и безбедно у свом граду, 19% се осећа само делимично безбедно а 4% нимало. У истраживању 2% испитаника никада није имало осећај угрожене безбедности а 10% не размишља о страху од насиља. Када говоримо о односу према старијима, 80% сматра да се према њима, као старијој особи односе са поштовањем; ипак 21% је незадовољно односом према њима у општинским службама, а 19% у здравственим установама. Једна трећина сматра да неке старије особе не успевају да остваре своја права због година, а половина испитаника признаје да су били изложени дискриминацији у неком тренутку током старијег животног доба, док

9% изјављује да је „веома често“ било изложено дискриминацији (Јанковић и др., 2018).

У сваком случају, упркос релативно удобнијем и безбеднијем животу у граду у односу на руралне области, постоје изазови на које треба одговорити. Пре свега потреба да инфраструктура и архитектонска решења буду прилагођена потребама старијих особа како би се баријере уклониле. Потребно је подстицање здравих стилова живота што је важан аспект у превенцији хроничних незаразних болести. Такође је потребно боље дизајнирање услуга социјалне заштите и обезбеђивање подршке неформалним неговатељима, као и укључивања старијих у планирање и припреме за кризне и ванредне ситуације. Важна је и борба против еџизма кроз пружање могућности за друштвени ангажман кроз рад, образовање, уметност и рекреацију а што ће омогућити већу социјалну укљученост.

Процене показују да ће се до 2050 године број смртних случајева изазваним високим температурама насталих климатским променама повећати 257%, а старије особе биће под највећим ризиком. (Ово је свакако повезано и са **Циљем 13**) (Јанковић и др., 2018.)

Препоруке

11.5 Смањити ризик од елементарних непогода, кроз информисање старијих о временским приликама и о начинима заштите и помоћи. Такође је потребно да у градовима постоје зелене површине где старије особе могу да се освеже током врућих летњих дана. Треба и подржавати међугенерациску сарадњу и солидарност. Овде је важно и да се старије особе и особе са инвалидитетом укључе у планирање и подршку током криза и непогода чиме би се повећала њихова отпорност али и отпорност на нивоу градова.

У сваком случају треба подстицати учешће старијих особа и особа са инвалидитетом у урбаном планирању и одлучивању, и тако учинити градове инклузивним.

11.6 Предложити некој од локалних самоуправа у Републици Србији да се прикључи пројекту “Градови и заједнице прилагођени старијим особама” који промовише Светска здравствена организација, чиме би се направио први велики корак ка инклузивним градовима прилагођеним свим становницима и чиме би једна од локалних самоуправа постала први пример оваквог пројекта у Србији.

Пример добре праксе

Црвени крст Србије развија програме група самопомоћи у граду, али и са Кабинетом министра без портфеља задужене за демографију и популациону политику промовише међугенерациску сарадњу у циљу изградње кохезивног друштва.

Циљ 13. Предузети хитну акцију у борби против климатских промена и њених последица

Истраживања показују да су старије особе у непропорционално високом ризику у ванредним ситуацијама изазваним климатским променама. Прикупљени подаци који се односе на ванредне ситуације показују да је током урагана Катрина и потоњих поплава у Њу Орлеансу 2005. године, 75% свих погинулих било је старије од 60 година док је учешће старијих у популацији од свега 16% у популацији, и подаци који се односе на тајфун Хаијан на Филипинима 2013. године показали су да је 38% свих погинулих било је старије од 60 година иако је свега 7% становништва спадало у ову узрасну категорију. Слична је ситуација и када погледамо податке током земљотреса и цунамија у Јапану 2011. године, чак 56% свих погинулих је било старије од 65 година док је проценат ове узрасне групе у популацији био 23%. Иако на основу података видимо да су старије особе током ванредних ситуација у посебном ризику само 0,2% хуманитарне помоћи током кризних ситуација циљано намењено старијим особама и прилагођено њиховим потребама (Петрушић, Тодоровић и Врачевић, 2015).

Процене показују да ће се до 2050 године број смртних случајева изазваних високим температурама насталих климатским променама повећати 257%, а старије особе биће под највећим ризиком (Најат S et al, 2014).

Препоруке

13.1 Омогућити старијим особама адекватан приступ информацијама о ризицима везаним за климатске промене. Посебну пажњу треба посветити и екстремним временским приликама (као што су локализовани топлотни таласи) које се обично не третирају као хитни случајеви од стране здравственог система, али које непропорционално

утичу на старије особе. Постоје докази да су старији посебно подложни здравственим проблемима током таквих периода и да без услуга које ће се бавити њиховим специфичним потребама – помоћ са термалном регулацијом или куповином намирница – ови проблеми могу бити опасни по живот. Наравно и овде водити рачуна о томе да је овај циљ повезан са **Циљем 3.**

13.3 Подизати ниво свести старијих о утицају климатских промена на здравље и адекватном реаговању и ублажавању последица.

Пример добре праксе

Црвени крст Србије у оквиру својих програма информисао старије о променама у температури и на који се начин треба понашати и шта радити код екстремно ниских и екстремно високих температура које утичу на здравље старијих. Али такође у својим активностима деловања у несрећама Црвени крст Србије помаже старијим особама у екстремним зимским условима пружањем конкретне помоћи.

Циљ 16. Промовисати мирољубива и инклузивна друштва за одрживи развој, обезбедити приступ правди за све и изградити ефикасне, поуздане и инклузивне институције на свим нивоима

Приступ заснован на људским правима треба да буде део свих Циљева одрживог развоја, треба свим грађанима и грађанкама омогућити једнак приступ и могућност за учествовање у друштву. Посебно је важан приступ правди који ће омогућити поред осталог и разумно трајање парница, али и бесплатне правне савете за оне који нису у могућности да плате. Важна је и заштита од насиља, а истраживање Црвеног крста Србије и Поверенице за заштиту равноправности које је спроведено на 800 испитаника телефонским путем показало је да је 19,8% старијих особа доживело неки облик злостављања и насиља у трећем животном добу. Најчешћи облик насиља над старијима је финансијско насиље које пријављује 11,5% старијих особа. Оно што је у овом случају представља већи ризик од финансијског злостављања је чињеница да чак 13,5% старијих изјављује да не одлучује у потпуности о томе на који начин троши средства којима располажу, а 54% старијих изјављује да издржава и друге чланове домаћинства. Физичко злостављање доживело је 3,9%

наших старијих испитаника, а психичко 7,8% испитаних, те занемаривање 3,4%. Сексуално злостављање се показало као највећи табу међу старијим особама: више од 50% је одустало од овог дела и није желело да одговори. Свакако и овде треба водити рачуна о повезаности са осталим циљевима и препорукама (Јанковић, Врачевић и Тодоровић, 2015).

Препоруке

16.1 Смањити дискриминацију на основу година и ејџизам као и све облике насиља над старијим особама. Бројке о распрострањености насиља над старијима представљају врх леденог брега а само кроз адекватне јавне политике и информисање јавности, може се превенирати насиље и развијати укљученост свих у друштво без обзира на године.

16.3 Кроз адекватне измене и допуне закона омогућити старијим особама брз и ефикасан приступ правди и другим услугама подршке у случају насиља.

Пример добре праксе

Црвени крст Србије у сарадњи са Повереницом за заштиту равноправности спроводи истраживања у циљу борбе против дискриминације и злостављања старијих. На основу њих израдио је препоруке за доносиоце одлука и заштиту старијих од насиља, као и препоруке за лакши приступ правди. Такође, током последњих година едукује саме старије на тему људских права, приступа заснованом на правима и заштите од злостављања. Едукацију је прошло преко 10.000 старијих особа из различитих средина у Републици Србији.

На иницијативу Црвеног крста Србије је 2007. године отпочело се са обележавањем 15. јуна, Међународног дана борбе против насиља над старијима. Од тада се овај датум редовно обележава, а тиме се подиже свест јавности, професионалаца, медија и самих старијих особа о овом табуу. Обележавање датума је постало редовна активност Црвеног крста Србије и мреже ХуманаС. Овај дан је установљен 2006. године од стране Међународне мреже за превенцију насиља над старијима, а у званичан календар Уједињених нација је ушао 2011. године, тако да је Црвени крст Србије, а са њим и Република Србија, један од пионира борбе против насиља над старијима.

Циљ 17. Учврстити глобално партнерство за одрживи развој

Да би остварење било ког циља било могуће врло су важна партнерства на свим нивоима. Јачањем партнерстава јачамо ресурсе и подстичемо одржив развој. Црвени крст Србије покушава да кроз своје активности јача односе са различитим доносиоцима одлука, организацијама, институцијама, цивилним сектором и самим старијима. Црвени крст Србије је члан два Савета Владе: Савета за питања старења и старости и Савета за унапређење међугенерациске сарадње.

Јачање партнерства не само на националном већ и на регионалном и глобалном нивоу су важан извор знања и јачања капацитета за остваривање циљева. Црвени крст Србије је оснивач и координатор мреже ХуманаС која окупља 17 организација које се баве питањима старости и старења. Мрежа је пре свега заговарачка и бави се заговарањем за достојанствено старења у Републици Србији.

Такође Црвени крст Србије има дугогодишње партнерство са и члан је HelpAge International из Велике Британије, највеће организације цивилног друштва која се бави заговарањем за побољшање квалитета живота старијих широм света. Са овом организацијом ради и Старење и ЦОР и једна је од 6 земаља у којој се ово истраживање спроводи. Црвени крст Србије је и члан Глобалне алијансе за људска права старијих и Међународне мреже за превенцију насиља над старијима.

Поред тога Црвени крст Србије је координирао пројектом „Иницијатива за социјално укључивање старијих особа“ (ТАСИОП), који се реализовао у пет земаља западног Балкана Албанији, Босни и Херцеговини, Црној Гори и Северној Македонији.

Сарадња са повереником за заштиту равноправности: истраживање о старијима на селу и граду као и насиљу над старијима, као и препоруке, са Светском здравственом организацијом на превенцији и унапређењу менталног здравља, као и на програмима Деловање у несрећама и Здравствена превенција.

Партнер на националном нивоу Црвеног крста Србије је и Институт за јавно здравље (промовисање здравствено-превентивних активности, обележавање свих датума који се налазе у календару здравља), као и Универзитет у Београду – Медицински факултет (јавно здравље, здравље миграната, неформални неговатељи).

Када говоримо о доносиоцима одлука ту су Министарство здравља – заговарање за бољи приступ здравственим услугама; Министарство за

рад, запошљавање, борацка и социјална питања – учествовање у консултацијама приликом доношења различитих закона, са циљем да се глас маргинализованих група чије; подршка народним кухињама; подршка активностима везаним за старије.

Поред ових партнерстава постоји и партнерство са Кабинетом министра без портфеља задуженог за демографију и популациону политику – сарадња на истраживањима о међугенерациској размени и међугенерациским ставовима. Учешће у раду Савета владе за питања старења и старости и Савета за унапређење међугенерациске солидарности.

Препоруке

17.17 Наставити са промовисањем партнерстава у различитим областима, која би унапредила достизање Циљева одрживог развоја којим би се заиста остварио циљ да нико не буде заборављен. Такође и промовисање учествовања организација цивилног друштва на чијем су челу старије особе, што је значајна новина и иновативност у овој области. Укључивање и самих старијих.

Закључак

Старије особе треба да буду укључене у све фазе прикупљања података који се тичу активности усмерених на остваривање Циљева одрживог развоја, али и у анализу ових података као и њихово коришћење у даљем креирању јавних политика.

Неопходно је и да предвиђени резултати и индикатори везани за Циљеве одрживог развоја системски обухватају старије особе као и да се сви подаци разврставају по полу и узрасту у најмање петогодишњим кохортама.

Истраживања морају да уклоне горњу узрасту границу, поготово када су жене у питању јер велики број истраживања не обухвата жене старије од 49 година, на име њиховог изласка из репродуктивног доба, и тиме игнорише податке везане за старији узраст. Везано за то, статистички подаци генерално треба да буду креирани уз узимање у обзир читавог животног циклуса како би подаци о старењу били вишеслојнији, и увек морају бити разврстани по полу, узрасту, инвалидитету и географској локацији (Rudge, 2020a).

Међутим досадашња пракса је показала да политике и приоритети везани за старење још увек не постоје у многим националним плановима и стратегијама одрживог развоја. Већина држава чланица говори о

старијим особама, као рањивој групи, и то већином у контексту да нико не буде заборављен. Ретко се старије особе виде као ресурс, кроз могућност да допринесу развоју и управо у Добровољним националним извештајима њихови аутори представљају проблеме старења и фокусирају се углавном на одрживост социјалних услуга, пензија и здравствених система указујући да је управо старење и улагање у ове системе фактор који ограничава дугорочни економски раст и раст прихода. Свакако потребна је промена парадигме која ће омогућити да се старије особе виде као активни учесници одрживог развоја (UNDESA, 2020).

И наравно у овим процесима потребно је много веће учествовање и ангажовање организација цивилног друштва које се баве старењем, како старије жене и мушкарци не би били заборављени.

Литература:

1. AgeWatch report card, Serbia, Global AgeWatch Index 2015, прегледано 20.02.2020. на <https://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/country-ageing-data/?country=Serbia#collapseOne>
2. Бабовић, М., Величковић, К., Стефановић, С., Тодоровић, Н., Врачевић, М. (2018.) Социјална укљученост старијих особа (65+) у Србији. Београд, Црвени крст Србије, прегледано 20.02.2020. на <https://www.redcross.org.rs/media/4437/socijalna-ukljucenost-starijih-u-srbiji-e-knjiga.pdf>
3. Боричић, К. ет ал., 2014. Резултати истраживања здравља становништва Србије, 2013. године. Београд: Министарство здравља, Институт за јавно здравље србије “Др Милан Јовановић Батут”
4. Врачевић, М., Тодоровић, Н., Зајић, Г., Кузманов, Л., (2019.) Међугенерациска размена у Републици Србији, Београд, Црвени крст Србије
5. Global AgeWatch Insights 2018: Report, summary and country profiles, прегледано 20.02.2020. на <http://globalagewatch.org/reports/global-agewatch-insights-2018-report-summary-and-country-profiles/>
6. De la Maisonnette, C. Oliveira Martins, J. (2013) Public spending on health and long-term care: a new set of projections, OECD
7. Јанковић, Б., Врачевић, М., Тодоровић, Н. (2015.) Добро чувана породична тајна: злостављање старијих особа. Београд, Црвени крст Србије, прегледано 20.02.2020. на <https://www.redcross.org.rs/media/1670/dobrocuvana-porodicna-tajna-e-knjiga.pdf>
8. Јанковић, Б., Зајић, Г., Врачевић, М., Тодоровић, Н. (2016.) Положај старијих на селу. Београд, Црвени крст Србије, прегледано 20.02.2020. на <https://www.redcross.org.rs/media/1919/polozaj-starijih-na-selu-web.pdf>

9. Јанковић, Б., Тодоровић, Н., Врачевић, М., Зајић, Г. (2018.) СТАРЕЊЕ у градовима: изазови савременог друштва, Београд, Црвени крст Србије, прегледано 20.02.2020. на <https://www.redcross.org.rs/media/5214/starenje-u-gradovima-izazovi-savremenog-drustva-ebook.pdf>
10. Матејић, Б. и Ђикановић, Б., (2019.) Унапређење положаја неформалних неговатеља у Републици Србији – истраживање свеобухватних потреба у циљу креирања препорука са јавне политике, Београд, Хелп нет
11. Матковић, Г. и Станић, К., (2014.) Социјална заштита у старости: дуготрајна нега и социјалне пензије. Београд: Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва.
12. Петрушић, Н., Тодоровић, Н., Врачевић, М. (2015.) Увод у старење и људска права старијих : пилот студија о финансијском злостављању старијих, Београд, Црвени крст Србије, прегледано 20.02.2020. на https://www.redcross.org.rs/media/1666/uvod_u_starenje_i_ljudska_prava_starijih.pdf
13. Повереник за заштиту равноправности, (2019), Истраживање о положају старијих жена у Србији, прегледано 20.02.2020 на <http://ravnopravnost.gov.rs/%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B6%D0%B8%D0%B2%D0%B0%D1%9A%D0%B5-%D0%BE-%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B6%D0%B0%D1%98%D1%83-%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%98%D0%B8%D1%85-%D0%B6%D0%B5%D0%BD%D0%B0/>
14. Републички завод за статистику. Анкета о приходима и условима живота, методолошке основе, прегледано 20.02.2020 на www.stat.gov.rs/WebSite/userFiles/file/Аpd/SMET/SMET005090C.pdf
15. Републички завод за статистику. Попис становништва, домаћинства и станова 2011. у Републици Србији (2013) Републички завод за статистику, Београд.
16. Републички завод за статистику. Статистички годишњак 2018 (2018) Републички завод за статистику, Београд, прегледано 20.02.2020 на <https://publikacije.stat.gov.rs/G2018/Pdf/G20182051.pdf>
17. Републички завод за статистике, Жене и мушкарци у Републици Србији 2017, прегледано 20.02.2020 http://www.stat.gov.rs/WebSite/userFiles/file/Aktuelnosti/Zene%20i%20muskarci%20u%20Republici%20Srbiji_web_2017.pdf.
18. Републички завод за статистику, Процене становништва 2018. Прегледано 20.02.2020. <http://publikacije.stat.gov.rs/G2019/Pdf/G20191180.pdf>
19. Rudge, M., (2020a.) Ageing and the SDGs: Six steps to older people's inclusion, HelpAge International, London
20. Rudge, M., (2020b.) Ageing and the SDGs, *Key messages to ensure age-inclusive policies*, HelpAge International, London
21. Тодоровић, Н., Врачевић, М. (2019.) Међугенерациска сарадња за почетнике, Београд, Центар за одговорну акцију
22. Тодоровић, Н., Врачевић, М. Башић, Г., Миљковић, Н., Матијевић, Б., (2019), Старење и дигитална укљученост старијих- полазна студија са препорукама, Београд, Црвени крст Србије

23. HelpAge International, Ageing and SDG-s, (2010), London
24. Првени крст Србије, Извештај о раду, (2019), Београд
25. UNDESA, Ageing-related Policies and Priorities in Voluntary National Reviews (2016-2019), New York
26. UNDP: Шта су циљеви одрживог развоја? прегледано 20.02.2020. на <https://www.rs.undp.org/content/serbia/sr/home/sustainable-development-goals.html>
27. UNECE Policy Brief on Ageing No. 18 (2017), прегледано 20.02.2020. на https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG1-25.pdf
28. Hoffmann, F. & Rodrigues, R. (2010). Informal Carers: Who Takes Care of Them? Прегледано 20.02.2020. на https://www.researchgate.net/publication/242673212_Informal_Carers_Who_Takes_Care_of_Them
29. Hajat S, Vardoulakis S, Heaviside C, et al. Climate change effects on human health: projections of temperature-related mortality for the UK during the 2020s, 2050s and 2080s. *J Epidemiol Community Health* 2014;68:641-648. Прегледано 20.02.2020. на <https://jech.bmj.com/content/68/7/641>

Nataša Todorović¹⁴

Milutin Vračević¹⁵

Miloš Todorović¹⁶

AGEING AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

Abstract

Sustainable Development Goals (SDG) are building on the foundation of achievements of the Millennium Development Goals, the 2000-2015 United Nations initiative. In 2015, eight Millennium Development Goals were transformed into 17 Sustainable Development Goals with 169 thematic targets and with each of the targets with its own indicators to follow implementation and progress. Sustainable Development Goals are universal call to eradicate poverty, protect the environment and achieve peace and prosperity for all. The SDG include new priority areas such as climate change, economic inequality, innovations, sustainable consumption, peace and justice and they are all interlinked – achieving one goal often means addressing the challenges related to other goals. The progress in their implementation is measured through submission of Voluntary National Reports (VNR).

Demographic ageing is a phenomenon in Serbia as well as across the world so it is expected that ДНН reflect on changes in this area and ensure that older persons are not forgotten. However, in the 2016-2019 period 143 states presented their VNR at the High Level Political Forum on Sustainable Development and two thirds had references to ageing.

This paper works on highlighting ageing in the context of sustainable development in order to ensure older persons are not left behind as well as on providing recommendations for better inclusion of older persons in these processes at local, national and global levels.

Key words: *Ageing*, Sustainable Development Goals (SDG), Voluntary National Reports (VNR), Serbia

14 natasa@redcross.org.rs,

15 milutin@redcross.org.rs,

16 m.dj.96.fb@gmail.com

Katarina Risović¹⁷
Silvia Rusac¹⁸
Nataša Todorović¹⁹

OBILJEŽJA PARTNERSKOG NASILJA U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI

Sažetak:

S obzirom na brojnost i neprestan rast populacije starije od 65 godina, određeni problemi poprimaju globalne razmjere, a utječu na ekonomiju, zakonodavstvo, politiku, zdravstvo, socijalnu skrb i ostale društvene sustave. Nasilje u intimnim odnosima osoba starije životne dobi javlja se rjeđe nego kod mlađih osoba, ali dovoljno često da bi to postao globalni zdravstveni problem. Partnersko nasilje u starijoj dobi ima značajan negativan utjecaj na fizičko i psihičko zdravlje žrtve. Čimbenici rizika se nalaze na razini pojedinca – žrtve i počinitelja, ali i na razini obitelji, zajednice i društva u cjelini. Cilj ovog rada je na sažet i jasan način prikazati dosadašnja saznanja o partnerskom nasilju u starijoj životnoj dobi, teorijska objašnjenja, spoznaje o prevalenciji, faktorima rizika, razlozima ostanka u nasilnom odnosu i oblicima prevencije. Svrha rada je skrenuti pozornost akademske zajednice i društva na problem partnerskog nasilja u starijoj dobi te omogućiti polazišnu točku za novija istraživanja.

Ključne riječi: osobe starije životne dobi, nasilje u obitelji, partnersko nasilje, prevencija.

Uvod

Starija populacija je danas, više nego ikada, zauzela važno mjesto u svim sferama društvenog života. Gospodarstvo, tržište rada, turizam, mirovinski sustav, sustav zdravstva i socijalne skrbi, ekonomska dobra i državne financije

17 Mag.act.soc. Katarina Risović Centar za socijalnu skrb Virovitica, Hrvatska

18 Prof.dr.sc Silvia Rusac Pravni fakultet Zagreb, Studijski centar socijalnog rada, Hrvatska, srusac@pravo.hr

19 Nataša Todorović MA, MPH, Crveni krst Srbije, Srbija

pod utjecajem su demografskog starenja. Zbog navedenog sve više se javlja potreba za prilagodbom društvenih sustava rastućoj populaciji (1). Prema podacima Eurostata 2016. godine u 28 država Europske unije živjelo je 510, 3 milijuna stanovnika od kojih je 98 milijuna bilo starije od 65 godina. 57, 1% populacije Europske unije starije od 65 godina činile su žene (1). Osobe starije životne dobi početkom 2016. godine činile su jednu petinu stanovništva Italije, Grčke, Njemačke, Portugala, Finske i Bugarske (1). U Republici Hrvatskoj 2016. godine 19,2% populacije bilo je starije od 65 godina (1). Navedeni podaci potvrđuju pretpostavku da osobe starije životne dobi zauzimaju sve veću ulogu u životu društva.

Starenje populacije dovodi do promjena u strukturi i razvoju društva, ali i do većeg izražaja problema s kojima se pripadnici populacije osoba starijih od 65 godina susreću. Jedan od značajnih problema je nasilje. Znanstvena zajednica problemu nasilja ozbiljnije pristupa od 70-ih godina 20. stoljeća kada se na njega počinje gledati kao na kršenje ljudskih prava (2). Ova činjenica nam ukazuje na postojanje populacije ljudi koja je u stalnom porastu, a čija su prava ugrožena. Nasiljem se krše temeljna ljudska prava i slobode garantirane samom činjenicom da je osoba stanovnik planeta Zemlje (3).

Nasilje u intimnim odnosima osoba starije životne dobi javlja se rjeđe nego kod mlađih osoba, ali dovoljno često da bi to postao globalni zdravstveni problem (4). Prema podacima Nacionalnog istraživanja o zločinima u razdoblju 2003. – 2013. godine 10% prijavljenog nasilja od strane intimnog partnera prijavile su osobe u dobi od 50 do 64 godine, 6% nasilnih viktimizacija bilo je počinjeno protiv osoba u dobi od 65 godina i više (5). Literatura se slabo referira na partnersko nasilje u starijoj životnoj dobi (6). Istraživanja koja se bave nasiljem u obitelji više se baziraju na rod, a manje na dob, (7). Razlog tome je i činjenica da su žene u značajno većem riziku da iskuse nasilje od strane intimnog partnera nego muškarci (5).

Kako bi bilo moguće raspravljati o nasilju u partnerskim odnosima osoba starije životne dobi prvo je potrebno jasno definirati i razgraničiti ključne pojmove. Nasilje, iako čest predmet znanstvenih rasprava i istraživanja, nema ujedinjenu definiciju (8,9). Jedna od često korištenih definicija je ona Svjetske zdravstvene organizacije prema kojoj je nasilje pojedinačan ili ponavljajući čin ili nedostatak odgovarajućeg postupanja, koje se događa u bilo kojem odnosu očekivanja i povjerenja, a koje uzrokuje štetu, bol, nepriliku i/ili nevolju starijoj osobi (10).

Ključna razlika između nasilja nad starijim osobama i partnerskog nasilja je u prirodi odnosa žrtve i počinitelja. Kada govorimo o nasilju nad starijim

osobama osnova odnosa između počinitelja i žrtve je njegovateljske prirode, a ne intimnost. Kada definiramo partnersko nasilje u fokusu je intimnost između žrtve i počinitelja (5). Partnersko nasilje uključuje bilo koji oblik ponašanja koji može prouzročiti fizičku, psihološku ili seksualnu bol onima koji su dio intimne veze. Uključuje fizičke napade, psihološko zlostavljanje, kontrolirajuće ponašanje i ekonomsko zlostavljanje (11). Nasilje nad starijim osobama od strane intimnog partnera slabije je istraženo od ostalih vrsta nasilja, a kada se spominje, smatra se da je manje često od nasilja nad mlađim ženama (11).

Teorijska objašnjenja partnerskog nasilja

Feministička teorija moći i kontrole

Feministička teorija moći i kontrole često se koristi za objašnjenje dinamike nasilja u partnerskim odnosima kroz životni vijek, dob, rodnu nejednakost i velike razlike u uslugama društva za muškarce i žene (12). Promatranje nasilja u intimnim partnerskim odnosima iz feminističkog kuta osigurava točniji prikaz nasilnih veza kroz život te je dovelo u pitanje primjenjivost modela njegovateljskog stresa koji se često koristi kao objašnjenje dinamike partnerskog nasilja u starijoj životnoj dobi (6).

Istraživanja su pokazala da su starije žene žrtve partnerskog nasilja često prijavljivale nasilje od strane više različitih partnera kroz život, a neke žene govore o nasilju od strane muževa u periodu od nekoliko desetljeća s povećanjem kontrolirajućeg ponašanja kojem su bile izložene nakon suprugovog umirovljenja (7). Dinamika moći u nasilnim intimnim odnosima u odrasloj dobi nastavlja se i u starijoj životnoj dobi, čak i nakon što se muški počinitelji razbole i oslabe te postanu ovisni o njezi osobe koju su do tada zlostavljali (7). Analizom crteža Lev-Wiessel i Kleinberg, 2006. su došli do spoznaje da starije žene koje su kroz život bile izložene nasilju od strane intimnog partnera nisu promijenile svoju percepciju okolnosti ni nakon što su njihovi muževi bili onesposobljeni bolešću u starijoj dobi. Muškarce koji su ih zlostavljali opisivale su kao velike, u prijetećim pozama, iznad sebe (7).

Istraživanje provedeno među ženama koje su iskusile psihičko nasilje navodi da je kontrolirajuće ponašanje njihovih muških partnera poraslo smanjenjem zdravlja zlostavljača (13). Ustaljena dinamika moći među partnerima

često ustraje dugo nakon što je počinitelj oslabljen bolešću ili invaliditetom, a žrtva obavlja njegovateljsku ulogu (7). Za bolje razumijevanje nasilja u partnerskim odnosima u starijoj životnoj dobi i njegova feminističkog objašnjenja koristi se kotač nasilja u starijoj životnoj dobi. Prema njemu glavni razlog pojave nasilja u partnerskom odnosu je moć i kontrola nad životom žrtve. Iz njih proizlaze prijetnje, zastrašivanja, izolacija i drugi oblici nasilja. Naglasak se stavlja na emocionalno i psihičko nasilje koje se isprepliće s ostalim nasilnim taktikama – prijetnjama, ciljanjem na slabosti i zanemarivanje, zabrana prakticiranja religijskih/duhovnih obreda, ismijavanje osobnih i kulturalnih vrijednosti, korištenje članova obitelji i privilegija, izoliranje i financijsko iskoristavanje (4).

Ekološka teorija

Feministički pristup karakterističan je za objašnjavanje nasilja u obitelji, ali kada je u pitanju zlostavljanje češće se koristi ekološka teorija. Zlostavljane je rezultat međuodnosa osobnih, odnosnih, društvenih, kulturnih i okolin-skih čimbenika zbog čega ga mnogi istraživači objašnjavaju ekološkim modelom (14). Na svakoj razini okoline osoba stupa u interakciju. Razumijevanje razvoja pojedinca ovisi o interakciji između pojedinca i njegove sadašnje i prošle okoline (15). Ekološka teorija proučava starenje u kontekstu okoline u kojoj osoba živi, u povezanosti s osobnim povijesnim okolnostima i sposobnostima prilagodbe (15). Ekološka teorija stvara ključan okvir za razvoj programa prevencije koji se razvijaju temeljem utvrđivanja veličine problema, čimbenika rizika i dokazano djelotvornih programa (14). Četiri su razine na koje se programi prevencije trebaju usmjeriti kako bi bili djelotvorni: razina osobe, odnosa, zajednice i društva. Na svakoj od navedenih razina nalaze se čimbenici rizika koji povećavaju mogućnost izloženosti starije osobe nasilju od strane članova obitelji (14).

U životima žrtva nasilja u intimnim partnerskim odnosima kroz vrijeme dolazi do interakcije osobnog, obiteljskog, društvenog i ideološkog sloja. Iskustvo nasilja se ne može u potpunosti razumjeti bez da se u obzir ne uzme obitelj, zajednica i društveno okruženje. Ova perspektiva uzima u obzir neformalne osobne i obiteljske odnose, formalnu podršku agencija ili pružateljica usluga kao i šire ideološke norme, vrijednosti, institucionalne obrasce koji utječu na životno iskustvo starijih žena kroz vrijeme (7).

Johnsonova tipologija partnerskog nasilja

Partnersko nasilje u starijoj životnoj dobi može se pojaviti u dva oblika. Prvi oblik je „ostarjelo“ partnersko nasilje. Drugi oblik je novo iskustvo nasilja s početkom pojavljivanja nakon što je osoba ušla u stariju životnu dob (5). Nasilje kao novo iskustvo se može pojaviti kada starija osoba uđe u nasilnu vezu ili kada se nasilje razvije u već postojećoj vezi zbog socijalne izolacije žrtve, demencije, uvjeta života, nasilnikove mentalne bolesti, neprijateljstva, zloupotrebe alkohola i nemogućnosti samostalnog života (5). Tipovi partnerskog nasilja se primarno razlikuju ovisno o tome uključuju li nasilnikovi motivi i taktike prinudu i kontrolu nad partnerom (5). Najrašireniju tipizaciju partnerskog nasilja osmislio je Michael Johnson (16). Četiri su tipa nasilja u partnerskim odnosima: Intimni terorizam, nasilni otpor, situacijsko nasilje i međusobna nasilna kontrola. Sva četiri oblika objašnjena su u tablici 2.1.

Tabela 1. Jonsonova tipologija nasilja

Intimni terorizam	Nasilni otpor	Situacijsko nasilje	Međusobna nasilna kontrola
<ul style="list-style-type: none"> • Agresor je kontroliran potrebom za kontrolom partnera • nasilje postaje mehanizam kontrole u odnosu 	<ul style="list-style-type: none"> • reakcija žrtve na intimni terorizam • nasilje kao pokušaj zaštite 	<ul style="list-style-type: none"> • nasilje nije motivirano kontrolom već nastaje kao reakcija na bijes ili frustraciju 	<ul style="list-style-type: none"> • obje strane koriste nasilje kao oblik kontrole

Izvor: Gulliver i Fanslow, 2015.

Kritika Johnsonove tipologije obiteljskog nasilja polazi od pretpostavke da postoje odnosi u kojima je moć internalizirana od strane oba partnera (13). Primjer toga je par u kojem oboje vjeruju da je muškarac autoritet, to uvjerenje se nikad nije propitalo dok je par bio mlađi. U tom slučaju je moguće da muškarac nikad nije morao pribjeći intimnom terorizmu kao obliku kontrole nad partnericom. Moguće je da je kontrolirao svoju ženu jer su oboje vjerovali da to tako treba biti. Feministička perspektiva se u tom slučaju orijentira na mogućnost da je par toliko internalizirao odnose moći da su oni gotovo nevidljivi sve do trenutka kada nešto ne poljulja takvo stanje. Fizičko i kognitivno propadanje u starijoj životnoj dobi može uzrokovati promjenu situacije (13).

Stark (2010.) definira prisilnu kontrolu kao dodatan tip nasilja. Prisilna kontrola je obrazac ponašanja koji uključuje upotrebu fizičkog nasilja i pove-

zanih taktika, kao što je izolacija, emocionalno zlostavljanje, ekonomsko zlostavljanje. Uz pomoć njih zlostavljač zadržava kontrolu nad svim aspektima partnerovog života (5). Navedeni koncept utječe na stav javnosti i nadležnih službi prema kojemu nasilje nije pojedinačan događaj već obrazac ponašanja kojeg se ne može izvući iz njegova povijesnog konteksta (5).

Čimbenici rizika i zaštite partnerskog nasilja u starijoj životnoj dobi

Za razumijevanje problema i kreiranje preventivnih i tretmanskih programa potrebno je poznavati čimbenike rizika koji utječu na njegovu pojavu. Čimbenici rizika se prepoznaju na strani žrtve, počinitelja i okoliša (17).

Čimbenici rizika na strani žrtve

Spol i dob su temeljne demografske karakteristike koje se uzimaju u obzir prilikom promatranja partnerskog nasilja (17). Jasinski i Dietz (2003.) su došli do rezultata da su žene starije od 55 godina u tri puta većem riziku od muškaraca da postanu žrtve fizičkog nasilja od strane trenutnog partnera (18). Yan i Chan su 2012. godine proveli istraživanje u Kini. Prema dobivenim podacima psihičko nasilje je najčešći oblik partnerskog nasilja u starijoj životnoj dobi (36,1%). Fizičko nasilja (2,5%) i seksualno nasilje (1,2%) češće su prijavljivali muškarci (18). Ovakav rezultat se kosi s dosadašnjim spoznajama prema kojima su žene češće žrtve fizičkog nasilja (17, 19, 20). Jedna od pretpostavki je da su starije žene sklonije potražiti pomoć od nadležnih službi te da ih se jednostavnije identificira zbog čega ostala istraživanja pokazuju da ih ima više od muškaraca (18).

Rezultati su pokazali da su mlađe starije osobe u većem riziku od izloženosti partnerskom nasilju (18). Ovaj nalaz se ne slaže s dosadašnjim saznanjima prema kojima je starija životna dob veći rizik (14, 19, 20, 21). Yan i Chan (2012.) razliku u rezultatima objašnjavaju činjenicom da su najstariji stari najzastupljeniji u slučajevima prijavljenima radi zaštite odraslih osoba, ali su i dalje nedovoljno zastupljeni i čine najveći broj slučajeva koji nisu prijavljeni. Među prijavljenim slučajevima zlostavljanja starijih osoba gotovo pola žrtava je starije od 80. S druge strane među neprijavljenim slučajevima 70% slučajeva fizičkog zlostavljanja zauzimaju osobe u dobi od 60 do 70 godina (18).

Pojedinci koji su u braku čiji je partner lošijeg zdravlja u većem su riziku da postanu žrtva partnerskog nasilja (18). Osobe s invaliditetom ili dugotrajnim fizičkim, psihičkim ili drugim zdravstvenim problemom u većoj su vjerojatnosti od prijavljivanja emocionalnog/financijskog ili fizičkog/seksualnog nasilja od strane partnera, zatim zloupotreba alkohola i droga, teškoće u kontroli bijesa i partnerska ljubomora također mogu biti čimbenici koji povećavaju mogućnost pojave partnerskog nasilja (17, 18).

Odnosni čimbenici i čimbenici rizika na strani počinitelja

Neposredna blizina i količina prilika, kao i bračni stres utječu na kvalitetu odnosa (17). Veliku ulogu u kvaliteti odnosa ima dobna razlika između partnera. Kada je dobna razlika među partnerima veća od 10 godina može biti pokazatelj ovisnosti i neravnoteže moći u vezi (17).

Nezaposlenost i nizak socioekonomski status predstavljaju značajan rizik za partnersko nasilje (18). Niža razina obrazovanja i slabiji materijalni status mogu biti značajni prediktori ranjivosti ili rizika za nasilje. Razlika u razini obrazovanja može predstavljati potencijalni disbalans u odnosu (17).

Literatura navodi kako je zloupotreba alkohola i droga od strane počinitelja značajan čimbenik rizika za počinjenje nasilja nad partnerom (14, 17, 20, 22).

Čimbenici rizika na strani okoline

Razlike u partnerskom nasilju mogu nastati pod utjecajem nepravde uzrokovane ekonomskom ili geografskom marginalizacijom ili zbog kulturnih razlika koje uzrokuju diskriminaciju po spolu i dobi (17).

Manjak socijalne podrške žrtvi ne ostavlja drugog izbora nego da emocionalno i na druge načine ovisi o svojem zlostavljaču zbog čega je u većem riziku od izloženosti fizičkom nasilju (18). Starije osobe članovi manjinskih skupina u većem su riziku od izloženosti partnerskom nasilju zbog jezičnih prepreka, smanjene socijalne mreže i veće ovisnosti o drugima (17). Starije osobe koje su živjele u četvrtima s nižom ili istom stopom kriminaliteta rjeđe su prijavljivale nasilje od strane partnera od onih koje su živjele u četvrtima s višom stopom kriminaliteta (17).

Osim rizičnih čimbenika važno se osvrnuti na čimbenici zaštite od izloženosti partnerskom nasilju na strani žrtve. Svaka osoba ima određene karakteri-

stike i iskustva koja joj pomažu u nošenju sa stresnim i neugodnim situacijama. U tablici 3.1. prikazani su čimbenici zaštite kako ih definiraju Sethi i suradnici (14).

Tabela 2. Čimbenici zaštite od zlostavljanja na strani žrtve

Karakteristike:	Utjecaj na iskustvo zlostavljanja:
<i>Odnosne norme i vrijednosti</i>	Osobe koje razvijaju pozitivne odnose i posjeduju pozitivne vrijednosti razvijaju jače kapacitete za nošenje sa zlostavljanjem.
<i>Društvena povezanost</i>	Široka socijalna mreža i jača povezanost sa zajednicom smanjuju negativne utjecaje zlostavljanja.
<i>Religioznost</i>	Žrtve zlostavljanja u religiji pronalaze objašnjenje situacije i snagu da se iz iste izvuku.
<i>Zdravstveno stanje</i>	Osobe boljeg zdravstvenog stanja imaju veću sposobnost oduprijeti se zlostavljanju i njegovim štetnim posljedicama.
<i>Pozitivna životna iskustva</i>	-
<i>Osobnost i osobne kvalitete</i>	-

Izvor: Sethi i sur., 2011.

Osim karakteristika i iskustava pojedinci razvijaju i različite načine nošenja s problemom. Žene žrtve partnerskog nasilja razvijaju dva načina suočavanja s problemom: suočavanje s nasiljem usmjereno na problem i suočavanje s nasiljem usmjereno na emocije (23). Starije žene žrtve partnerskog nasilja više koriste suočavanje s nasiljem usmjereno na emocije. Takav oblik suočavanja postaje njihova životna filozofija koja im je pomogla da održe samopoštovanje (23).

Tri su oblika suočavanja s partnerskim nasiljem. Prvi način je ponovno procjenjivanje situacije i gledanje na sebe, supruga i odnos iz drugog kuta. Neke žene tome pristupaju kroz odluku da ih ništa neće pobijediti, druge vjeruju da trebaju znati stvari koje mogu kontrolirati i prihvatiti one koje ne mogu. Drugi način suočavanja je orijentacija na kulturalno definirane uloge žene kao žene, domaćice i majke. Treći način suočavanja je potraga za emocionalnom pomoći izvan kuće, među prijateljima, širom obitelji, na poslu, u volonterskom radu (23).

Rasprostranjenost partnerskog nasilja u starijoj životnoj dobi

Istraživanja koja se bave utvrđivanjem rasprostranjenosti partnerskog nasilja u starijoj populaciji dolaze do različitih spoznaja, ovisno o vremenu i prostoru kada i gdje su provedena. Tako je 1992. godine u Velikoj Britaniji provedeno istraživanje kriminaliteta. U navedenom istraživanju došlo se do podatka da je manje od 4% žena starijih od 60 godina izloženo partnerskom nasilju. To je značajnije manji broj od 17% žena u dobi od 18-29 godina koje su prijavile partnersko nasilje (24).

Slično istraživanje je provedeno u Velikoj Britaniji u razdoblju od 1996. do 2001. godine kada je potvrđena pretpostavka da su mlađe žene češće žrtve partnerskog nasilja (24). Prema podacima prikupljenima u Škotskoj 1,2% prijava nasilja u obitelji je bila od strane osoba starijih od 60 godina (24).

Istraživanje provedeno u Sjedinjenim Američkim Državama 2003. godine pokazalo je da je 1,52% žena u dobi između 55 i 69 godina bilo izloženo fizičkom nasilju. 2, 14% ih je doživjelo seksualno nasilje, 1, 12% je iskusilo prijetnju (25). Istraživanje provedeno 2007. godine u Sjedinjenim Američkim Državama je došlo do podatka da je 26, 5% žena starijih od 65 godina doživjelo neki od oblika nasilja od strane partnera. Od toga je njih 18, 4% doživjelo fizičko ili seksualno nasilje, a 23, 9% druge oblike nasilja (26).

Prema podacima Nacionalnog istraživanja o intimnom partnerskom nasilju i silovanju u Ujedinjenim Državama provedenom 2010. godine 1, 4% žena starijih od 55 godina doživjelo je fizičko nasilje, silovanje ili uhođenje od strane partnera u periodu od godine dana. Jednak je postotak muškaraca (27). Istraživanje provedeno u Gradu Zagrebu 2010. godine na uzorku od 303 starijih muškaraca i žena pokazalo je da u 30,5% slučajeva nasilja počinitelj je bio suprug žrtve, a u 9,21% supruga žrtve (28).

Utjecaj partnerskog nasilja na zdravlje žrtve

Mali je broj istraživanja koja se bave utjecajem partnerskog nasilja u starijoj životnoj dobi na zdravlje žrtve (29, 30, 31). Većina istraživanja se bavi partnerskim nasiljem nad ženama u fertilnoj dobi, najčešće u dobi između 15 i 50 godina (32, 33).

Partnersko nasilje nepovoljno utječe na fizičko i mentalno zdravlje žrtve (28, 31, 34, 35, 36, 37, 38). Od bolesti mentalnog zdravlja najčešće su depresija i anksioznost (28, 31, 34, 35, 36, 37, 38). Neka istraživanja navode simptome

posttraumatskog stresnog poremećaja (28, 34). Dio istraživanja kao posljedicu izloženosti partnerskom nasilju navodi zloupotrebu droge i alkohola (28, 38). Kada su u pitanju problemi fizičkog zdravlja žrtava najčešće se navode problemi s kostima i zglobovima, posebice kukovima i kralježnicom te artritis (31, 35, 37, 38). Istraživanja često navode kronične bolesti gastrointestinalnog sustava, a među najčešćima je sindrom iritabilnog crijeva (34, 36, 38). Manji broj istraživanja navodi probleme sa sluhom i vidom te probleme kardiovaskularnog sustava, posebice visok krvni tlak i probleme sa srcem (31, 35, 36, 37).

Rezultati su dobiveni putem intervjua licem u lice, a kvaliteta zdravlja je mjerena skalama samo procjene (28, 31, 34, 35, 36, 37, 38). Problem koji se može javiti korištenjem intervjua licem u lice je velik broj društveno poželjnih odgovora. Nasilje je socijalno osjetljiva tema i treba imati na umu da sudionici neće rado odgovarati na pitanja te je potrebno očekivati odgovore prilagođene društvenim očekivanjima. S druge strane upotreba skala samo procjene nije dovoljno precizna metoda. Ljudi različito mogu procijeniti svoje zdravlje i njihova procjena ne mora biti u skladu sa stvarnim stanjem. Najbolji dokaz zdravstvenog stanja je medicinska dokumentacija. Istraživanja su provedena na manjim uzorcima, 16 do 18 ispitanica (37, 38), uzorcima srednje veličine, 200 do 250 (28, 34) i velikim uzorcima, nekoliko tisuća ispitanika (29, 33).

Prevenција partnerskog nasilja u starijoj životnoj dobi

Eksternalne prepreke u traženju pomoći

Nekoliko je razloga zbog kojih se starije žene ne usude prijaviti obiteljsko nasilje. Prvi od razloga ne prijave je odgovor obitelji. Razlog tome je važnost socijalne podrške u olakšavanju nošenja s problemom i pristupu dostupnih izvora podrške. Većina žrtava izražava strah da kada bi razgovarale o nasilju u obitelji i razotkrile počinitelja ne bi dobile podršku od obitelji (39). Žene koje su progovorile o doživljenom nasilju imale su mješovita iskustva. U nekim slučajevima djeca i drugi članovi obitelji su bili podržavajući. Puno češće su obitelji poricale nasilje, okrivljavale žrtvu ili bile neprijateljski nastrojene prema ideji o „razaranju obitelji“ (39, 40). Većina žrtava nasilja je izrazila osjećaj da ih obitelji ne podržavaju. Prilikom prijave nasilja mnogi članovi obitelji i vanjski izvori podrške ne razumiju vezu između žrtve i počinitelja,

njihovog doma i problema vezanih uz zadovoljavanje potreba obitelji i djece (39, 40). Zanimljiva je činjenica da niti jedna od žrtava o nasilju nije razgovarala s ocem. Većina sudionica u istraživanju je svoje očeve opisalo kao burne, hladne, nepristupačne. Dio sudionica je navelo da su im očevi bili alkoholičari, narkomani i/ili počinitelji fizičkog ili seksualnog nasilja u obitelji (39).

Drugi razlog je odgovor svećenstva (39, 40). Iako u literaturi nema puno istraživanja vezanih uz ovu temu pokazalo se da su duhovnost i duhovna uvjerenja veoma važni čimbenici u nošenju starijih žena sa nasiljem u obitelji kao i u donošenju odluke o tome trebaju li ostati ili napustiti nasilan odnos. Velik broj sudionika navelo je svećenika kao prvu osobu s kojom bi razgovaralo o nasilju u obitelji. Ovo može biti povezano s religijskim uvjerenjima prema kojima je brak doživotno obećanje Bogu i suprugu (39, 40). Velik broj žena žrtava nasilja smatra da crkveno učenje doprinosi nasilju u obitelji. Niti jednu sudionicu istraživanja svećenik nije uputio socijalnoj službi ili pravnom sustavu. Njihov odgovor je uvijek išao u smjeru ohrabivanja da ostanu u nepromijenjenoj situaciji uz malo praktične pomoći (39). S druge strane duhovnost i duhovna uvjerenja su mnogim ženama dale emocionalnu snagu da napuste nasilan odnos i ne vrate se u njega.

Odgovor pravnog sustava je još jedna od prepreka s kojom se žrtve nasilja susreću (39, 40). Većina žrtava pravni sustav vidi kao logičan vanjski izvor resursa za osiguranje barem kratkotrajnih asistencija. Nažalost, pravni sustav se navodi kao najteža prepreka u potrazi za pomoći (39). Sudionice istraživanja su navele strah od policije (39). Strah ih je da ne budu posramljene od strane policajaca ili da policajci ne budu nasilni prema počinitelju nasilja. Osjećale su strah od zatvora kao kazne te smatraju da uhićenje, zabrana pristupa ili intervencija suda neće pomoći ili će pogoršati situaciji (39). Dio žrtava se boji da će sustav ići u korist počinitelja nasilja te da će policija ismišljati ili na drugi način loše postupati sa žrtvom obiteljskog nasilja (39, 40).

Značajan utjecaj na prijavu nasilja u obitelji imaju resursi u zajednici i njihov odgovor na prijavu (39). Dio žrtava zna gdje mogu potražiti pomoć, ali velik broj žrtava, pogotovo onih koje nemaju dugo iskustvo nasilja u obitelji, ne znaju kome se obratiti za pomoć. Velik broj osoba koje su mislile da je pomoć dostupna nisu znale objasniti gdje bi otišle i kako bi saznale gdje se mogu obratiti za pomoć. Četiri su najčešća stava žrtava o reakciji izvora pomoći u zajednici: (1) opće uvjerenje da pomoć nije dostupna ili da većina žrtava ne zna kako dobiti pomoć, (2) uvjerenje da ne postoji pomoć za starije osobe, posebice za starije osobe žrtve obiteljskog nasilja, (3) uvjerenje da su dostupne usluge teške, neugodne ili zbunjujuće, (4) izjave o resursima koji

moгу бити резултат збунјујућег и неспојивог система услуга (37, 39). Велик број жртва сматра да јавне кампање о насиљу у обitelji не узимају у обзир старије жене те да недовољно квалитетно описују начине на које жртве насиља могу потражити помоћ. Жртве емоционалног насиља које нису доживјеле физичко насиље сматрају да не постоје програми помоћи прилагођени њима јер стручњаци траже физичке доказе насиља (37, 39). Код неких жртва старије животне доби јавља се страх од институционализације у случају пријаве насиља у обitelji (39). Понашање починиоца насиља може бити препрека у тражењу помоћи. Многе жртве насиља вјерују да су својим понашањем изазвале проблеме у односу. Жртве насиља често пута подлијежу само окривљаванју прије него окривљаванју заједнице, правног система или партнера за насиље. До тога долази због чињенице да је теже промијенити заједницу или партнера него себе самог (39).

Део истраживања је показао да се само окривљавање за проблеме у односу и покоравање вољи партнера може повезати с традиционалном социјализацијом жена. Жене старијих генерације су често биле социјализиране да буду покорне. На оstanак у насилном односу утјеће и генерацијски утјецај и увјерење да је брак свет (37, 39, 40).

Internalne prepreke u traženju pomoći

Осим ванјских чимбеника који могу утјецати на не пријаву насиља у обitelji постоје и унутарњи чимбеници. Беспомоћност се описује као прихваћање починиоца потпуне контроле (39, 40). Починиоца насиља често пута контролира приступ економским и социјалним ресурсима и приликама с циљем очувања доминације над жртвом (37, 39). Осјећај беспомоћности повећава генерацијско увјерење да је брак непромијенљив те да развод није опција.

Други разлог останка у насилном односу је само окривљавање (39, 40). Оно се може дефинирати као увјерење жртве да је одговорна или заслужује насилно понашање од стране својег партнера. Починиоци насиља често пута утјећу на осјећај само окривљаванја и срама жртве. Само окривљавање је веће у дужим везама. Тајност се може описати као невољност жене да итко зна о начину на који ју интимни партнер третира. У културама које карактеризира велик интерес припадника за проблеме других жртве могу посебно невољко разговарати о приватним стварима које се могу негативно рефлектирати на обitelj (41). Генерација старијих особа је социјализирана на начин да не говоре о насиљу. Многи су изразили увјерење да када би и рекли другима, нико им не би вјеровало, а то би им доњело додатну срамоту (41).

Čest razlog ostanka u nasilnom odnosu je osjećaj obveze da zašтите obitelj (40, 41). Mnoge žene ostaju zbog obitelji i odgovornosti prema djeci. Dio žrtava vjeruje da su one pufer zone između zlostavljača i djece te da mogu umanjiti opasne situacije (41). Dio sudionica je kao razlog izrazilo potrebu za zaštitom obitelji kao zajednice. Za neke žrtve je održanje obiteljskog zajedništva važnije od zaštite sebe i ostalih članova obitelji od nasilja.

Dio žena ostaje zbog potrebe za zaštitom zlostavljača. Emocionalna veza između počinitelja i žrtve čini kaznu zlostavljača neprihvatljivom (37, 40, 41). Velik broj starijih žena je uložilo puno godina u razvoj odnosa, neke od njih imaju ekonomsku korist od supruga zbog čega ostaju u nasilnom odnosu (40, 41). Dio žena žrtava ostaje zbog svoje uloge njegovateljice zlostavljača odnosno ovisnosti o njezi zlostavljača (41).

Na posljertku osjećaj beznadnosti također može utjecati na ostanak žrtve u nasilnom odnosu. Osjećaj beznadnosti prisiljava žene srednje i starije dobi da ostanu u nasilnom odnosu i ne traže pomoć iako su svjesne nasilja. Dio žena osjeća da ne postoji pomoći ili da bi pomoć bila ponuđena na neprihvatljiv način. Dio ih vjeruje da dugotrajne veze ne nude nadu bijega. Neke žrtve smatraju da se pomoć nudi samo u slučaju teških ozljeda. Starije žene se osjećaju nevidljivo u društvu, boje se moguće usamljenosti u slučaju napuštanja partnera (41).

Međunarodne i domaće pravne odredbe vezane uz partnersko nasilje u starijoj dobi

U posljednjih 30-ak godina Europska unija na razini Europe i Ujedinjeni narodi na razini svijeta uočavaju sve ubrzaniji trend starenja stanovništva i njegove posljedice. Djeluju s ciljem senzibilizacije članica u smjeru izrade politika namijenjenih starijoj populaciji. (42). Povijesni razvoj njihova djelovanja seže u 1950. godinu kada je Europska unija donijela Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda. Slijedi ju Europska socijalna povelja 1961. (43). Navedeni dokumenti ne spominju izrijeком osobe starije životne dobi, ali se mogu primijeniti u situacijama kršenja ljudskih prava i temeljnih sloboda starijih osoba (43). Veći naglasak na starije osobe stavlja se 1982. kada je u Beču održana prva svjetska skupština o starenju. Na njoj su članice Ujedinjenih naroda donijele Međunarodni plan djelovanja na području starenja. 9 godina kasnije, 1991., definirana su Načela Ujedinjenih naroda za starije ljude, a 1. listopada je postao Međunarodni dan starijih osoba (42). 2002. je u Madridu održana Druga skupština o starenju. U sklopu nje su donesene Madridska deklaracija i Madridski internacionalni plan aktivnosti 2002. koji su implementirani u politiku UN-a i EU usmjerenu pripadnicima starije po-

pulacije. Najnoviji strateški dokument Europske unije – Europa 2020 odredio je smjernice i prioritete s ciljem smanjenja negativnih posljedica starenja stanovništva (42).

Položaj starijih osoba u Europskoj uniji razlikuje se ovisno o regiji, državi i dijelovima države u kojima starije osobe žive. Bez obzira na to, starije osobe su prepoznate kao ranjiva skupina čiju je zaštitu potrebno urediti posebnim mjerama (43). Najopćenitija zaštita starijih osoba kreće u Povelji o temeljnim pravima Europske unije koju je kao zemlja članica potpisala i Republika Hrvatska. Prvi članak povelje odnosi se na nepovredivost ljudskog dostojanstva kao onog kojeg se mora štiti i poštovati (44). U skladu s njim je Ustav Republike Hrvatske koji u članku 23. zabranjuje svaki oblik zlostavljanja (45). Članak 4. Povelje odnosi se na zabranu mučenja i neljudskog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja (44). Ovim člankom se starije osobe štite od svih oblika nasilja: fizičkog, psihičkog, ekonomskog, seksualnog nasilja, zanemarivanja, napuštanja. Člankom 25. Povelje priznaje se i poštuje pravo starijih osoba na dostojan život i neovisnost, na sudjelovanje u društvenom i kulturnom životu.

Položaj starijih osoba u Hrvatskoj veoma je sličan položaju starijih u ostatku zapadnog svijeta. Kršenje njihovih prava javlja se kroz siromaštvo, socijalnu isključenost, diskriminaciju, nasilje, nedostatak mjera, mehanizama i usluga prilagođenih njihovim potrebama (43).

U Republici Hrvatskoj nasilje nad starijim osobama regulirano je Zakonom o zaštiti od nasilja u Obitelji. Tim zakonom nasilje se definira kao:

- tjelesno nasilje
- tjelesno kažnjavanje ili drugi načini ponižavajućeg postupanja prema djeci
- psihičko nasilje koje je kod žrtve prouzročilo povredu dostojanstva ili uznemirenost
- spolno uznemiravanje
- ekonomsko nasilje kao zabrana ili onemogućavanje korištenja zajedničke ili osobne imovine, raspolaganja osobnim приходima ili imovine stečene osobnim radom ili nasljeđivanjem, onemogućavanje zapošljavanja, uskraćivanje sredstava za održavanje zajedničkog kućanstva i za skrb o djeci
- zanemarivanje potreba osobe s invaliditetom ili osobe starije životne dobi koje dovodi do njezine uznemirenosti ili vrijeđa njezino dostojanstvo i time joj nanosi tjelesne ili duševne patnje (46).

Osim navedenog zakona, ne postoji poseban zakon ili niži pravni akt koji bi dao preciznije definicije svakog od oblika nasilja. Ne postoji niti jedan pravni akt koji se konkretno odnosi na osobe starije životne dobi i njihovu zaštitu od nasilja u obitelji, partnerskog nasilja, nasilja od strane njegovatelja i nasilja u ustanovama. Stručnjaci u praksi koriste Protokol o postupanju u slučaju nasilja u obitelji.

Zaključak

Nasilje u starijoj životnoj dobi problem je s kojim se susreće sve veći broj ljudi, kako žrtava tako i stručnjaka. Između ostalog, razlog tome je porast populacije starijih osoba zbog čega njihovi problemi sve više dolaze do izražaja. S obzirom na brojnost i neprestan rast populacije starije od 65 godina problemi poprimaju globalne razmjere, a utječu na ekonomiju, zakonodavstvo, politiku, zdravstvo, socijalnu skrbi i ostale društvene sustave. Dosadašnje spoznaje upućuju na to da se partnersko nasilje u starijoj životnoj dobi javlja rjeđe od nasilja u mlađoj i srednjoj dobi. Literatura razlikuje partnersko nasilje koje se pojavilo u ranijoj životnoj dobi i nastavilo u starosti i partnersko nasilje koje je započelo u starijoj životnoj dobi zbog pronalaska novog partnera ili naglih promjena u zdravstvenom stanju dotadašnjeg partnera. Partnersko nasilje ima značajan negativan utjecaj na fizičko i psihičko zdravlje žrtve. Čimbenici rizika se nalaze na razini pojedinca – žrtve i počinitelja, ali i na razini obitelji, zajednice i društva u cjelini. Ne postoji velik broj istraživanja koja se bave navedenom problematikom. Istraživanja koja su provedena u pravilu se fokusiraju na žene žrtve nasilja izostavljajući mušku populaciju. Dosadašnja istraživanja ne obuhvaćaju velik broj žrtava i imaju nedovoljno razvijene skale procjene. Istraživanja se fokusiraju samo na žrtve zaobilazeći počinitelje. Osim nedostatka novijih istraživanja nedostaje pravna podloga zaštite starijih osoba od partnerskog nasilja. Nedovoljno su razvijene metode zaštite od partnerskog nasilja u starijoj životnoj dobi zbog čega se javlja nepovjerenje žrtava u sustav i neprijavlivanje nasilja. Potrebno je uzeti u obzir navedene probleme i omogućiti daljnji razvoj spoznaja i metoda nošenja s ovom rastućom problematikom.

Literatura

1. People in the EU – Statistics on an ageing society. Posjećeno 3. 4. 2018. na mrežnoj stranici eurostata: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=People_in_the_EU_-_statistics_on_an_ageing_society
2. Ajduković, M., Rusac, S., & Ogresta, J. (2008). Izloženost starijih osoba nasilju u obitelji. *Revija za socijalnu politiku*, 15(1), 3-22.
3. Reichert, E. (2003.) *Social work and human rights*. New York: Columbia University Press.
4. Spangler, D., & Brandl, B. (2007). Abuse in later life: Power and control dynamics and a victim-centered response. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(6), 322-331.
5. Policastro, C., & Finn, M. A. (2017). Coercive control and physical violence in older adults: Analysis using data from the National Elder Mistreatment Study. *Journal of interpersonal violence*, 32(3), 311-330.
6. Roberto, K. A., McCann, B. R., & Brossoie, N. (2013). Intimate partner violence in late life: an analysis of national news reports. *Journal of elder abuse & neglect*, 25(3), 230-241.
7. Roberto, K. A., McPherson, M. C., & Brossoie, N. (2013). Intimate partner violence in late life: a review of the empirical literature. *Violence against women*, 19(12), 1538-1558.
8. Charland, J. C. (2006). *Elder abuse, neglect, and exploitation*. Maine: University of Maine Center on Aging.
9. Hall, J. E., Karch, D. L., & Crosby, A. E. (2016). Elder abuse surveillance: Uniform definitions and recommended core data elements for use in elder abuse surveillance, Version 1.0. *Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention*.
10. Elder abuse. Posjećeno 3. 4. 2018. na mrežnim stranicama Svjetske zdravstvene organizacije: http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/en/
11. Warmling, D., Lindner, S. R., & Coelho, E. B. S. (2017). Intimate partner violence prevalence in the elderly and associated factors: systematic review. *Ciencia & saude coletiva*, 22(9), 3111-3125.
12. Harbison, J. (2008). Stoic heroines or collaborators: Ageism, feminism and the provision of assistance to abused old women. *Journal of Social Work Practice*, 22(2), 221-234.
13. Montminy, L. (2005). Older women's experiences of psychological violence in their marital relationships. *Journal of gerontological social work*, 46(2), 3-22.
14. Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Bellis, M., Penhale, B., Marmolejo, I. I., & Kärki, F. U. (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Geneva: World Health Organization.
15. Rusac, S. (2006). Nasilje nad starijim osobama. *Ljetopis socijalnog rada*, 13(2), 331-346.
16. Gulliver, P., & Fanslow, J. L. (2015). The Johnson typologies of intimate partner

- violence: An investigation of their representation in a general population of New Zealand women. *Journal of Child Custody*, 12(1), 25-46.
17. Yon, Y., Wister, A. V., Mitchell, B., & Gutman, G. (2014). A national comparison of spousal abuse in mid-and old age. *Journal of elder abuse & neglect*, 26(1), 80-105.
 18. Yan, E., & Chan, K. L. (2012). Prevalence and correlates of intimate partner violence among older Chinese couples in Hong Kong. *International Psychogeriatrics*, 24, 1437-1446.
 19. Naughton, C., Treacy, M. P., Drennan, J., Lafferty, A., Lyons, I., & Phelan, A. (2010). Abuse and neglect of older people in Ireland. *Report on The National Study of Elder Abuse and Neglect. Report Summary. Ireland: National Centre for the Protection of Older People.*
 20. Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., & Lachs, M. S. (2016). Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56(2), S194-S205.
 21. Iborra, I. (2008). Elder maltreatment within families in Spain. Valencia: Centro Reina Sofia.
 22. Homer, A. C., & Gilleard, C. (1990). Abuse of elderly people by their carers. *Bmj*, 301(6765), 1359-1362.
 23. Zink, T., Jacobson Jr, C. J., Pabst, S., Regan, S., & Fisher, B. S. (2006). A lifetime of intimate partner violence: Coping strategies of older women. *Journal of interpersonal violence*, 21(5), 634-651.
 24. Barron, J. (2007). Older women and domestic violence, An Overview. *Women's Aid.*
 25. Zink, T., Fisher, B. S., Regan, S., Pabst, S. (2005). The Prevalence and Incidence of Intimate Partner Violence in Older Women in Primary Care Practices. *The Journal of General Internal Medicines*, 20(1), 884-888.
 26. Brownell, P. (2015.). Older Women and Intimate Partner Violence. United States: Wiley & Sons.
 27. Intimate partner violence in the United States-2010. Posjećeno 14. 5. 2017. na mrežnim stranicama Centers for Disease Control and Prevention (CDC): <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/21961>
 28. Ajduković, M., Ogresta, J., & Rusac, S. (2009). Family violence and helath among elderly in Croatia. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(3), 261-279.
 29. Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., & Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American journal of preventive medicine*, 23(4), 260-268.
 30. Mouton, C. P. (2003). Intimate partner violence and health status among older women: *Violence Against Women*, 9(12), 1465-1477.
 31. Fisher, B. S., & Regan, S. L. (2006). The extent and frequency of abuse in the lives o folder women and their relationship with health outcomes. *The Gerontologist*, 46(2), 200-209.

32. Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'campo, P., & Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of internal medicine*, 162(10), 1157-1163.
33. Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., & Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, 371(9619), 1165-1172.
34. Mouton, C. P., Rovi, S., Furniss, K., & Lasser, N. L. (1999). The associations between health and domestic violence in older women: results of a pilot study. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 8(9), 1173-1179.
35. Mouton, C. P. (2003). Intimate partner violence and health status among older women. *Violence Against Women*, 9(12), 1465-1477.
36. Fisher, B. S., Zink, T., & Regan, S. L. (2011). Abuses against older women: Prevalence and health effects. *Journal of interpersonal violence*, 26(2), 254-268.
37. McGarry, J., & Simpson, C. (2011). Domestic abuse and older women: exploring the opportunities for service development and care delivery. *The Journal of Adult Protection*, 13(6), 294-301.
38. Lazenbatt, A., Davaney, J., & Gildea, A. (2013). Older women living and coping with domestic violence. *Community practitioner*, 86(2), 28.
39. Beaulaurier, R. L., Seff, L. R., Newman, F. L., & Dunlop, B. (2007). External barriers to help seeking for older women who experience intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 22(8), 747-755.
40. Zink, T., Regan, S., Jacobson Jr, C. J., & Pabst, S. (2003). Cohort, period, and aging effects: A qualitative study of older women's reasons for remaining in abusive relationships. *Violence against women*, 9(12), 1429-1441.
41. Beaulaurier, R. L., Seff, L. R., Newman, F. L., & Dunlop, B. (2006). Internal barriers to help seeking for middle-aged and older women who experience intimate partner violence. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(3), 53-74.
42. Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. – 2016. (2014). Zagreb: Republika Hrvatska, Ministarstvo socijalne politike i mladih. Posjećeno 30. svibnja 2018. na mrežnoj stranici Ministarstva socijalne politike i mladih: [https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//ZPPI/Strategije%20-%20OGP/socijalna%20politika//strategija%20socijalne%20skrbi%20za%20starije%2014-2-14\[1\].pdf](https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//ZPPI/Strategije%20-%20OGP/socijalna%20politika//strategija%20socijalne%20skrbi%20za%20starije%2014-2-14[1].pdf)
43. Rešetar Čulo, I. (2014). Zaštita prava starijih osoba u Europi: trenutno stanje, nedostatci i izazovi. *Pravni vjesnik*, 30(2), 117-135.
44. Povelja Europske unije o temeljnim pravima, 2010/C 83/02
45. Hrabar, D. (2007). Deontološka prosudba ljudskog dostojanstva u obiteljskom pravu. *Bogoslovska smotra*, 77(1), 29-42.
46. Zakon o zaštiti od nasilja u obitelji. *Narodne novine*, br. 70/2017.

Katarina Risovic
Silvia Rusac
Natasa Todorovic

CHARACTERISTICS OF PARTNER VIOLENCE IN OLDER AGE

Abstract

Given the number and continued growth of the population over 65, certain problems are taking on a global scale, affecting the economy, legislation, politics, health, social care and other social systems. Violence in the intimate relationships of the elderly occurs less frequently than in the younger, but often enough to make it a global health problem. Older partner violence has a significant negative impact on the physical and mental health of the victim. Risk factors are found at the level of the individual - the victim and the perpetrator, but also at the level of the family, community and society as a whole. The aim of this paper is to present in a concise and clear way current knowledge about partner violence in older life, theoretical explanations, knowledge about prevalence, risk factors, reasons for staying in a violent relationship and forms of prevention. The purpose of the paper is to draw the attention of academia and society to the problem of partner violence in older age and to provide a starting point for more recent research.

Key words: old people, domestic violence, partner violence, prevention.

Драгана Новаковић²⁰

УСАМЉЕНОСТ КАО ПИТАЊЕ НАЦИОНАЛНОГ ЗНАЧАЈА – СТРАТЕШКИ ПРИСТУП НА ПРИМЕРУ ВЕЛИКЕ БРИТАНИЈЕ

Апстракт

Усамљеност је појам који је од увек инспирација многих који су покушавали да га дефинишу и проникну у његову суштину. Иако се често говори о томе да савремени начин живота, нарочито у развијеном делу света, све више погодује проблему усамљености, има аутора који тврде да је овај проблем стар колико и човечанство, само се данас о њему више говори. Било да је проблем усамљености у експанзији или не, нека савремена друштва и државе су овом питању одлучила да дају највиши значај и да његово решавање институционално подигну на највиши ниво. Једна од таквих држава је Велика Британија, која се упустила у пионирски подухват именовања првог министра за усамљеност у својој земљи. Овај рад приказује хронологију догађања која су навела Британце да од развоја свести и ширења сазнања о погубним ефектима које усамљеност има на здравље и социјални стандард становништва, као и на економију ове земље, учине конкретне кораке ка решавању овог важног друштвеног питања. Укључивање Парламента и чланова Владе (од иницијативе члана лабуриста Хелен Џоан Кокс, преко формирања парламентарне Комисије за усамљеност, које је дала главне препоруке о даљим корацима), омогућили су да Велика Британија буде прва земља у свету која је у јануару 2018. добила свог Министра за усамљеност. Девет месеци након тога јавности је представљена прва Стратегија о усамљености са планом активности до 2023. године. Први резултати примене нове Стратегије саопштени су редовном извештају надлежног министарства годину дана након њеног усвајања, а међу најзначајнијим резултатима се истиче формирање Фонда за изградњу повезаности кроз који је за решавање проблема усамљености у Великој Британији опредељено 11,5 милиона фунти. У поступку научног истраживања у раду је изражено присутна примена метода студије случаја, као и анализа садржаја докумената, оцена и анализа података, испитивање и посматрање.

Кључне речи: усамљеност, Министар за усамљеност, Велика Британија, Стратегија о усамљености

Увод

Појам усамљености, који добрим делом има тежишну позицију у овом раду, вечита је тема филозофа, социолога, психолога, али и песника, писаца, сликара, свих уметника и других стваралаца који су, са више или мање успеха, од најранијих доба развоја људског друштва покушавали да га дефинишу и проникну у његову суштину. У научној литератури се можда најчешће среће дефиниција која усамљеност одређује као „непријатно искуство које настаје када мрежа друштвених односа значајно ослаби, било у квантитативном или у квалитативном смислу“ (Perlman & Perlau, 1984:15). У својој Филозофији усамљености Свенсен наводи да „усамљеност по дефиницији подразумева непријатност или бол услед некаквог недостатка у односу према другима“ (Свенсен: 2017: 18). За овог аутора појам усамљености је у великој мери близак чежњи. Он наводи да је чежња „нужан саставни део усамљености“ и да она „подразумева жељу да се уклони физичка или ментална удаљеност од неког ко нам је важан. То је потреба за нечијим присуством. Може да буде и чежња за већом блискошћу с неким ко јесте присутан“ (Свенсен, 2017: 18). У сваком случају, јасно је да је усамљеност осећање, то је „емотивна реакција појединца на незадовољену потребу за заједништвом“ (Свенсен, 2017: 18).

Можда ће нам бити лакше да појам усамљености одредимо ако кажемо шта он није. Пре свега, усамљеност треба разликовати од појма самоће. Самоћа, за разлику од усамљености не мора нужно имати негативни смисао. Она може бити и свесни избор појединца, израз његове воље и намере да буде одвојен, или изолован од других. То може бити место пријатног мира, стваралачке инспирације, повлачења у сопствени свет размишљања, опуштања и слично. Тек уколико се самоћа од стране појединца негативно доживљава као непожељна и ако код њега изазива негативне емоције, можемо говорити о усамљености. Важно је утврдити да је усамљеност негативно перципирано или доживљено осећање самоће. Бити усамљен и бити сам су, дакле, два различита феномена.²¹

Други појам уз помоћ којег се усамљеност боље разуме је појам комуницирања. Већ је добро позната чињеница да комуницирање пред-

21 И енглески језик познаје разлику између речи „solitude“ која се односи на чињеницу да је неко сам, али је реч о самоћи која се позитивно тумачи и доживљава, која је донекле чак потврда човекове способности да се самостално носи са изазовима живота и, са друге стране „loneliness“, као ознака оне лоше, непожељне самоће која изазива патњу. У француском језику постоје такође два израза: „la solitude“ – самоћа и „l'isolement“ – усамљеност.

ставља једну од најважнијих човекових способности и потреба: комуникација је суштински део одређења човека и основни друштвени однос који човек успоставља од самог свог постанка. Иако су комуникациони процеси, или само неки његови фрагменти, заступљени и код других живих бића (животиња, па и неких биљака), способност човека да комуницира свесно и са промишљеном намером (а не више искључиво на нивоу природних инстинкта), одваја га од свих осталог живог света.

Комуницирање је директна последица и доказ човекове потребе да успостави везу са другима – и сама реч има корен у латинском језику: *communis* са значењем заједнички, општи, уобичајени и *communicare* што значи делити, општити, чинити нешто заједничким. И израз у енглеском језику „*to have something in common*“ (у преводу: имати нешто заједничко (са неким или са нечим)), се користи управо када се жели указати на постојање одређене повезаности (на пример, на основу сличног интересовања), блискости, односно релације са другим људима. Другим речима, комуникација је недвосмислени знак постојања човекових социјалних интеракција и напуштања простора изолованости, који је са друге стране, макар начелно, основни предуслов појму усамљености. Каже се да је путем процеса комуницирања човек прешао из сфере индивидуалног у сферу колективног, друштвеног. Човек, дакле, није почео да комуницира да би себе исказао, него да би се повезао са другим људима и светом око себе, да би се остварио као друштвено биће. А „да нисмо друштвена бића, не би било ни усамљености“ (Свенсен, 2017: 13). О томе у каквој су снажној спреси човекова повезаност са другима и његова потреба да се кроз ту повезаност остварује као целовито људско биће (као Аристотелова друштвена или политичка животиња – *zoon politikon*), знали су још антички филозофи. Није стога случајно што се у том добу једном од најтежих казни починиоцима кривичних дела (најпре онима који су желели повратак тираније, а касније као мера против политичких противника) сматрао остракизам – протеривање из полиса, које је подразумевало прекидање друштвених веза и релација које је кажњеник до тада у свом животу имао. Његова казна била је казна изопштавања, екскомуникације и изолације, односно невољна самоћа која се онда лако претварала у усамљеност. И све до данас, свака затворска казна није ништа друго него искључивање кажњеника из његових друштвених односа, а казна бравком у самици је недвосмислено једна од најдрастичнијих и једна од оних које се најтеже подносе.

Међутим, ни остваривање комуницирање само у формалном смислу не мора обезбедити и изостанак осећања усамљености. Да би се

то догодило, људској комуникацији је неопходан квалитет кроз који се остварује истинска повезаност субјеката у комуникацији. Тај квалитет препознајемо и као међусобно разумевање и прихватање (уколико је су разумевање и прихватање присутни у још израженијој мери, можемо говорити о емпатији или емпатичкој комуникацији). Односно, тек ако је човек у комуникационој пракси схваћен, то јест прихваћен од стране других, ако своје односе темељи на томе што гради односе поверења са својом околином, може се рећи да је на трагу избегавања непожељног искуства изопштености и усамљености. И опет, тај доживљај схваћености или прихваћености део је његовог личног искуства, односно емоционалног, подједнако као и рационалног доживљаја комуникационе ситуације.²² Из овога закључујемо да суштина усамљености не лежи у пукој чињеници да је неко окружен другим људима, већ у томе како доживљава тај однос према (и са) другима.

Усамљеност у савременим оквирима и британски одговор

О усамљености се, у савременим, нарочито западним и развијеним друштвима, којима Велика Британија без сумње припада, све чешће говори као о растућем проблему. У којој мери је усамљеност својствена савременом друштву показују разматрања, која иду дотле да тврде да „постоје и неки општи закони савременог развоја цивилизације који врло неповољно делују на реаговање личности за себе“ (Јеротић, 2015:1). У околности савременог живљења које се доводе у везу са растућим бројем усамљених људи, обично се убрајају: брз темпо живљења, све веће отуђење од природе, измењена улога и структура породице, равнодушност околине и смањено испољавање солидарности, општа тежња ка аутоматизацији живота (уз употребу тенологија које и овде испољавају двојак ефекте), бирократски начин опхођења према људима (саме административне процедуре често важније од оних на које се односе, због чега представљају више препреку него помоћ у решавању различитих потреба и ситуација), недостатак осећања основне сигурности и збринутости (нарочито лош економски и социјални положај), као и угроженост самог материјалног и психичког опстанка.

22 И сама усамљеност има своју афективну и когнитивну страну, које нису јасно радовојене. Оно што осећате зависи од онога што мислите о ономе што доживљавате, а оно што мислите о ономе што доживљавате зависи од онога што осећате. (Свенсен, 2017: 38)

Са друге стране, неки аутори указују на то да заправо не постоји никаква савремена „епидемија усамљености“, нити да живимо у некаквом „добу усамљености“, већ да је овај феномен стар колико и човечанство, да се „усамљености указује све више пажње, али да до не значи да је има све више“ (Свенсен, 2017: 12).

Кад говоримо о савременим западним друштвима и демократијама (од којих су многе, подсетимо се, настале баш по узору на британски модел), једно од општих места у савременим друштвеним наукама је и тврдња да су либерална традиција и индивидуалистичка култура донеле људима многе слободе, али и значајно повећале отуђеност. Савремени човек ужива своја либерална права и слободе (као што су слобода мишљења, изражавања, право приватне својине, право на рад и зараду, право на приватни живот итд.). Али, да ли су она истовремено одвојила појединца од заједнице у мери у којој се губе оне функционалне, потребне и суштински важне релације друштвености? Осим тога, кад говоримо о најважнијим карактеристикама живота савременог човека, јавља се и питање питање разматрано у разним варијацијама – да ли су масовни медији, дигитално доба у коме живи савремени човек, конформистичко-конзумеристичка култура и капиталистички императив потрошње, пасивизирали појединца стварајући *Усамљену гомилу* (књига Дејвида Рисмана из 1950. године)? Задатак овог рада није да дубље отвара питања и на ову тему, нити за њен обим има довољно простора у само једном тексту, али је потреба за укључивањем размишља о њој као једног од непосредних узрока усамљености код савремених људи, свакако присутна.

Када говоримо о либералној традицији и либералним демократијама, каква је Велика Британија, не треба заборавити да је у овим друштвима присутан појам позитивне слободе, оног домена живљења који се „одвија у складу са сопственим вредностима“, који означава „могућност аутономног избора“ и „преузимање контроле над сопственим животом и његовим обликовањем“ (Свенсен, 2017: 98). У таквој, неспорно вредној пракси, појединцу се пружају могућности за самореализацију у домену сопствених циљева, хтења, интересовања и вредности. С друге стране, развијена друштва, пре или касније препознају потребу да се овај процес индивидуализације човека не одвија до својих крајњих и тиме обесмишљајућих граница, јер би се такво исходиште сматрало само плодним тлом за негативне друштвене појаве, или социјалне проблеме. Другим речима, и ова друштва су свесна да уколико би се код људи у дужем времену развијао осећај или доживљај усамљености, сва-

ком друштвеном систему који би занемарио овакве ситуације, би могло лако да се деси да му се такви појединци као бумеранг враћају у виду различитих негативних друштвених дешавања. То је разлог због кога се проблем усамљености све више везује за стање јавног здравља једне земље, њихових социјалних система и мера, али и погубних економских ефеката. На трагу оваквих размишљања, у Великој Британији је начињен пионирски подухват ка решавању овог питања на највишем, националном нивоу – именовањем министра за усамљеност.

Оснивање Министарства за усамљеност (како се често у широј јавности скраћено и популарно назива) у Великој Британији у великој мери је и заслуга чланице британског парламента, Хелен Џоан Кокс (*Helen Joanne Cox*, 1974 – 2016). Док је обављала дужност члана Парламента (енгл. *Member of Parliament – MP*) из редова, тада опозиционе Лабуристичке партије, Кокс је велику пажњу скретала на проблем усамљености у британском друштву. У једној од својих изјава, посланица лабуриста јасно је исказала своју непомирљивост са патњом усамљених људи: „Не желим да живим у земљи у којој хиљаде људи живе усамљеничким животом, заборављени од свих.“²³ За време свог рада у Парламенту Кокс је учинила пуно у правцу иницијативе за формирање комисије у чији се рад врло брзо, осим британских парламентарараца, укључило и 13 британских добротворних организација. Ова иницијатива је у први план стављала чињеницу да сви могу учинити нешто и допринети да се помогне усамљеним људима у заједници у којој живе, а учешће чланова британског Парламента у њеном раду био је јасан знак постојања и политичке воље да се на овом плану ради више. Осим ових ставова, Кокс се сврставала у ред политичара који су били заговорници останка Велике Британије у Европској Унији, као и противника војне интервенције ове земље у рату у Сирији (на гласању у Парламенту по овом питању у октобру 2015. остала је уздржана, залажући се за формирање такозваних „сигурних уточишта“ и „зона нелетења“, које би биле безбедне за боравак избеглица).²⁴

На несрећу, живот и каријера Хелен Џоан Кокс окончани су у трагичном нападу 16. јуна 2016. године, након што је на четрдесетдвогодишњу парламентарку најпре пуцано из ватреног оружја, да би потом претрпела више убода ножем. Напад се догодио приликом посете мањем месту у За-

23 <https://www.ageuk.org.uk/our-impact/campaigning/jo-cox-commission/> (приступљено 7. марта 2020.)

24 <https://www.theguardian.com/politics/2015/oct/10/labour-mps-defy-jeremy-corbyn-on-syria> (приступљено 7. марта 2020.)

падном Јоркширу где је Кокс, у јеку кампање за Брегзит, требало да разговара са грађанима у тој изборној јединици. Овај вид комуникације бирача са својим политичким представницима је иначе уобичајена пракса у Великој Британији и Ирској и има посебан назив – „политичка хирургија“ (*political surgery*), „изборна хирургија“ (*constituency surgery*) или такозвана „амбуланта за изборне јединице“ (*constituency clinic*)²⁵. Према изјавама очевидаца, као и каснијим полицијским извештајима напад је извршио педесетдвогодишњи Томас Мејр (*Thomas Mair*), за кога се утврдило да је имао историју психијатријских проблема, као и повезаност са неколико неонацистичких група у САД. Мејр је брзо ухапшен и осуђен на доживотну казну затвора.

Овај немили догађај и трагично убиство узбуркали су британску јавност, али су и подстакли поборнике њених идеја да наставе где је Џо Кокс стала. У јануару 2017. године, у Парламенту је основана комисија са задатком да састави извештај у коме ће бити представљени начини борбе против усамљености у Великој Британији. Џо Кокс Комисија за усамљеност (*Joe Cox Commission on Loneliness*)²⁶, како у сећање на младу лабуристичку политичарку гласи њен званични назив, за председавајуће је имала две жене – из Конзервативне странке Симу Кенеди (*Seema Kennedy*), која је на оснивању комисије радила са Џо Кокс од почетка и Рејчел Ривс (*Rachel Reeves*) из редова лабуриста. Финални извештај Комисије објављен је у децембру исте године, а најважније препоруке из овог документа односиле су се на три области²⁷:

а) **национални план**, који подразумева усвајање Националне стратегије усамљености у Великој Британији за све узрасте, именовање надлежног министра и увођење истраживања и тестирања о породичним и другим односима

б) **мерење напретка**, које укључује изразу националног показатеља усамљености свих старосних група, укључивање мерених резултата у

25 Овај назив потиче из америчке праксе јер је термин „хирургија“ назив за радно место лекара опште праксе. Питања која грађани могу упутити политичарима том приликом могу се тицати различитих тема (од локалне до националне политике), а састанци су обично поверљиви (баш као и разговори које пацијенти воде са својим лекаром у амбуланти), воде се као разговор „очи-у-очи“, за разлику од пријема грађана у просторијама јавних служби (градских скупштина и сл.) којима обично присуствују и други грађани.

26 https://www.jocoxfoundation.org/loneliness_commission (приступљено 9. марта 2020.)

27 https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/active-communities/rb_dec17_jocox_commission_finalreport.pdf, p. 3 (приступљено 8. марта 2020.)

главне националне студије, годишње извештавање о усамљености, програме који доказују које мере дају резултате у решавању усамљености, као и као слање лако разумљивих порука које омогућавају појединцима да се повежу са другима и избегну усамљеност

в) **покретање активности**, кроз финансирање иницијатива, активности и пројеката и стимулисање иновација.

Међутим, овај извештај се не односи само на мере које национална влада треба да предузме. У решавање проблема усамљености, сматрају његови креатори, треба да се укључе и градоначелници, сви водећи људи у јавном сектору, лидери из пословног света, општине, различите организације које окупљају волонтере и, коначно – дословно свако од нас²⁸.

Статистичка слика која се наводи у овом извештају позива се на податке организација које се у оквиру својих активности баве и овом темом (Црвени Крст, Старост ВБ (*Age UK*), Неговатељи ВБ (*Carers UK*), Независно доба (*Independent Age*), Форум (*The Forum*), Удружење Алцјамер (*Alzheimer's Society*), Акција за децу (*Action for Children*) и др. Неки од показатеља из извештаја говоре да је више од 9 милиона људи (или сваки десети становник Велике Британије) често или увек усамљено, за 3,6 милиона Британаца који имају 65 година гледање телевизије је главни вид „друштвеност“ који практикују, чак 50% људи са инвалидитетом ће сигурно искусити усамљеност, 38% људи са деменцијом је изјавило да су изгубили пријатеље након што су добили дијагнозу, 8 од 10 људи који негују своје најближе осећају се усамљено или изоловано, најмање један од три испитаника од 75 година или старији каже да је осећање усамљености изван њихове контроле, најмање један од 10 мушкараца кажу да су усамљени, али да то ником не би признали, више од половине родитеља (52%) се осећало усамљено, од чега 21% је то осећање имало у последњој недељи, 58% миграната или избеглица који бораве у Лондону описује усамљеност или изолованост као свој највећи изазов. Уочљиво је да се у великој мери ова статистика, било директно или посредно, односи на старију популацију у Великој Британији, за коју се каже да бележе релативно непроменљиви подаци у погледу хроничне усамљености – од 5 до 15% старијих британских грађана изјављују да су увек или често усамљени.²⁹

28 https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/active-communities/rb_dec17_jocox_commission_finalreport.pdf, p. 3 (приступљено 8. марта 2020.)

29 https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/active-communities/rb_dec17_jocox_commission_finalreport.pdf, p. 8-9 (приступљено 9. марта 2020.)

Иако се у овом Извештају наводи да је и нормално да ћемо се сви понекад осећати усамљено, утврђено је да одређени животни догађаји или околности више погодују појави оваквих осећања. У рањивије категорије свакако спадају људи са неким од облика инвалидитета, они који имају проблема са менталним здрављем или друге здравствене проблеме, они који живе сами, припадници неких (али не свих) етничких мањина и, наравно, старији људи.³⁰

Осим општеприхваћених тврдњи да усамљеност битно повећава ризик за психичка и соматска обољења, у извештају се посебно указује на то да усамљеност по људски организам може бити штетна колико и гојазност, физичка неактивност или пушење (ослабљени друштвени контакти нарушавају здравље као пушење чак 15 цигарета дневно), а у зимском периоду може бити и смртоносна³¹. Према наводима британских лекара опште праксе, чак три четвртине њих тврди да се сретну са најмање једним, па и до пет пацијента дневно који се жале на проблем усамљености.³² Усамљеност се у овом извештају доводи у непосредну везу са другим здравственим проблемима, као што су болеси срца, повећени ризик од можданог удара, деменције или Алцхајмерове болести. Усамљеност увећава изгледе за повећани крвни притисак, метаболички синдром, испрекидано спавање, проблеме са хипофизом, ослабљен имунитет, ослабљене рефлексе (Сасиорро, Ј. Т., & Сасиорро, С, 2014: 62), симптоматологију депресије, опадање когнитивних способности, повећане вредности јутарњег кортизола, укупне изгледе за оболевање и смртност (Сасиорро, Ј. Т., & Сасиорро, С, 2014: 65-66). Ситуација се додатно усложњава ако знамо да припадници старије популације већ због саме старости представљају угрожену категорију.³³ Кад је реч о непосредним

30 https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/active-communities/rb_dec17_jocox_commission_finalreport.pdf, p. 10-11 (приступљено 9. марта 2020.)

31 У национално референтном истраживању које је 2010. године спроведено у САД, у коме је на узорку људи од 50 и више година, испитиван однос између здравственог стања и усамљености, установљено је да постоји већа стопа оболевања и смртности код људи који су истовремено стари и усамљени, него код оних који су само стари. (уп: Сасиорро, Ј. Т., & Сасиорро, С, 2014: 62)

32 <https://www.gov.uk/government/news/pm-launches-governments-first-loneliness-strategy> (приступљено 10. марта 2020.)

33 Овде не треба допустити замену теза и прихватити уобичајени стереотип (са којим се можда друштво најчешће среће) о томе да је усамљеност искуство које је ограничено на старије људе, те се посматра као део „нормалног старења“ (наводи

британским искуствима и извештају Комисије, суморну статистику допуњава и податак да око 200 000 њих нису имали комуникацију са пријатељима или породицом више од месец дана.³⁴

Коначно, ни финансијски биланс, како се наводи у овом извештају, погубног утицаја усамљености у Великој Британији, није занемарљив. Процене су да усамљеност кошта британске послодавце око 2,5 милиона фунти годишње, а укупни губици британске економије досежу 32 милиона фунти сваке године. Извештај такође наводи да би се на сваку фунту која би била уложена у решавање проблема усамљености, могло рачунати на повраћај од 1,26 фунти.³⁵

Међутим, намеће се и питање да ли је слика усамљености у Великој Британији лошија него у другим државама и да ли је и то био додатни мотив британским властима да разматрају и касније реализују идеју о именовању министра за усамљеност. Постоје мишљења да је у погледу усамљености пресуднији фактор земља у којој човек живи (то јест, његово окружење), него узраст, односно старосна категорија (уп: Свенсен, 2017: 59). Једно од истраживања у коме се даје упоредни приказ и анализа проблема у 25 европских земаља објављено је 2011. године (Yang, K., & Victor, C. 2011). Ради добијања што релевантнијег резултата, али њиховог лакшег упоређивања и међусобног сагледавања, државе су подељене у три групе: групу 1 чиниле су Бугарска, Мађарска, Летонија, Пољска, Румунија, Русија, Словачка и Украјина; у групи 2 биле су Белгија, Данска, Финска, Немачка, Ирска, Холандија, Норвешка, Шведска, Швајцарска и Велика Британија; у групи 3 нашле су се Аустрија, Кипар, Естонија,

се да чак 90% популације у Великој Британији сматра да је усамљеност повезана са старењем (Victor et. al. 2002: 586). У контексту савремених западних (пост)модерних друштава, усамљеност се доживљава као проблем који је посебно повезан са старењем и старима. Претпоставка о повезаности између старости и усамљености своје објашњење даје указујући на низ кључних промена које се повезују са старошћу: усамљеност се јавља чешће због одлазак у пензију, деца која одрастају и одлазе из куће (синдром „празног гнезда“), повећана преваленција хроничних здравствених проблема, болест или повреда супружника коју узрокује улазак у дугорочну улогу неговатеља. Било који од ових догађаја може сигнализирати погоршање физичке способности и здравља, што резултира а смањењем могућности за социјални ангажман и друштвену активност. (Yang, K., & Victor, C. 2011: 1370)

34 <https://www.gov.uk/government/news/pm-launches-governments-first-loneliness-strategy> (приступљено 10. марта 2020.)

35 https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/active-communities/rb_dec17_jocox_commission_finalreport.pdf, p. 10-11 (приступљено 8. марта 2020.)

Француска, Португалија, Словенија и Шпанија. Генерални закључак се односи на показатеље усамљености, која је у свим земљама најмање заступљена код испитаника од 30 до 60 година, док се од 60 године надаље примећује пораст, који се највише увећава код популације старије од 80 година – увећање за 16,9% (Yang, K., & Victor, C. 2011: 1377-1378). Резултат који је Велика Британија показала сличан је статистикама у другим државама сврстаним у исту групу. Стопа честе усамљености у овим земљама креће се око 10% скоро у свим старосним групама осим оних изнад 70 година.

Нешто детаљнији резултати приказани су у испитивању усамљености код одраслих особа само у оквиру Велике Британије (уп: Victor, C. R., & Yang, K. 2012). Она потврђују да су најмање угоржени испитаници средње животне доби, док је код Британаца млађих од 25 и оних старијих од 65 година приметан пораст (графикон формира тзв. „U“ криву), док су у свим старосним групама угроженије жене него мушкарци. (Victor, C. R., & Yang, K. 2012: 96). Свеукупно, Велика Британија спада у земље у којима је стопа усамљености у границама европског просека или може бити оцењена као ниска, један је од закључака овог истраживања. Ипак, има показатеља да, поред релативно добрих општих резултата, и у Великој Британији посебно угрожену категорију представљају старији људи. Ове бројке кажу да око пола милиона људи старијих од 60 година обично сами проводе дан, без интеракција са другим људима, а скоро исто толико њих често никога не сретну нити са ким разговарају пет или шест дана у континуитету.³⁶

Решења и стратегија

Иако Велика Британија није земља са највећим вредносима процента усамљених људи, она је прва земља која се определила да ово питање, политички гледано, подигне на највиши ниво. Напори бројних добротворних организација, појединаца, и као тековина борбе Џо Кокс, резултирали су у јануару 2018. године именовањем министра за усамљеност.

Тадашња британска премијерка Тереза Меј (*Theresa May*) објаснила да се британска влада одлучила на овакав корак јер је „Усамљеност, најжалост, једна тужна стварност за многе људе у модерном свету“ и дода-

36 <https://www.theguardian.com/society/2017/jan/06/half-a-million-older-people-spend-every-day-alone-poll-shows> (приступљено 10. марта 2020.)

ла: „Желимо да се боримо са овим проблемом како би га усамљени могли превазићи, односно како би имали са ким да поделе оно што мисле. Џо Кокс је особа која је успела да скрене пажњу на којем нивоу је усамљеност у нашој земљи и свој живот је посветила томе да помогне тим људима“.³⁷ Прихватајући препоруке из извештаја Комисије за усамљеност, британска влада је Министарству за спорт и цивилно друштво додала и ресор за усамљеност, чиме је дотадашњи надлежни министар Трејси Крауч (*Tracey Crouch*) постала званично први министар за спорт, цивилно друштво и усамљеност. Основни задатак који је Крауч добила је био да води рад владине групе задужене за борбу против усамљености и да том питању да одговарајући значај обезбеђујући расправу на ту тему у Парламенту.

Први конкретни резултати рада владине групе уследили су након девет месеци када је, у октобру 2018. године, јавности представљена Стратегија о усамљености³⁸. Овај документ предвидео је широку друштвену и политички акцију свих значајних субјеката: министарстава у Влади (не само надлежног Министарства за спорт, цивилно друштво и усамљеност, већ и Министарства за становање, општинску и локалну самоуправу, Министарства правде, Министарства здравља, Министарства образовања), послодавце, добровољне организације, локалне власти, сектор здравствених услуга, породице, пријатеље, као и укључивање сваког појединца. Стратегија о усамљености своје планове пројектује до 2023. године. Сумирајући најпре дотадашњи рад на овом пољу, искуства и информације прикупљене на терену, Стратегија је подељена у 5 поглавља: 1) Докази и увид у ситуацију, 2) Организације које подржавају и омогућавају остваривање веза међу људима, 3) Инфраструктура заједнице која јача друштвену повезаност, 4) Развијање културе која негује повезаност у заједницама и 5) Корази ка будућности

Решења и мере која су предложене у Стратегији фокусирају се на активности у неколико кључних области:

А) Усвајање националног плана за мерење усамљености од стране британске Канцеларије за статистику; предложена методологија почиње од једног директног питања: „Колико често се осећате усамљено?“. Даљи

37 <https://www.nationalgeographic.rs/vesti/11368-prva-zemlja-koja-je-formirala-ministarstvo-za-usamljene.html> (приступљено 11. марта 2020.)

38 Цео текст Стратегије на: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/750909/6.4882_DCMS_Loneliness_Strategy_web_Update.pdf (приступљено 11. марта 2020.)

поступак подразумева употребу скале усамљености Универзитета Калифорнија у Лос Анђелесу (*UCLA*) и то са три ставке: „Колико често осећате да вам недостаје дружење? Колико често се осећате изостављеним? и Колико често се осећате изоловано од других?

Б) Усвајање оквира за повезивање и побољшање социјалних услуга, путем већег ангажовања социјалних служби и стручњака који људе који су усамљени позивају да узму учешће у активностима као што су уметничке радионице или други видови окупљања у срединама где живе. У вези са овим посебно се говори о мерама такозване друштвене прескрипције³⁹. Стратегија о усамљености Владе Велике Британије предвиђа да ће до 2023. године сви лекари опште праксе у тој земљи имати могућност да своје пацијенте који се жале на проблем усамљености усмере ка различитим активностима у заједници и добровољним службама које ће бити оспособљене да пруже адекватну подршку оваквим пацијентима, уместо да им за такве проблеме прописују терапију лековима. Јер чак и када не изазива изазива физичке сметње или бол, свакако је узрочник једне врсте психичког бола. Предвиђено је и наменско финансирање и повезивање пацијената са активистима и организацијама које им могу обезбедити различите активности (као што су часови кувања, организовање пешачких тура, укључивање у рад различитих уметничких група и слично).

В) Рад унутар локалних заједница и промовисање социјалног повезивања у областима као што су уређење јавних и недовољно искоришћених простора, транспортна и саобраћајна мрежа које олакшавају повезаност међу људима, услови становања, коришћење нових технологија (дигитална инклузија, повећање безбедности на интернету и др.)

Г) Јавне здравствене кампање које подижу свест и смањују стигму око усамљености.

Међутим, након само месец дана од када је Стратегија угледала светлост дана, а први министар за усамљеност са надањем говорила да тај документ садржи снажну визију у решавању овог проблема, Трејси Крауч је поднела оставку на ту функцију. Одлуку је донела због опредељења Владе да за неколико месеци одложи разматрање промена у области регулисања рада кладионица и игара на срећу (између осталог, један од главних партнера у оснивању владиног фонда требало је да буде

³⁹ У енглеском језику назив за ово је *social prescribing*, јер је искоришћена иста реч која се користи за ситуације када лекари преписују рецепте својим пацијентима, само што се овде на сличан начине делује о области социјалних служби.

Национална лутрија). На њено место постављена је Миријам Дејвис (Miriam Davies) која је најавила наставак рада на решавању проблема усамљености. Недуго по ступању на дужност Дејвис је најавила чак 126 националних пројеката и исто толико организација за које ће Влада Велике Британије одвојити укупно 11,5 милиона фунти⁴⁰. Тиме је Дејвис окончала посао који је њена претходница Крауч започела, а пројекти чије је финансирање фонд покривао подразумевали су: увођење боље саобраћајне повезаности људи који су из тих разлога физички изоловани, рад на додатној дигитализацији система који омогућава старијим људима да се боље повежу, подршку ЛГБТ особама и др. Опредељена средства Владе била су намењена људима свих категорија, свих старосних група и порекла и значила су оснивање првог националног фонда за борбу против усамљености – Фонда за изградњу повезаности (*Building Connections Fund*).

Резултати рада Дејвис били су и покретање кампање „Разговарајмо о усамљености“ (*Let's Talk Loneliness*)⁴¹, постављање видео материјала у коме се она лично и директно обраћа на друштвеним мрежама са циљем повећања свести о проблему⁴² (најављена је и недеља свести о усамљености), као и организовање компетитивног укључивања пројеката који имају за циљ примену иновативних технолошких (и дигиталних) решења, за чији рад је награђено десет пројеката, а укупно определено милион фунти.⁴³

Дејвис је на дужности остала до јула 2019. године када је у новој Влади Бориса Џонсона⁴⁴ (*Boris Johnson*) постављена на место министра за запошљавање у Министарству за рада и пензије. Дужност трећег по реду министра за усамљеност 26. јула 2019. преузела је Дајана Баран (*Diana Barran*) и она је на тој функцији до данас. Међу саопштењима министарства на званичној веб страници актуелне владе налазе се тренутно два саопштења која се тичу наставка решавања проблема усамљености.

40 <https://www.gov.uk/government/news/115-million-fund-to-tackle-loneliness-across-england> (приступљено 11. марта 2020.)

41 <https://letstalkloneliness.co.uk/> (приступљено 11. марта 2020.)

42 <https://www.facebook.com/dcmgovuk/videos/414725242717461/?v=414725242717461> (приступљено 11. марта 2020.)

43 <https://techtoconnect.challenges.org/finalists/> (приступљено 11. марта 2020.)

44 У међувремену су 12. децембра 2019. године у Великој Британији одржани парламентарни избори које многи називају прекретничким или судбоносним, након којих је победом конзервативаца Британији отворен пут за излазак из Европске Уније.

Прво саопштење, издато је 15. октобра 2019. године; имајући у виду додашњи рад овом пољу, најављује се издвајање нових 2 милиона фунти као средстава намењених финансирању организација које у фокусу активности имају борбу против усамљености.⁴⁵ Друго саопштење које потписује надлежна министар Баран је Годишњи извештај о усамљености (*Loneliness Annual Report*)⁴⁶, објављен 20. јануара 2020. у коме се сумирају резултати након прве године од када је на снази Стратегија о усамљености. У анексу овог документа таксативно се анализира 60 мера на која се влада обавезала усвањем Стратегије, а као најважнија постигнућа и промене које су учињене од када је питање усамљености постало питање званичне националне политике, у овом Извештају се наводе:

- Социјални радници, тренери окупационе терапије и још 19000 радника упуслено је у Националној здравственој служби, Центру за мобилност у Енглеској, локалним управама и Националној асоцијацији локалних савета;
- 1000 нових радника у пољу социјалне прескрипције;
- Кампања „Хајде да разговарамо“ (*Let's Talk*) остварила је запажен резултат – више од 26500 посета сајту и 320 организација које су са њега преузеле материјале; ови материјали такође су коришћени у кампањи коју је спровело Здравство Енглеске, „Свако је важан“ (*Every Mind Matters*);
- Удружење послодаваца које је координирала Кампања за заустављање усамљености, састоји се од више од 30 организација које запошљавају више од 900 000 људи радили су целе године на програмима који имају за циљ да пруже подршку запосленима који су усамљени;
- Канцеларија за националну статистику објавила је пакет свеобухватних информација о мерењу усамљеност и методолошка упутства о употреби алата за мерење;
- Радом Фонда за изградњу повезаности (*Building Connections Fund*) обезбеђено је 11,5 милиона фунти и партнерство између Владе, Националне лутрије; у децембру 2018. фонд је доделио

45 <https://www.gov.uk/government/news/new-fund-for-frontline-organisations-tackling-loneliness> (приступљено 12. марта 2020.)

46 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/858909/Loneliness_Annual_Report_-_The_First_Year.pdf (приступљено 12. марта 2020.)

грантове (између 30 000 и 100 000 фунти) за 126 организација широм Велике Британије;

- У октобру 2019. је најављено издвајање нових 2 милиона фунти као средства за организације које се баве окупљањем људи – у Извештају се најављује да ће о овоме даљи детаљи тек бити саопштени.

Закључак

Да ли су наведене – предузете и најављене – мере британске Владе на решавању проблема усамљености довољне? Да ли се већ може говорити о томе да је именовање министра у чијој је надлежности усамљеност оправдало своју иницијалну сврху и замисао? Сигурно је да је сувише рано за овакву врсту резимеа и зато ћемо овде оставити да резултати изнети у Годишњем извештају говоре сами по себи.

Оно што је међутим, сигурно је да је реч о пионирском подухвату британске Владе да се овој друштвеној проблематици да значај највишег нивоа и да се она решава стратешким мерама које координирају и међусобно усаглашавају бројну разуђену мрежу мањих или већих организација, националних служби, тела, локалних власт и свих других релевантних чинилаца друштва. Можда проблем усамљености није могуће решавати ни брзо ни једноставно. Велика Британија се недвосмислено сврстава у ред развијених земаља које ову врсту експеримента могу себи и да дозволе. Без обзира на трошковну страну, пример који Велика Британија даје свакако може послужити као идеја за размишљање и модел и другим земљама, пример из кога се може доста научити за неку будућу, конкретним ситуацијама прилагођену борбу, за боље и хуманије друштво у коме живе људи који нису усамљени.

Dragana Novakovic

LONELINESS AS A MATTER OF NATIONAL IMPORTANCE – A STRATEGIC APPROACH ON THE EXAMPLE OF GREAT BRITAIN

Abstract

Loneliness is a term that has always been the inspiration of many who have sought to define and penetrate its essence. Although it is often said that the modern way of life, especially in the developed part of the world, is increasingly conducive to the problem of loneliness, there are also authors who claim that this problem is as old as humanity, only today it is talked about more. Whether the problem of loneliness is in expansion or not, some contemporary societies and states have decided to give this issue the highest importance and to institutionalize its solution to the highest level. One such country is the United Kingdom, which has embarked on a pioneering venture to appoint the first Minister of Loneliness in its country. This paper presents a chronology of events that led the British to take concrete steps to address this important social issue by developing awareness and spreading knowledge about the devastating effects of loneliness on the health and social standard of the population, as well as on the economy of this country. The involvement of Parliament and members of the Government (from the initiative of Labor member Helen Joan Cox, through the formation of the Parliamentary Commission for Loneliness, which gave the main recommendations for further steps), enabled Great Britain to be the first country in the world to have its Minister for loneliness in January 2018. Nine months later, the first Loneliness Strategy was presented to the public with an activity plan for 2023. The first results of the implementation of the new Strategy were announced in a regular report by the competent ministry one year after its adoption, with the most significant results highlighting the creation of a Building Connections Fund, through which £ 11.5 million has been earmarked to tackle loneliness in the UK. In the process of scientific research, this paper presents the application of case study methods, as well as the analysis of the content of documents, evaluation and analysis of data, examination and observation.

Key words: Loneliness, Minister of Loneliness, United Kingdom, Loneliness Strategy

Литература

1. Божовић, Р. (2016). *Молитва осаме*, Београд: Чигоја
2. Брчић, Е. (2016). *Усамљеност и проблематично кориштење интернета код средњошколаца и студената*, Свеучилиште у Задру, Одјел за психологију
3. Victor, C. R., & Yang, K. (2012), The Prevalence of Loneliness Among Adults: A Case Study of the United Kingdom, *The Journal of Psychology*, 146(1-2), 85–104
4. Вулетић, Г. & Стапић М. (2003), Квалитета живота и доживљај усамљености код особа старије животне доби, *Клиничка психологија* 6, 1–2, 45–61
5. Gierveld, J. de J. (1998), A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequence, *Reviews in Clinical Gerontology*, 8(1), 73–80
6. Динић, Д. (2017) *Проблем усамљености старијих који живе сами у Београду*, Геронтологија, 1/2017, с. 4–28
7. Јеротић В. (2015). *Самоћа и усамљеност*, приступљено 7. марта 2020. <http://zelenaucionica.com/vladeta-jerotic-samoca-i-usamljenost/>
8. Lykes, V. A., & Kemmelmeier, M. (2013). What Predicts Loneliness? Cultural Difference Between Individualistic and Collectivistic Societies in Europe, *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 45(3), 468–490
9. Peplau, L.A. & Perlman, D. (1982). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, New York: Wiley-Interscience
10. Perlman, D., & Peplau, L. A. (1984). Loneliness research: A survey of empirical findings. In L. A. Peplau & S. Goldston (Eds.), *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness* (pp. 13-46). Washington, DC: U.S. Government Printing Office
11. Rokach, A. (2007). The Effect of Age and Culture on the Causes of Loneliness, *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 35(2), 169–186
12. Свенсен, Лаш Фр. Х. (2017). *Филозофија усамљености*, Београд: Геопоетика
13. Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2007). Aging and Loneliness – Downhill Quickly, *Current Directions in Psychological Science*, 16(4), 187–191
14. Хајек, Ф. (1998). *Поредак слободе*, Нови Сад: Глобал боок
15. Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation, *Social and Personality Psychology Compass*, 8(2), 58–72
16. Victor, C. R., Scambler, S. J., Shah, S., Cook, D. G., Harris, T., Rink, E., & DE Wilde, S. (2002). Has loneliness amongst older people increased? An investigation into variations between cohorts, *Ageing and Society*, 22(05), 585–597
17. Yang, K., & Victor, C. (2011), Age and loneliness in 25 European nations, *Ageing and Society*, 31(08), 1368–1388
18. Williams, K. D. (2012). Ostracism: The impact of being rendered meaningless, *Meaning, mortality, and choice: The social psychology of existential concerns* (p. 309–323). American Psychological Association
19. www.ageuk.org.uk

20. <https://assets.publishing.service.gov.uk>
21. <https://techtoconnect.challenges.org>
22. <https://www.gov.uk>
23. <https://letstalkloneliness.co.uk>
24. <https://www.jocoxfoundation.org>
25. <https://www.nationalgeographic.rs>
26. <https://www.theguardian.com>

II ГЕРИЈАТРИЈА

Веселин Меденица⁴⁷
Лидија Ивановић

СОЦИЈАЛНА ПАРТИЦИПАЦИЈА ОСОБА СА МУЛТИПЛОМ СКЛЕРОЗОМ У ОДНОСУ НА ДЕМОГРАФСКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ

Апстракт

Циљ истраживања јесте утврдити које су социо-демографске детерминанте социјалне партиципације код особа оболелих од мултипле склерозе.

За потребе овог рада, коришћена је дескриптивна метода. Испитаници оболели од мултипле склерозе су анкетирани и вршено је прегледање доступне медицинске документације. Од инструмената су коришћени социо-демографски упитник и Скала социјалне партиципације (Participation Scale 6.0).

Резултати показују да су социо-демографске детерминанте социјалне партиципације особа са мултиплом склерозом: године живота, месечна примања и животно окружење. Радни статус, пол, брачни статус према статистичким мерилима нису имали детерминишући ефекат на степен социјалне партиципације.

Кључне речи: социјална партиципација, мултипла склероза, године живота.

Увод

Мултипла склероза (Sclerosis multiplex) је хронично инфламаторно обољење централног нервног система (ЦНС), чија је основна патолошко-физиолошка карактеристика деструкција мијелина-демијелинизација (Кисић-Тепавчевић и сар., 2009). Мултипла склероза погађа готово све делове централног нервног система, у типским случајевима најчешћи су знаци спиналних лезија. Основне карактеристике овог обољења су дисеминованост лезија, и ток са ремисијама и егзацербацијама (Радојичић,

⁴⁷ Veselin.medenica@asp.edu.rs Висока школа социјалног рада, Београд

1995). Моторички поремећаји су различити. Могу се манифестовати у виду мишићне слабости (монопареза, хемипареза, парапареза, тетрапареза) до потпуне одузетости (парализа) једног или више удова. Поред ових поремећаја, јављају се поремећаји координације, током извођења покрета и поремећаји равнотеже (Радојичић, 1995).

Према Међународној класификацији функционисања, инвалидности и здравља, социјална партиципација се дефинише као учешће у животу у ситуацији у односу на степен у којем се особа активно укључује, а не у односу на то колико особа може или жели да се укључи (WHO, 2001).

Социјално учешће се односи на потпуно остваривање животних потреба и навика, као производа интеракције између личних обележја (оштећења, неспособности и других личних карактеристика) и срединских чинилаца (олакшавајућих или отежавајућих), док се ситуација хендикепа односи на непотпуно остваривање животних навика као производа интеракције између личних обележја и срединских чинилаца (Fougeyrollas et al., 1999).

Ниво остварене социјалне партиципације особа са инвалидитетом директно је зависан од индивидуалних детерминанти (оних које су везане за саму особу), срединских детерминанти (фактора из социо-културног окружења) и њихове интеракције.

Особе са инвалидитетом, па тако и особе са МС-ом имају мање могућности да се активно укључе у друштвене токове. У закључцима истраживања појединих аутора (Шчепман, (2011); Амбрози, (2003)...) често се наводе могући разлози и нагађања због чега је партиципација особа са МС-ом ограничена. Постоје нагађања о томе ко су „кривци“, а да се при томе нису истраживали узроци ограничене социјалне партиципације особа са МС-ом. Проналажење детерминанти социјалне партиципације особа са МС-ом представља први корак за развој могућности интервенције која ће допринети већем степену партиципације, па на послетку и проналажење „криваца“ за наведено стање уколико они постоје и имплементације адекватних системских решења.

У оквиру овог истраживања посматрана је група особа са МС-ом, а потрага за детерминантама социјалне партиципације започета је анализом утицаја личних карактеристика особа са МС-ом на степен социјалне партиципације.

Циљ истраживања јесте утврдити које су детерминанте социјалне партиципације код особа оболелих од МС-а. Предпостављамо да су значајне детерминанте нивоа партиципације особа са МС-ом: пол, године

живота, степен образовања, месечни приходи, брачни статус и породични односи, радни статус, радни статус пре настанка МС-а.

Методологија истраживања

Узорак чине особе оболеле од мултипле склерозе, старости од 30 до 65 година, оба пола. Критеријуми за формирање узорка су били следећи: да су особе са МС-ом чланови Друштва за мултиплу склерозу Србије, да нису оболели од болести које могу утицати на способност особе да разуме концепт учешћа у истраживању и да имају завршено бар основно образовање. Узорак је уједначен према полу. Истраживање је спроведено у „Друштву мултипле склерозе Србије“, „Друштву мултипле склерозе Аранђеловац“ и у „Дому за одрасла инвалидна лица“ у Београду. Прикупљање и обрада података је спроведена истовремено и у континенту без временских пауза.

За потребе овог рада, коришћена је дескриптивна метода. Испитаници су анкетирани и вршено је прегледање доступне медицинске документације. Добијени подаци су вредновани, а након тога поређени добијени резултати са резултатима ранијих испитивања чиме се остварује лонгитудинални приступ у дескрипцији. Истраживачка техника која је коришћена у раду је анкетирање.

Инструменти којим се процењивало су:

1. Социо-демографски упитник, посебно конструисан за потребе овог истраживања, који обухвата: пол, године живота, степен образовања, месечне приходе, брачни статус и породичне односе, радни статус, радни статус пре настанка МС-а, животно окружење (кућни, домски услови).

2. Скала социјалне партиципације (Participation Scale 6.0). Скала се састоји од 18 ајтема у којима се мере перципиране потешкоће у главним доменима живота. Скала допушта квантификовање ограничења у партиципацији којима су изложене особе са инвалидитетом. Она покрива 8 главних животних домена дефинисаних у Међународној класификацији функционисања инвалидности и здравља (ICF) Светске здравствене организације (WHO). Просечно време спровођења администрације скале партиципације је око 20 минута. У већини питања се од испитаника тражило да се упореди са својим хипотетичким вршњаком, односно са неким сличним њему у свим аспектима, осим у аспекту болести и инвалидности. Испитаници су питани да ли је њихов степен партиципа-

ције исти или мањи него код њихових вршњака. Ако испитаник индикује да постоји потенцијални проблем питао се колики је проблем то за њега (нема проблем, мали проблем, осредњи проблем, велики проблем). Скала је развијена у оквиру INF RELEASE пројекта у Непалу. Психометријске карактеристике валидност, поузданост, стабилност и респонзивност на промене су темељно проверене на 6 језика и показали су се одличним. Скала је коришћена на популацијама особа са лепром, особа са оштећењем кичмене мождине, полио и другим типовима оштећења. Скалу могу користити професионалци из области рехабилитације, медицинско особље и други профили укључени у процес социо-економске рехабилитације. Посебан тренинг за коришћење није неопходан. Скала је преведена на српски језик по „forward – back – translation“ систему. Сви испитаници су испитивани од стране истог испитивача.

Резултати

Подаци добијени истраживањем су приказани табеларно и графички са потребним коментарима о значају утврђених односа.

Узорак обухваћен овим истраживањем броји 30 испитаника.

Од укупног броја испитаника 14 испитаника чине особе мушког пола (46.7%), док особе женског пола броје 16 испитаника (53.3%). Испитаници су просечне старости 51,08 година, најмлађи испитаник 30,2 године, док најстарији испитаник 64,8 година.

Табела 1. Последњи заврше ни ниво образовања

Последњи завршени ниво образовања	Фреквенца	Процент
Без формалног образовања	0	0
Основно образовање	0	0
Средње образовање	22	73.3
Високо образовање	8	26.7
Укупно	30	100.0

У табели 1. приказана је структура особа оболелих од МС-а у односу на последњи завршени ниво образовања. Из табеле се види да је највећи број корисника завршио средњу школу (73.3%), док нема испитаника који су завршили само основну школу или су без формалног образовања.

Табела 2. Месечна примања особа оболелих од МС-а

Приходи	Фреквенца	Процент
Од 0 до 18.000 динара	11	37.9%
Од 18.001 до 30.000 динара	10	34.5%
Од 30.001 до 50.000 динара	8	27.6%
Укупно	29	100.00%

Месечна примања особа са МС-ом износе просечно 23.482,00 динара нето прихода. Поједине особе са мултиплом склерозом немају приходе, док је максимални приход 50.000,00 динара. У односу на месечна примања особе са мултиплом склерозом могу се разврстати у три групе. Фреквенца испитаника у односу на висину примања може се видети у табели 2.

Већина испитаника има пребивалиште на територији града Београда, док само 9 испитаника (30%) има пребивалиште на територији града Аранђеловца, што је приказано у табели број 3.

Табела 3. Пребивалиште испитаника

Град	Фреквенца	Процент
Аранђеловац	9	30.0%
Београд	21	70.0%
Укупно	30	100.0%

У табели 4. приказана је структура особа оболелих од МС-а у односу на брачни статус. Из табеле се види да је највећи број корисника у браку, односно живи са партнером (50.0%), док је најмањи број испитаника који су удовци или удовице (6.7%). Разведених, односно раздвојених је 26.7% испитаника (8 особа).

Табела 4. Брачни статус

Брачни статус	Фреквенца	Процент
Сам/а -никада ожењен/удата	5	16.7%
У браку/живи са партнером	15	50.0%
Разведен/а-раздвојени	8	26.7%
Удовац/удовица	2	6.7%
Укупно	30	100.0%

Табела 5. Радни статус

Радни статус	Фреквенца	Процент
Незапослен	4	13.3
Запослен	1	3.3
У пензији	25	83.3
Укупно	30	100.0

У табели 5 је приказана структура испитаника у односу на радни статус. Из табеле видимо да су испитаници у највећем броју у пензији (83.3%), незапослени испитаници чине 13.3%, док је запослен само један испитаник, што чини 3.3%.

Табела 6. Радни статус пре настанка МС-а

Радни статус пре настанка МС-а	Фреквенца	Процент
Незапослен	1	3.3
Запослен	28	93.4
У пензији	1	3.3
Укупно	30	100.0

У табели 6. је приказана структура испитаника у односу на радни статус пре настанка МС-а. Из табеле видимо да су испитаници у највећем броју били у радном односу (93.4%), незапослени испитаници као и испитаници у пензији чине по 3.3%, дакле само по један испитаник у обе групе.

У табели бр. 7 приказани су резултати добијени на Скали социјалне партиципације у односу на степен ограничења партиципације. Из табеле се види да укупно 11 испитаника нема никакво (23.3%) или има мало ограничење (13.3%), док потпуно ограничење има 3 испитаника (10.0%). Највећи број испитаника се изјаснио да има велико ограничење (33.3%).

Табела 7. Социјална партиципација у односу на године

Степен ограничења социјалне партиципације	Фреквенца	Процент
Ни најмање ограничење (0-12)	7	23.3%
Мало ограничење (11-22)	4	13.3%
Умерено ограничење (23-32)	6	20.0%
Велико ограничење (33-52)	10	33.3%
Потпуно ограничење (53-90)	3	10.0%
Укупно	30	100.0%

Табела 8. Социјална партиципација и године живота

Партиципација	30-49.75		49.76-53.50		53,51+	
	N	%	N	%	N	%
Ни најмање ограничење (0-12)	2	20.0	2	20.0	2	22.2
Мало ограничење (11-22)	2	20.0	0	0.0	2	22.2
Умерено ограничење (23-32)	1	10.0	2	20.0	3	33.3
Велико ограничење (33-52)	2	20.0	6	60.0	2	22.2
Потпуно ограничење (53-90)	3	30.0	0	0.0	0	0.0
Укупно	10	100.0	10	100.0	9	100.0

У табели број 8 приказана је социјална партиципација особа оболелих од МС-а у односу на године старости. Из табеле се види да укупно 6 испитаника немају ограничења у социјалној партиципацији. Мала ограничења у социјалној партиципацији имају 4 испитаника. Умерена ограничења у социјалној партиципацији имају 6 испитаника. Велико ограничење у социјалној партиципацији имају укупно 10 испитаника, од којих је 6 испитаника старости између 49.76 и 53.5 година. Потпуна ограничења у социјалној партиципацији имају 3 испитаника и сва три спадају у најмлађу групу испитаника (мање од 50 година старости).

Т-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код група млађих (од 30 до 50,83 године) и старијих испитаника (од 50,84 до 65 година). Нађена је статистички значајна разлика код млађих испитаника ($AS = 39,46$, $SD = 25,89$) односно старијих испитаника, $AS = 23,87$, $SD = 16,07$; $t(27) = 1,99$, $p < 0,05$ (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = $-15,59$, $95\% CI: -0,51$ до $31,68$) била је врло велика (ета квадрат = $0,12$).

Социјална партиципација у односу на пол

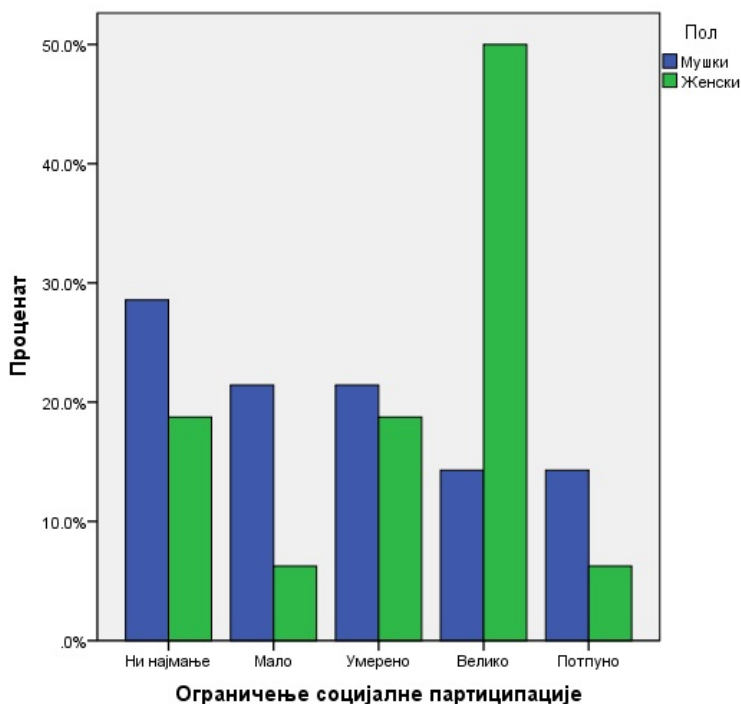
У табели број 9 је приказана социјална партиципација особа оболелих од МС-а у односу на пол. Из табеле се види да укупно 7 испитаника немају никаква ограничења, од тога су 4 испитаника мушког пола (28.6%) и 3 испитаника женског пола (18.8%). Мало ограничење имају укупно 4 испитаника, 3 испитаника мушког пола (21.4%) и 1 испитаник женског пола (6.3%). Умерено ограничење у социјалној партиципацији имају укупно 6 испитаника, 3 мушког и 3 женског пола. Највећи број испитаника има велико ограничење (укупно 10 испитаника), 8 испитаника женског пола, што показује да највећи број жена има велико ограничење у социјалној партиципацији (50%). Потпуно ограничење у социјалној партиципацији имају 3 испитаника.

Табела 9. Социјална партиципација и пол

Партиципација	Мушки		Женски	
	N	%	N	%
Ни најмање ограничење (0-12)	4	28.6	3	18.8
Мало ограничење (11-22)	3	21.4	1	6.3
Умерено ограничење (23-32)	3	21.4	3	18.8
Велико ограничење (33-52)	2	14.3	8	50.0
Потпуно ограничење (53-90)	2	14.3	1	6.3
Укупно	14	100.0	16	100.0

T-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације мушкараца и жена. Није било значајне разлике у резултатима код мушкараца ($AS = 25,14$, $SD = 25,52$) односно жена, $AS = 34,56$, $SD = 18,17$; $t(28) = -1,18$, $p = 0,25$ (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = $-9,42$, 95% CI: $-25,83$ до $6,99$) била је умерена (ета квадрат = $0,05$). Дакле, не постоји статистички значајна разлика између мушкараца и жена на скали социјалне партиципације.

Графикон 1. Ограничења социјалне партиципације у односу на пол



Социјална партиципација у односу на степен образовања

У табели број 10 приказана је социјална партиципација особа оболелих од МС-а у односу на последњи завршени ниво образовања. Из табеле се види да 8 испитаника са завршеном средњом школом (27.3%) и само 1 испитаник са високим образовањем (12.5%) немају ограничења у социјалној партиципацији. Мала и умерена ограничења у социјалној партиципацији имају 7 испитаника са завршеном средњом школом и 3 испитаника са завршеним факултетом. Велика и потпуна ограничења у социјалној партиципацији имају 9 испитаника са завршеном средњом школом и 4 испитаника са високим образовањем.

Табела 10. Социјална партиципација и ниво образовања

Партиципација	Средње образовање		Високо образовање	
	N	%	N	%
Ни најмање ограничење (0-12)	8	27.3	1	12.5
Мало ограничење (11-22)	2	9.1	2	25.0
Умерено ограничење (23-32)	5	22.7	1	12.5
Велико ограничење (33-52)	8	36.4	2	25.0
Потпуно ограничење (53-90)	1	4.5	2	25.0
Укупно	24	100.0	8	100.0

Једнофакторском анализом варијансе истражен је утицај степена образовања на нивое социјалне партиципације, мерене Скалом партиципације. Субјекти су по нивоу образовања подељени у три групе (група 1: основно школски ниво образовања; група 2: средњо-школски ниво образовања, група 3: високошколски ниво образовања). Утврђено је да не постоји статистички значајна разлика међу групама на скали партиципације. Разлика у средњим вредностима група испитаника са завршеном основном школом ($AS = 28,32$, $SD = 12,35$), са завршеном средњом школом ($AS = 26,95$, $SD = 18,90$), са високошколским нивоом образовања ($AS = 39$, $SD = 28,62$) су случајне.

Социјална партиципација у односу на брачни статус

У табели број 11 приказана је социјална партиципација особа оболелих од МС-а у односу на брачни статус. Из табеле видимо да укупно 7 испитаника немају ни најмање ограничење у социјалној партиципацији, од којих су 3 испитаника без партнера (20.0%) и 4 испитаника у брачној заједници (26.7%). Мало ограничење у социјалној партиципацији

имају 4 испитаника, од чега 3 испитаника имају партнера са којим живе (20.0%). Умерено ограничење у социјалној партиципацији имају укупно 6 испитаника, од којих 3 испитаника живе са партнером (20%) и 3 испитаника немају партнера (20). Велико ограничење у социјалној партиципацији имају укупно 10 испитаника, од којих 6 немају партнера (40%) и 4 испитаника имају партнера (26.7%). Потпуно ограничење у социјалној партиципацији имају 2 испитаника без партнера (13.3%) и 1 испитаник који живи са партнером (6.7%).

Табела 11. Социјална партиципација и брачни статус

Партиципација	Сами/без партнера		У браку/са партнером	
	N	%	N	%
Ни најмање ограничење (0-12)	3	20.0	4	26.7
Мало ограничење (11-22)	1	6.7	3	20.0
Умерено ограничење (23-32)	3	20.0	3	20.0
Велико ограничење (33-52)	6	40.0	4	26.7
Потпуно ограничење (53-90)	2	13.3	1	6.7
Укупно	15	100.0	15	100.0

T-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код група особа које тренутно имају партнера и испитаника без партнера. Није нађена статистички значајна разлика код испитаника без партнера ($AS = 35,07$, $SD = 23,89$) и испитаника који имају партнера, $AS = 25,27$, $SD = 19,59$; $t(28) = 1,2$, $p = 0,23$ (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = 9,80, 95% CI: -6,54 до 26,14) била је умерена (ета квадрат = 0,051).

Социјална партиципација у односу на радни статус

У табели број 12 приказана је социјална партиципација особа оболелих од МС-а у односу на радни статус испитаника. Из табеле видимо да ни најмање ограничење у социјалној партиципацији немају 7 испитаника. Сви испитаници су у пензији. Мало ограничење у социјалној партиципацији имају 4 испитаника. Умерено ограничење имају 6 испитаника, од којих су 5 испитаника у пензији и 1 испитаник незапослен (25%). Велико ограничење у социјалној партиципацији имају 9 испитаника у пензији (36.0%) и 1 испитаник који је једино запослен (100.0%). Потпуно ограничење у социјалној партиципацији имају 3 испитаника и сви су незапослени (75%).

Табела 12. Социјална партиципација и радни статус

Партиципација	Запослен		Пензионисан		Незапослен	
	N	%	N	%	N	%
Ни најмање ограничење (0-12)	0	0.0	7	28.0	0	0.0
Мало ограничење (11-22)	0	0.0	4	16.0	0	0.0
Умерено ограничење (23-32)	0	0.0	5	20.0	1	25.0
Велико ограничење (33-52)	1	100.0	9	36.0	0	0.0
Потпуно ограничење (53-90)	0	0.0	0	0.0	3	75.0
Укупно	1	100.0	25	100.0	4	100.0

Желели смо да упоредимо постигнуће испитаника на скали партиципације по групама у односу на запосленост, међутим дистрибуција испитаника у односу на радни статус није повољна за даљу статистичку обраду. Чак 25 од 30 испитаника (83,33%) су пензионисани, што говори у прилог томе да их није могуће разврстати у групе.

Социјална партиципација у односу на радни статус пре настанка мултипле склерозе

У табели број 13 приказана је социјална партиципација особа оболелих од МС-а у односу на радни статус пре настанка мултипле склерозе. Из табеле видимо да ни најмање ограничење у социјалној партиципацији немају 7 испитаника који су били запослени пре настанка МС-а, као и да мало ограничење имају 3 испитаника који су били запослени пре настанка и 1 испитаник који је био незапослен. Умерено и велико ограничење у социјалној партиципацији имају укупно 16 испитаника и сви су били запослени пре настанка МС-а. Потпуно ограничење у социјалној партиципацији имају 2 испитаника која су била запослена и 1 испитаник који је био пензионисан пре настанка МС-а.

Табела 13. Социјална партиципација и радни статус пре настанка МС-а

Партиципација	Запослен		Пензионисан		Незапослен	
	N	%	N	%	N	%
Ни најмање ограничење (0-12)	7	25.0	0	0.0	0	0.0
Мало ограничење (11-22)	3	10.7	0	0.0	1	100.0
Умерено ограничење (23-32)	6	21.4	0	0.0	0	0.0
Велико ограничење (33-52)	10	35.7	0	0.0	0	0.0
Потпуно ограничење (53-90)	2	7.2	1	100.0	0	0.0
Укупно	28	100.0	1	100.0	1	100.0

Социјална партиципација у односу на месечна примања

У табели број 14 приказана је социјална партиципација особа оболелих од МС-а у односу на месечна примања испитаника. Из табеле видимо да ни најмање ограничење у социјалној партиципацији немају: 1 испитаник са примањима испод 18.000,00 дин, 4 испитаника са примањима од 18.000,00 до 30.000,00 динара и 2 испитаника са примањима од 30.001,00 до 50.000,00 динара. Мало ограничење имају: 1 испитаник са примањима од 18.000,00 до 30.000,00 динара и 2 испитаника са примањима од 30.001,00 до 50.000,00 динара. Умерено ограничење у социјалној партиципацији имају: 2 испитаника са примањима испод 18.000,00 дин, 3 испитаника са примањима од 18.000,00 до 30.000,00 динара и 1 испитаник са примањима од 30.001,00 до 50.000,00 динара. Велико ограничење у социјалној партиципацији имају 5 испитаника са примањима испод 18.000,00 дин, 2 испитаника са примањима од 18.000,00 до 30.000,00 динара и 3 испитаника са примањима од 30.001,00 до 50.000,00 динара. Потпуно ограничење у социјалној партиципацији имају 3 испитаника са најнижим примањима.

Табела 14. Социјална партиципација и месечна примања

Партиципација	0-18.000,00		18.001-30.000,00		30.001-50.000,00	
	N	%	N	%	N	%
Ни најмање ограничење (0-12)	1	9.1	4	40.0	2	25.0
Мало ограничење (11-22)	0	0.0	1	10.0	2	25.0
Умерено ограничење (23-32)	2	18.2	3	30.0	1	12.5
Велико ограничење (33-52)	5	45.5	2	20.0	3	37.5
Потпуно ограничење (53-90)	3	27.3	0	0.0	0	0.0
Укупно	11	100.0	10	100.0	7	100.0

Једнофакторском анализом варијансе истражен је утицај нивоа месечних примања на степен социјалне партиципације, мерене Скалом партиципације. Субјекти су, по нивоу месечних примања, подељени у три групе (група 1: <18 000,00 динара; група 2: од 18 001,00 до 30 000,00 динара, група 3: од 30 000,00 динара до 50.000,00 динара). Утврђено је да постоји статистички значајна разлика мађу групама на нивоу $p < 0,05$ у резултатима на Скали партиципације у ове три групе: $F(2,26) = 6,14$; $p = 0,007$. Стварна разлика између средњих вредности група врло је велика. Величина те разлике, изражена помоћу показатеља ета квадрат, износи 0,32. Накнадна поређења помоћу Tureyevov HSD теста казују да се

средња вредност групе 1 ($AS = 46,36$, $SD = 22,55$) значајно разликује од средње вредности групе 2 ($AS = 19,80$, $SD = 15,61$) и групе 3 ($AS = 22$, $SD = 17,83$). Група 2 се не разликује значајно од групе 3.

Социјална партиципација у односу на животно окружење (кућни, домски услови)

T-тестом независних узорака упоређени су резултати испитивања социјалне партиципације код групе институционализованих и ван-институционализованих испитаника. Нађена је статистички значајна разлика код ван-институционализованих испитаника ($AS = 20,22$, $SD = 17,78$) односно институционализованих испитаника, $AS = 47,67$, $SD = 21,64$; $t(25) = -3,52$, $p < 0,005$ (обострано). Разлика између средњих вредности обележја по групама (просечна разлика = $-27,44$, 95%, CI: $-43,50$ до $-11,38$) била је врло велика (ета квадрат = $0,33$).

Дискусија

Укупан број испитаника обухваћен овим узорком броји 30 испитаника. Највећи број испитаника имају завршену средњу школу. Месечна примања особа са МС-ом нису уједначена, просечна примања износе 23.482,00 динара, мада има и оних који немају сопствене приходе. Највећи број испитаника је браку, односно живи са партнером (50.0%), док је најмањи број испитаника који су удовци или удовице (6.7%). Испитаници су у највећем броју у пензији (83.3%), док је запослен само један испитаник, што чини 3.3%. Испитаници су у највећем броју били у радном односу (93.4%); док је незапослених и испитаника у пензији по 3.3%, дакле само по један испитаник у обе групе.

Резултати које су испитаници постигли на Скали социјалне партиципације показују да особе са МС-ом имају просечано постигнуће на Скали партиципације 30,17 ($SD = 22,04$), што значи да ове особе имају умерено ограничење социјалне партиципације. Како су стандардна одступања у постигнућима, на Скали социјалне партиципације, велика, посебна пажња ће бити усмерена на дистрибуцију испитаника према ограничењу социјалне партиципације. Само 11 испитаника (23.3%) немају никакво ограничење партиципације, док се највећи број испитаника изјаснио да има велико ограничење партиципације (33.3%).

Испитанике смо у односу на године старости груписали у две групе: група најмлађих испитаника (30-49.75) и група најстаријих испи-

таника (преко 50,84 годину). Нађена је статистички значајна разлика код млађих испитаника у односу на старије испитанике. Испитаници у млађој групи имају виши ниво ограничења у социјалној партиципацији ($AS = 39,46$, $SD = 25,89$), односно старији испитаници имају мањи степен ограничења у социјалној партиципацији ($AS = 23,87$, $SD = 16,07$). Анализи овог податка приступамо врло обазриво. Здраворазумским размишљањем очекивало би се да млађе особе са мултиплом склерозом имају мање ограничење у социјалној партиципацији.

Питања у оквиру скале партиципације конципирана на такав начин да се од испитаника тражи да могућност за властито учествовање у друштвеним активностима упореди са могућностима за учествовање хипотетичког вршњака, тј. припадника властите вршњачке групе који се ни по чему другом не разликује од самог испитаника осим по томе што код њега није присутна болест. За млађе особе са МС-ом хипотетички конструкт вршњака обично представља особа која је веома активна и са врло високом могућношћу да учествује у социјалним активностима. Што особа која попуњава упитник има више година то хипотетички конструкт вршњака услед старости има мање могућности социјалне партиципације, које су, притом, приближне реалним могућностима социјалне партиципације особа са МС-ом. Просто речено дистанца у перцепцији властите партиципације и могућности партиципације хипотетичког вршњака се са годинама смањује.

Када смо групу испитаника са МС-ом посматрали у односу на пол постојала је бојазан да ће се показати да жене имају веће ограничење у социјалној партиципацији, због саме природе нашег друштва да даје примат мушкарцима. Сматрали смо да постоји могућност да је из наведених разлога мушкарцима пружен већи степен подршке од стране породице и да би евентуално због тога могли имати мања ограничења у партиципацији од жена. Иако 56.3% жена имају велико или потпуно ограничење у партиципацији, а свега 28.6% мушкараца имају овај исти степен ограничења, поређење ове две групе није показало статистички значајне разлике између средњих вредности на скали социјалне партиципације. Иако разлика између група постоји, не може се рећи да пол детерминише социјалну партиципацију особа са МС-ом, те бојазан да разлика односа друштва према половима детерминише социјану партиципацију нема научно утемељење, нити поткрепљење. Стога, ни нека будућа истраживања која би се тицала пола, или евентуално ставова vezаних за пол, и социјалне партиципације на популацији особа са МС-ом, не би имала ваљан разлог да буду спроведена.

Када смо групу испитаника са МС-ом посматрали у односу на брачни статус претпостављали смо да особе које су браку, односно имају партнера, имају мањи степен ограничења у социјалној партиципацији у односу на особе које немају партнера. Сматрали смо да постоји могућност да је особама оболелим од мултипле склерозе, које су у браку или имају партнера, пружен већи степен подршке од стране породице и да би, евентуално, због тога могли имати мања ограничења у партиципацији од особа које су без партнера. Иако велико и потпуно ограничење имају 53.3% особа које су без партнера и 33.4% особа у браку, односно са партнером, није нађена статистички значајна разлика код испитаника без партнера ($AS = 35,07$, $SD = 23,89$) и испитаника који имају партнера ($AS = 25,27$, $SD = 19,59$).

Резултати Продингера и сар. (2010) показују да присуство брачног партнера нема утицаја на социјалну партиципацију, међутим квалитет односа у породици утиче. Што је квалитет односа у породици код испитаника био већи то су ограничења партиципације мања. Ми у нашем истраживању нисмо посебно анализирали ставове породице, али ако се каже да су односи јако квалитетни, то подразумева позитивне ставове према оболелој особи.

Утврђено је, такође, да ни степен образовања особа са МС-ом не представља детерминанту социјалне партиципације. Треба нагласити да је дистрибуција испитаника у односу на степен образовања таква да највећи број испитаника, чак 73.3% испитаника имају завршено средње образовање док 26.7% имају завршено високо образовање. Резултати показују да степен образовања не представља детерминанту социјалне партиципације. Степен образовања могао би значити и већа финансијска средства, но с обзиром да смо добили да социјална партиципација зависи од нивоа месечних примања, а не зависи од нивоа образовања, посредно можемо рећи да већи степен образовања не значи веће приходе, те у овом смислу разумљиво је то што степен образовања не представља социјалну детерминанту. Оно што нисмо размотрили у оквиру нашег истраживања, а чему би требало посветити посебну пажњу у будућим истраживањима јесте ефекат исплативости образовања на социјалну партиципацију код особа са МС-ом. Наиме свака врста образовања оспособљава човека за одређене послове, односно занимања. Постоји могућност да особа услед оштећења насталог као последица болести није више у стању да обавља занимања за која се школовала, па би зато било значајно испитати која су то занимања код којих су особе са

МС-ом највише ограничене и испитати којим послом би се могле бавити. Да је потребна дубља анализа ове проблематике у прилог говори и резултат нашег истраживања везан за запосленост особа пре настанка и након настанка МС-а. Пре настанка МС-а било је 28 запослених испитаника, 1 испитаник у пензији и 1 испитаник незапослен, након настанка болести укупно 25 испитаника су у пензији, 4 испитаника су незапослена и само један испитаник је у радном односу, који је запослен са једном половином радног времена. Није се могла утврдити разлика између група запослених и незапослених испитаника у односу на постигнућа, на скали социјалне партиципације, јер је већина испитаника незапослена, али с обзиром да се радни статус пре настанка МС-а и након настанка МС-а значајно разликује, можемо засигурно рећи да је радни статус значајан чинилац социјалне партиципације.

Недовић и сарадници (2008) су спровели истраживање са циљем утврђивања карактеристика социјалног окружења особа оболелих од мултипле склерозе, утврђивања ставова друштва према овим особама и процењивања могућности социјалне интеграције особа оболелих од мултипле склерозе. Истраживањем су дефинисани релевантни фактори који стварају баријере и/или предрасуде и доводе овај део популације у стање повремене или сталне социјалне инкомпетенције. Узорак је чинило 316 особа оболелих од мултипле склерозе, оба пола, узраста од 20 до 50 година, чланова Друштва за мултиплу склерозу Србије. Испитаници су били из Београда, Горњег Милановца, Ниша, Ваљева и Крагујевца. Могућност физичке комуникације и приступа за особе са мултиплом склерозом процењена је кроз уређеност паркинга простора, прилагођеност улаза и могућност вертикалне и хоризонталне комуникације у згради становања. Резултати овог истраживања, показују да је особама оболелим од мултипле склерозе значајно смањена могућност радног ангажовања, што знатно умањује квалитет њиховог живота и редукује њихову социјалну укљученост. Резултати њиховог истраживања дају податак да 66,66% испитаних особа, оболелих од мултипле склерозе, уопште не раде, као и податак да нико нема скраћено радно време или институционални хонорарни ангажман.

Резултати нашег истраживања показују да је највећи број особа са МС-ом у пензији. Продингер и сарадници (2010) наводе да је политика Швајцарске специфична по томе што се труди да особе оболеле од МС-а што дуже задржи у радном односу. У Србији наведено није случај, стога није примарно испитивати факторе везане за адаптацију радног места.

Када је реч о приступачности информација и сервиса, као што су интернет, зарад доласка до информације, овај фактор требало би посебно испитати, у оквиру будућих истраживања, а нарочито обратити пажњу на млађе испитанике, који би могли тражити могућност за образовањем или преквалификацијом.

Месечна примања особа са МС-ом су просечно 23.482,00 динара ($SD = 13.837,00$ динара). Поредићи овај износ са минималном зарадом у Србији, која је у време истраживања износила 19.320,00 динара, можемо рећи да су приходи које остварују особе са МС-ом нешто већи. Утврђено је да месечни приходи представљају детерминанту социјалне партиципације особа са МС-ом, односно, што су већи месечни приходи то су ограничења социјалне партиципације мања. Нашли смо да су главне варијабле из скале социјалне партиципације које су у корелацији са месечним приходима поштовање у заједници и међу вршњацима, брига о себи, могућност за одржавање дуге везе са партнером, посвећивање другим људима, узимање мишљења оболеле особе у обзир у породичним дискусијама, пружање помоћи другим људима, степен пријатности при упознавању нових људи и самоувереност за учење нових ствари.

Особе са МС-ом сматрају да због ниских примања имају мање поштовања у заједници и обрнуто. Оно што је много битније јесте да особе сматрају да уколико имају мање финансијских средстава имају и мање могућности за бригу о себи. То нам указује да се одређена финансијска средства код особа са МС-ом издвајају за подршку при обављању свакодневних животних активности, а која су везана за изглед, исхрану и здравствено стање. Такође, један део средстава се троши и на услуге транспорта, те што је више финансијских средстава то су могућности за посете много веће.

У процесу долажења до већег степена социјалне партиципације код особа са МС-ом посебно треба обратити пажњу на тим који учествује у примени одређених социјалних интервенција. Посебно је важно да сви чланови тима било да је реч о дефектологу, педагогу, психологу, социјалном раднику, буду адекватно упућени у потешкоће са којима се сусрећу особе са мултиплом склерозом и њихова породица, која је најважнија потпора за све потешкоће, физичке и емоционалне. Јако је битно спречити урушавање породичних односа и социјалне партиципације особе у оквиру породице, до чега може доћи услед измене у понашању и промена социјалних и породичних улога. Такође, треба спречити да породица буде једина средина у којој особа са МС-ом функционише. За

побољшања у социјалној партиципацији, кроз примену различитих врста социјалних интервенција, потребно је време.

Неке од препорука које су наведене у закључку могу се имплементирати у јако кратком временском року, док је за неке потребан дужи временски период у коме би дошло и до промена у ставовима окружења и у суштини схватања инвалидности од стране друштва. Сви наведени предлози могу се спровести ако у заједници постоји довољно воље и разумевања потешкоћа са којима се сусрећу особе са инвалидитетом. Потребно је наставити са истраживањима којима се испитују детерминанте социјалне партиципације особа са МС-ом, а нарочито са истраживањем које би се бавило срединским детерминантама социјалне партиципације, што, између осталог, подразумева и проучавање ставова према особама са инвалидитетом.

С обзиром да резултати нашег истраживања указују на присуство одређених детерминанти социјалне партиципације, будућа истраживања требало би да се баве појединачно сваком од ових детерминанти, како би могла да досегну дубље у ову тематику и како би се тачно и прецизно дефинисали локуси за различите типове социјалних интервенција, које би допринеле побољшању социјалне партиципације.

Литература

1. Ambrosio, F., Boninger, M., Fitzgerald, S., Liu, B., Mapa, M., & Collins, D. (2003): *Mobility Device as a Determinant of Social Participation in Persons with Multiple Sclerosis*. Paper presented at the RESNA 26th International Annual Confence, Atlanta, Georgia.
2. Bassell S. (1998): *Percepcion of Disability*. National Coference on Disability and Healt Proceodings, Dallas
3. Baylor, C., Yorkston, K., Bamer, A., Britton, D., & Amtmann, D. (2010): Variables associated with communicative participation in people with multiple sclerosis: a regression analysis. *Am J Speech Lang Pathol*, 19(2), 143-153.
4. Van Brakel, W. (2010): *Participation Scale - User Manual*. Amstrerdam: KIT Leprosy Unit.
5. Динкић, М., Љубинковић, Б., Отђеновић, К., Рајков, Г., & Милојевић, С. (2008): *Сервиси социјалне заштите намењени особама са инвалидитетом: усклађивање политике и праксе*. Београд: Центар за самостални живот инвалида Србије.
6. Ивановић Л. (2011): Паркинг простор за особе са инвалидитетом-кроз законску регулативу и праксу, Први међународни скуп студената специјалне едукације/рехабилитације, Зборник, стр. 327, Београд.

7. Каљача, С., & Дучић, Б. (2010): Деинституционализација и квалитет живота у заједници особа са интелектуалном ометеношћу. *Београдска дефектолошка школа*, (2), 407-417.
8. Кисић-Тепавчевић Д., Пекмезовић Т., Друловић Ј. (2009): Испитивање квалитета живота болесника са мултиплом склерозом, Војносанитетски преглед, vol.66, бр.8, 645-650.
9. Lesshafft, H., Heukelbach, J., Barbosa, J. C., Rieckmann, N., Liesenfeld, O., & Feldmeier, H. (2010): Perceived social restriction in leprosy-affected inhabitants of a former leprosy colony in northeast Brazil. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Lepr Rev*, 81(1), 69-78.
10. Меденица, В., Ивановић, Л., Драгојловић-Ружичић, Р., & Арсић-Комљеновић, Г. (2011): Актуелна схватања о мултиплој склерози и могућности процене инвалидности код оболелих особа. *Здравствена заштита*, 40(5), 7-12.
11. Недовић Г., Ивановић Л., Меденица В. (2011): Норме и стандарди паркинг места за особе са инвалидитетом, Стручно-научни семинар са међународним учешћем Дани дефектолога Србије, Зборник резимеа, стр.63-64, Суботица.
12. Недовић, Г., Илић-Стошовић, Д., & Ајдински, Г. (2008): Могућност социјалне интеграције особа оболелих од мултипле склерозе. *Београдска дефектолошка школа*, 3, 183-198.
13. Недовић, Г., Одовић, Г., Рапаић, Д. (2010): Развој социјалних вештина код особа са сметњама у развоју, Друштво дефектолога Србије, Београд.
14. Недовић, Г., Рапаић, Д., Одовић, Г., Потих, С., Милићевић, М. (2012): Социјална партиципација особа са инвалидитетом, Београд.
15. Oliver, M. (1998): Theories of disability in health practice and research, *BMJ*, 317; 1446-1449, London.
16. Рапаић, Д. (2005): Специјална едукација и рехабилитација у контексту образовања и васпитања. *Београдска дефектолошка школа*, (3), 205-213.
17. Рот, Н. (1994): *Основи социјалне психологије*. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства.
18. Станисављевић, Ј. (2011): Квалитет живота особа оболелих од мултипле склерозе, Дипломски рад, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Универзитета у Београду.
19. Стошљевић, Л., Рапаић, Д., & Николић, С. (1990): *Соматопедија*. Београд: Научна књига.
20. Susman, J. (1994): Disability, stigma and deviance, *Social Science & Medicine*, Vol. 38, str. 15-22.
21. Schepman, K., Engelbert, R. H., Visser, M. M., Yu, C., & de Vos, R. (2011): Kashin Beck Disease: more than just osteoarthritis: a cross-sectional study regarding the influence of body function-structures and activities on level of participation. *Int Orthop*, 35(5), 767-776. doi: 10.1007/s00264-010-1043-3
22. Татић, Д., Ивановић, Л., Меденица, В. (2011): Правни оквири службе подршке за особе са инвалидитетом, Социјална мисао бр.69, стр. 91-105.

23. Татић, Д. (2006): Заштита људских права особа са инвалидитетом, Београд.
24. Fougereyrollas, P., Cloutier, R., Bergeron, H., & St-Michel, G. (1999): *The Quebec Classification: Disability Creation Process*. Lac St-Charles, Quebec, Canada: CQC-IDH.
25. Ханак, Н., & Драгојевић, Н. (2002): Социјални ставови према особама ометеним у развоју. *Истраживања у дефектологији*, 1, 9-22.
26. Цуцић В., Јовановић И. (2001): Особе са инвалидитетом и окружење-општа разматрања и истраживања, у: Особе са инвалидитетом и окружење, Центар за проучавање алтернатива, стр. 11-28, Београд.
27. Prodinger, B., Weise, A., Shaw, L., & Stamm, T. (2010): A Delphi study on environmental factors that impact work and social participation of individuals with multiple sclerosis in Austria and Switzerland. *Disability and Rehabilitation*, 3.
28. Wee, J., & Lysaght, R. (2009): Factors affecting measures of activities and participation in persons with mobility impairment. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Disabil Rehabil*, 31(20), 1633-1642. doi: 10.1080/09638280902736346
29. WHO (2001): *International classification of functioning, disability and health : ICF*. Geneva.

Veselin Medenica⁴⁸
Lidija Ivanovic

SOCIAL PARTICIPATION OF PERSONS WITH MULTIPLE SCLEROSIS IN RELATION TO DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS

Abstract

The aim of the research is to determine the socio-demographic determinants of social participation in people with multiple sclerosis.

For the purposes of this research, a descriptive method was used. Subjects affected by multiple sclerosis were interviewed and the available medical documentation was reviewed. The socio-demographic questionnaire and the Participation Scale 6.0 were used as instruments.

The results have shown that the socio-demographic determinants of social participation of people with multiple sclerosis are: age, monthly income and living environment. Employment status, gender, marital status, according to statistical criteria did not have a determining effect on the degree of social participation.

Key words: social participation, multiple sclerosis, age.

III ПРИКАЗИ И ПРИЛОЗИ

Др Сузана Павловић
Приказ књиге ауторке Дане Сикорове

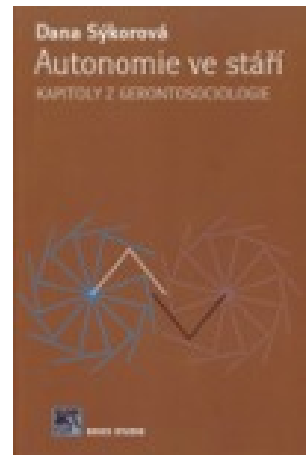
АУТОНОМИЈА У СТАРОСТИ

Dana Sykorova: AUTONOMIE VE STAŘI, Kapitoly z gerontosociologie.-Sociologické nakladatelství (SLON), Praha 2007, ISBN 978-80-86429-62-5

Ова публикација настала је уз подршку гранта Чешке Републике „Сениори у друштву. Стратегије очувања личне аутономије“. Основна питања које поставља ауторка Сикорова су: Како занемарујемо сениоре? Како сениори виде сами себе и шта за њих значи аутономија? Да ли се старији људи ослањају на помоћ породице и да ли се на њу могу ослањати? Да ли прихватање помоћи угрожава њихову аутономију? На који начин старији прихватају старење и старост? Шта су бенефити, а шта губици у старости?

Дана Сикорова је доцент на Катедри социологије и андрагогије Филозофског факултета на Палацком Универзитету у Острави, Чешка Република. У свом раду се специјализује на социологију породице. Учествовала је у изради низа пројеката усмерених на породичне односе и међугенерациску подршку у породици. Из тематике социјалне геронтологије објавила је монографију ПРАЗНО ГНЕЗДО – Шанса или терет? (Prazdne hnizdo – šance nebo břemeno.- Vidavatelství univerzity Palackého, 1996).

Рад АУТОНОМИЈА У СТАРОСТИ бави се широком облашћу популационог и индивидуалног старења, али њему се приступа са специфичног становишта аутономије старијих. Аутономију, Сикорова разматра у контексту етике старења или биомедицинске етике. Ауторка у полазишту проблематизује процес наглог развоја здравствених технологија, иновативних терапија и деперсонализације здравства, које су знатно угрозиле универзални етички принцип аутономије пацијента и његов однос са здравственим радницима. Принципу аутономије се



приступа као противтежи широко заступљене праксе „медицинализације“ (Д. Сикорова), која старење и старост дефинише као болест и проблем који захтева лекарску интервенцију.

Актуелизацији очувања аутономије у старости допринела је нарочито психологија и то првенствено посредством теоретског и емпиријског концепта адаптације појединца на старост и старење. Социолошко становиште у области проблематике аутономије заузима становиште посредовано средњом генерацијом, чија аутономија је, више или мање, уско повезана са независношћу генерације старијих. Основни правци социолошког приступа старости и старењу, све до последње деценије прошлог века, представљају саставни део дискусије о економском положају старијих, дискриминацији или социјалној искључености сениора; при чему је нарочито истакнута проблематика последица демографског старења заједнице, демографске, социјалне и економске транзиције. При том, све време занемарује се проблематика индивидуалних аспеката старења и старости.

Полазећи од основне претпоставке да је старост праћена низом разноврсних промена, по чему је то период живота у коме се дешава „ерозија личних ресурса и капацитета“ (Д. Сикорова), чешће него у осталим животним етапама. Ради се о физиолошким, психичким и социјалним променама, које имају вишеструке реперкусије на социјални, економски, културни и сваки други положај старијих појединаца. Првенствено, ове промене изражене су кроз: потребе појединца да обезбеди финансијска средства за сопствени живот, кроз субјективни доживљај радне (не)активности, осећање властите корисности, кроз проблематику пензионисања, као кључног догађаја у економском и социјално-практичном смислу. Социјални односи неизоставно трпе терет тих промена имајући у виду значајну модификацију неформалних социјалних мрежа и њихову потпорну улогу, смрти партнера и блиских чланова заједнице. Све ове промене дешавају се у контексту превасходно негативних културних значења која се приписују старењу и старијим људима. У оваквом контексту, губитак индивидуалне аутономије старијих ауторка ставља у центар својих истраживања.

На основама овако формулисаног проблема, тим аутора под руководством проф. др Дане Сикорове приступио је реализацији пројекта **Сениори у друштву. Стратегија очувања личне аутономије - Senioři ve společnosti. Strategie zachovani osobni autonomie (GAČR, reg. Č. 403/02/1182)**. Предмет пројекта аутори су сместили у оквир омеђен са 4 стране:

- актуалне теме старења и старости с обзиром на постојеће социјалне међузависности и последице;
- полемика у социјалној геронтологији о приоритету очувања аутономије - про успешно старење;
- досадашња истраживања која су се базирала превасходно на физичку неспособност, у оквиру институционалне бригае о стријима, а у породици у вези губитка аутономије одрасле деце која неформално брину о старијима, при чему се занемарује релативна аутономија старијих који самостално живе у сопственом домаћинству и
- методолошки недостаци истраживања аутономије, који су резултат избегавања квалитативних студија овог проблема.

Пројекат је имао за циљ да одговори на истраживачка питања: Како сениори дефинишу личну аутономију, како виде сами себе са становишта властите аутономије? Какву вредност приписују аутономији као „људи одређене старости, у одређеном животном добу“? Да ли и у чему старији осећају угрожавање аутономије и које стратегије за њено очување примењују? Методолошки, истраживање је засновано на индуктивном приступу, који омогућава сагледавање и презентовање аутономије у терминима самих актера, што ово истраживање сврстава у интерпретативну социологију. (Сикорова)

Публикација **АУТОНОМИЈА У СТАРОСТИ. ПОГЛАВЉА ИЗ ГЕРОНТОСОЦИОЛОГИЈЕ**, садржи четири дела. Први део, под називом **СТАРЕЊЕ И СТАРОСТ**, бави се систематским прегледом најважнијих геронтосоциолошких перспектива, теоретских оквира, теорија и концепата релевантних за предмет истраживања. Други део, под називом **ЛИЧНА АУТОНОМИЈА**, има три поглавља: 1) Лична аутономија као теоретски концептуални проблем; 2) Лична аутономија у светлу Моравско-шлеске судије и 3) Значајне димензије личне аутономије, у којој се детаљно разматрају сви аспекти физичке и финансијске самодовољности и аутономије у смислу самосталног одлучивања. У овом делу, ауторка нарочито прави разлику између физичке (здравствене) аутономије, финансијске аутономије и аутономије одлучивања. Истиче се да се аутономија у случају физичке и финансијске аутономије јавља на маргинама међуљудских односа, док је, напротив, аутономија самосталног одлучивања у директној вези са социјалним односима и везама у којима сениори сагледавају личну аутономију. Три основне области аутономије, на овај начин, чине једну велику тему, док социјалне везе и односи чредстављају дугу тему старијих особа.

Трећи део интегрише резултате опширног истраживања и носи назив ЛИЧНА АУТОНОМИЈА И/ИЛИ СОЦИЈАЛНИ ОДНОСИ СЕНИОРА У СТАРОСТИ. У овом делу разматрају се ставови социјалне геронтологије у вези аутономије и социјалне интеграције старијих и резултати Моравско-шлеске студије у погледу личне аутономије и социјалне интерације сениора. Истраживање је показало да социјална интеграција сениора, нарочито у породици и друштвеној заједници, представља централни проблем аутономије.

Четврти део, СТРАТЕГИЈЕ СТАРЕЊА И СТАРОСТИ разматра резултате датог истраживања, у вези савладавања проблема старости и старења. Истраживачки резултати су у овом делу публикације приказани из визуре самих сениора, тј. Приказане су њихове различите стратегије, којима сами, или уз помоћ социјалне средине, савладавају проблеме аутономије. Истраживачи све стратегије деле квантитативно или на основу интензитета на: минималистичке, акцептивне и игноришуће, док квалитативно подељене стратегије очувања аутономије могу бити: у области здравља и животног стила, социјалних односа, слободног времена, личних особина, егоистички схваћених интереса и трансценденталне стратегије (Сикорова, 221)

Приказана публикација не спада у најновије радове, али представља значајан теоријски и методолошки допринос готово занемареној теми аутономије старијих. Имајући у виду демографске трендове и деценију и по од публикавања, може се рећи да физичка, финансијска и аутономија одлучивања, све бројније популације, представљају још значајнију тему у Европи. Нема сумње у научну заснованост бављења овом проблематиком, првенствено због изузетно богате литературе која је наведена на крају студије (око 280 радова на чешком, словачком, енглеском и немачком језику).

Проф. др Драгана Динић

Приказ књиге

ЧОВЕК И СМРТ

у лексици и фразеологији пиротског говора

(и говора суседних области)

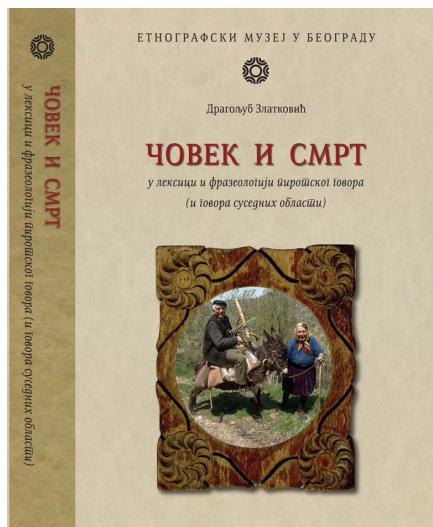
аутора **Драгољуба Златковића**

На страницама Википедије може се прочитати да је Драгољуб Златковић из села Војнеговац код Пирота признати и познати етнолог, сакупљач народних умотворина пиротског краја и песник. Мало ко зна да је реч о дипломираном агроному који је читав свој живот посветио сасвим другој области. За њега се може рећи да је Вук Караџић пиротског краја. Из његовог пера су проистекли бројни радови објављени у престижним научним часописима у нашој земљи, али и у Русији и Бугарској. У питању су читаве колекције пословица, изрека, загонетки,

народних песама и приповедака пиротског говорног подручја, које су често основна литература студентима Филолошког факултета.

У издању Службеног гласника 2014. објавио је *Речник пиротског говора* у два тома, за који је добио престижну Награду Вукове задужбине за 2015. годину.

Књига *Човек и смрт*, коју вам представљамо, дело је овог аутора и рађена је у лексици и фразеологији пиротског говора и околних крајева. Исказе о смрти, локалног становништва, Златковић је бележио од априла 1965. до јуна 2018. године, на подручју читаве југоисточне Србије. Сам аутор истиче да никада није своје саговорнике питао да причају о смрти, већ се ова тема наметала спонтано, поводом сасвим других питања. Добијени искази груписани су у одређене тематске целине, које обједињене представљају народна сведочења и ставове о смрти. Оно што доводи до смрти је болест, повреда или сама старост. Болест и повреде могу да се избегну или да се излече, док је старење могуће само донекле успори-



ти, тако да само ретки изузеци доживе стоту. Код деце и младих размишљање о смрти скоро да и не постоји, док се, са одмицањем година, смрт свакоме намеће као тема. Сам аутор истиче да: *Нестанак својих драгих дедова и баба, изненадна смрт у породици, домаћинству, родбини или суседству, и сопствено искуство са болестима и лечењем, појачавају размишљања о животу и смрти, мењају однос према животу и уочавају да је живот краткотрајан и да га треба промишљеније живети.* Управо зато је ова тема присутнија код старијих људи него код осталих популационих група. Колико ће нас питање смрти заокупљати и како (као панични страх, узнемирење, депресија, психоза или као смирено прихватање коначности), зависи од нашег начина живота у младости и у зрелом добу, од самопотврђивања и успешног достизања жељених животних циљева. Човек који ради и ствара, који је задовољан и срећан, који се потврђује на професионалном плану, који формира породицу и одгаја успешно и здраво потомство, нема много времена да размишља о крају, али и када то чини охрабрен је својим резултатима јер се „имао рашта и родити“ и релативно је миран. Његов живот није био само „бесциљно трајање које истиче као потпуно пропадање“, већ ће се наставити кроз потомство, „преко зрнаца предања о његовом доприносу“.

Они који имају много година и довољно времена за главу, најчешће и најдуже мудрују и говоре о смрти. То су усамљене особе (пудар, воденичар, путник на дугом путу, преља или ткаља, овчар за стадом, орач за плугом, рабација за колима), распарене (удовац, удовица), неупарене (престарела девојка, престарели момак) или несрећне особе (усамљени болесник, бедна и гладна особа, ожалошћена особа, губитник). Међу њима има и оних које су опседнуте смрћу и кривицом за неостварени живот, па њихови искази звуче као повремени гласни део њихових непрекидних и немих разговора са самим собом. Успешни и разметљиви старци често истичу свој позитиван животни биланс, а млађе и веселе особе воле да се шале на рачун старих особа, али и да радо говоре о онима који дуго живе и који умеју да старе. (Преузето из Предговора књиге – прим. Д. Д)

Збирка исказа о смрти настајала је у распону од пола века и подударара се са периодом растакања и пропадања села, и урушавања државе и привреде, тако да се у исказима рефлектује колективни страх, који нараста из дана у дан. Искази су груписани у двадесет тематских целина, датих по азбучном реду ради лакшег праћења. Свака тематска целина има и паралелан наслов у пиротском говору, који ближе осветљава њену суштину: Болест и лечење (*Има болка, ама има и лек*), Шале на рачун ста-

рења (*Насметоше ме доктури, те не умре*), Смрт и пролазност (*Нека прооди, друђи да живе*), Дуговечност као основна жеља (*Неје си толко ни лоше да си стар човек*), Старење у пару (*Немаш ли другара, немаш ништа, немаш силу, немаш живот*), Старење у свом дому (*Да глчи нећи човек у кућу, да има после мене*), Старење у самоћи (*Само ја и моје срце, никога другог нема*), Самоостваривање и свођење рачуна (*Тријес човека је од мене потекло*), Преношење традиције (*Причам на млади што знам, да остане*), Сужавање социјалног круга (*Дојде си време да човек почње да смита свакоме*), Старци као терет у домаћинству (*Горчив је леб из чужду руку*), Слабљење воље и страх од смрти и заборав (*Стра си ме, доде*), Телесно и духовно опадање (*Надол идемо, нагор не идемо*), Пропадање села и традиционалног система вредности (*Нема више ни кој да гази земљу ни кој да умре*), Самоубиство (*Турил јуже на гушу, стужнило му се*), Час смрти (*Душа на кон'ц*), Тужбалице (*Леле-леле, црна муко моја*), О покојнику и смрти (*Кад дојде смрт, оно не пита да ли очеш или нечеш*), Погреб и помени (*Че прајмо адет, ама нема га дигнемо*), и Онај свет (*Штом умреш, одма си горе*).

Богатство ових сведочења је тим веће, што је аутор уредно бележио ко је и у којој прилици дао исказ и са ког је географског подручја дотична особа. Изнети ставови о животу и смрти у складу су са традиционалним мерилима; те представљају сублимацију народне мудрости и филозофију живота обичног сеоског становништва југоисточне Србије. Ова књига може користити не само лингвистима и фолклористима већ и геронтолозима, психолозима, антрополозима, патолозима, социолозима, филозофима, културолозима, књижевницима и свима онима који су заинтересовани за проучавање феномена смрти из визуре сеоског становништва.

Књигу је објавио Етнографски музеј у Београду 2020. године, а ми вам је топло препоручујемо.

IV ИЗ АРХИВЕ ГДС

СТАРОСТ И УСЛУГЕ СОЦИЈАЛНОГ РАДА НА СЕЛУ⁴⁹

У току протекле две и по деценије, као што је познато, одвијали су се код нас значајни процеси друштвено-економског преображаја. У низу таквих преображаја, нема сумње, спадају значајне промене у структурама нашег становништва, међу којима, сенилизација наше популације, је једна од израженијих карактеристика протеклог периода. За само нешто више од две и по деценије наше становништво је у толикој мери остарело да је, према критеријумима Популационе комисије Уједињених нација, престало да се третира као „младо“ становништво и сврстало се у групу „стаог“ становништва.

Према попису становништва из 1948. године, учешће становништва старог 65 и више година, у укупној популацији, износило је у Србији 4,6%, што је нешто изнад границе од 4% која, према споменутој дефиницији Популационе комисије Организације уједињених Нација, означава „младо“ становништво, да би то учешће било 1953. године 6,1%, 1961. године 6,4%, 1971. године 8,4%, што је знатно изнад границе која раздваја „средње-старо“ од „старог“ становништва, који означава проценат од 7%.

Познато је да су регионалне разлике знатне, што илуструју следећи подаци који се односе на 1971. годину: учешће становништва старог 65 и више година на подручју Србије ван аутономних покрајина је 8,8%, на подручју Војводине 10,0%, на подручју Косова 4,6%. Још су израженије разлике кад се посматрају ужа подручја и оне се крећу испод 4%, до близу 20%. Значајно је за наше разматрање да ће се процес старења нашег становништва наставити и у народеном периоду. Тако се очекује да ће учешће старих у укупној популацији у Србији 1981. године достићи 8,8%. Сличне тенденције изражене су и у другим земљама.

49 Рад је објављен 1973. године, у првом броју часописа *Геронтологија* (на стр. 122-135), који је до 1992. године штампан под називом *Геронтолошки зборник*. Тај први број је издао Институт за социјалну политику, који је био један од иницијатора за оснивање Геронтолошког друштва Србије. ГДС је основано 1973. године и преузело је даље издавање овог Часописа. Како постоје само два примерка тог првог броја, те је недоступан стручној и научној јавности, а он истовремено пружа прве писане податке о успостављању геронтолошке и геријатријске мисли у Србији, чланови Редакције *Геронтологије* су одлучили да у сваком наредном броју одштапају по један текст из *Геронтолошког зборника*, у одељку „Из архиве ГДС“.

Европски геронтолози и демографи указују да ће у двехиљадитим годинама доћи до посебно увећаног раста групе становништва старог 75 и више година. Према тим проценама, на пример, очекује се да ће 1980. године доћи до извесног смањења у добној групи од 60 до 65 година, али, до пораста ће доћи у добној групи од 65 до 69 за 3,4%, у групи од 70 до 84 за 20,1%, у добној групи 75 и више за 34,7%⁵⁰. Предвиђа се да ће у 2001. години становништво старо 85 и више година бити за две трећине веће него што је то данас,⁵¹ што је од посебног значаја за социјалне и здравствене службе, будући да су то године, када по правилу долази до знатних промена у физичкој и психичкој конституцији остарелих због којих ова лица најчешће имају потребе за туђом негом и помоћи у задовољавању низа егзистенцијалних функција и потреба.

Друга исто тако значајна карактеристика наше остареле популације јесте да је остарелост везана нарочито за сеоско подручје. Наш познати демограф др Милица Сентић је још 1966. године констатовала да „док контингент старог становништва достиже једва 5,6% у градовима, на селу прелази 6,5%“. Познато је да је феномен старења и старости на селу присутан и посебно изражен кроз тзв. старачка пољопривредна домаћинства. Прорачуни вршени на бази досадашњих трендова пољопривредних домаћинстава која поседују око 750.000 хектара пољопривредне земље, што представља око 17% укупних пољопривредних површина индивидуалних газдинстава, а да ће 1975. године бити око 230.000 старачких пољопривредних домаћинстава са око 1.000.000 хектара земље или око 24% свих индивидуалних пољопривредних газдинстава, док се за 1980. годину процењује да ће број старачких пољопривредних домаћинстава бити 450.000 са око 1.800.000 хектара, што је око 40% од укупног земљишног фонда индивидуалних пољопривредних газдинстава. Ове цифре могу бити и нешто ниже или више, што у овом моменту није тако битно, јер оне треба да поткрепе тезу, да ће бити потребна посебна друштвена ангажованост у односу на остарелу сеоску популацију. При томе треба истаћи сложеност читавог питања с обзиром на низ околности, међу којима посебно треба истаћи следеће:

Прво, нерешеност питања пензијског осигурања земљорадника и чињенице да економска снага знатног броја пољопривредних газдинства

50 A. Scheler-Bardassarian: „Action locale en faveur des personnes agees“, N. Un., Geneve 1971.

51 D. Wesserburn: „La condition et les besoins des personnes agees dans les collectivites urbaines en Europe“, UN Geneve 1971.

(знамо да око 45% пољопривредних домаћинстава има испод 3 хектара обрадиве површине) не представља адекватну економску основу за решавање овог питања.

Друго, просторно-географске, урбанистичке и инфраструктурне карактеристике сеоских насеља, несумњиво, отежавајуће делују на организовање разних социјалних и других сервисних служби намењених онемоћалим остарелим лицима.

Међутим, резултати истраживања, које је у периоду 1966-1970. г. обавио Институт за социјалну политику у Београду (Остарели у Југославији, Институт за социјалну политику, Београд, 1970.) показују да остарело становништво на сеоским подручјима има веома изражене потребе управо за појединим услугама у стану односно њиховој кући.⁵² Ради се, пре свега, о услугама које се обезбеђују у оквиру социјалног рада, што је и предмет овог написа ради чега ћемо, најпре, изложити податке до којих се дошло у току споменутог истраживања и који недвосмислено упућују на императивну потребу организовања низа услуга у области социјалног рада.

Резултати обављеног истраживања показују да се 71% старих на селу може нормално и без тешкоћа кретати по кући и ван куће. Већи је проценат мушкараца, него жена, који се могу нормално кретати по кући и ван куће и он износи за мушкарце 78% а за жене 67% што значи да је једна трећина остарелих жена на селу ограничена у кретању или се уопште не може кретати, док тај постотак код мушкараца нешто повољнији.

ПОКРЕТЉИВОСТ	МУШКАРЦИ	ЖЕНЕ	СВЕГА
1. МОГУ ДА СЕ КРЕЋУ ПО КУЋИ И С ТЕШКОЋАМА ВАН КУЋЕ	16%	25%	21%
2. МОГУ ДА СЕ КРЕЋУ ПО КУЋИ, АЛИ НЕ МОГУ САМИ ВАН КУЋЕ	3%	4%	4%
3. НЕ МОГУ ДА СЕ КРЕЋУ ПО КУЋИ ВЕЋ МОРАЈУ СТАЛНО ДА ЛЕЖЕ У КРЕВЕТУ ИЛИ СЕДЕ У ИНВАЛИДСКИМ КОЛИЦИМА	3%	4%	4%

Нема сумње да је трећа група од 4% остарелих у најтежем положају, јер њихова егзистенција претпоставља сталну туђу негу и помоћ, што је

⁵² Истраживања вршена код нас, а и у свету, показују да око 1% старих има потребе за болничким смештајем, а за домским око 1-3%.

у сеоским условима веома често, готово немогуће обезбедити, с обзиром на оскудицу у радној снази и живом људском раду.

Интересантно је да је постотак потпуно непокретних у градским подручјима дупло мањи него на селу: 2% за оба пола, 2% за мушкарце и 2% за жене.

Међутим, са становишта коришћења услуга других, значајна је и групација оних остарелих лица која се могу кретати по кући али не могу ван куће, будући да је задовољавање низа егзистенцијалних потреба везана за обављање одређених послова ван куће: доношење огрева, воде, неодложне куповине намирница и др. И ова категорија остарелих мора бити под одговарајућим „заштићеим“ условима, јер је њихова егзистенција условљена услугама других.

Узроци везаности за постељу односно инвалидска колица су трајније природе: 89% анкетираних непокретних остарелих лица је преко 3 месеца било везано за постељу односно инвалидску столицу (92% мушкарци и 88% жене), а 11% мање од 3 месеца.

Разлози везаности за кревет су најчешће парализа (40%), реуматизам (13%), слаб вид и слепило (10%), болести срца (7%), болести плућа, астма и др. (7%), итд.

Испитивање је показало да одређени број остарелих на селу има тешкоће у погледу кретања по дворишту: 13% може са тешкоћама да изађе у двориште (11% мушкарци, 15% жене), док 4% не могу уопште да изађу у двориште. Већи је постотак оних, међутим, који имају тешкоће при кретању по степеништу: 24% може са тешкоћом да се креће по степеништу, док 7% не може да се креће по степеништу.

Веома су значајни подаци који се односе на способност остарелих у погледу одржавања личне хигијене, облачења и обувања и обављања појединих послова у домаћинству.

Са тешкоћом се може умити, односно купати 10% остарелих (8% код мушкараца и 13% код жена), док 5% не могу се сами умити, односно купати, (у односу на полове нема знатнијих ризика), већ то мора учинити друго лице.

Приближно исти постотак је оних остарелих лица, која имају тешкоћа приликом облачења и обувања, односно која то не могу да учине већ је потребно да то други учини: 12% могу са тешкоћама да се обуку и обују (9% мушкарци, 14% жене), док 4% не могу сами да то учине већ то морају учинити друга лица.

Знатно је, међутим, већи постотак оних остарелих који не могу сами да обаве сечење ноктију на ногама: 10% не може (9% мушкараца, 11% жена), док 12% могу то да учине, али са тешкоћама.

Веома је неповољна структура остарелих са становишта њихове способности за обављање појединих кућевних послова; јер 19% остарелих није способно да обавља лакше кућевне послове (16% може, али са тешкоћама), 44% није у стању да обавља било какве теже кућевне послове (20% може, али са тешкоћама), а 28% не могу да обаве припремање obroka (15% може, али са тешкоћама), 34% не могу да иду у куповине (14% може, али са тешкоћама).

Ови подаци показују да су основне егзистенцијалне способности код више од трећине остарелих лица, која живе на селу, на неки начин умањене и ограничене, ради чега имају потребе за услугама других лица.

Могло би се рећи да су, међутим, поразни резултати до којих се дошло у погледу питања ко таквим лицима пружа ове неопходне услуге, и ко то чини.

Постотак остарелих којима нико не помаже да би могли да изађу у двориште, с обзиром да то они не могу сами да учине без туђе помоћи, износи 17% (32% мушкарци, 11% жене).

Нешто је већи постотак оних којима нема ко да помогне приликом кретања степеништем, с обзиром да то они не могу сами да учине без туђе помоћи, и он износи 19% (27% мушкарци, 13% жене).

Знатно је већи постотак оних остарелих лица којима нема ко да помогне приликом кретања у стану, с обзиром да они сами то не могу да чине без помоћи другог, и он износи 32% (30% мушкарци, 33% жене).

Нешто је повољнија ситуација када се ради о услугама у одржавању личне хигијене и облачењу и обувању, мада не треба занемарити тежину и трагичност судбина и тог, релативно мањег, броја остарелих лица: 10% остарелих који се не могу сами умити без помоћи другог остаје без такве помоћи, 15% нема ко да помогне приликом облачења и обувања, а 7% приликом сечења ноктију на ногама, мада они то сами нису у стању да учине.

Могло би се, међутим, закључити да око 3% остарелих на селу су сасвим препуштени сами себи, и ако се ради о лицима којима су неопходне услуге других. Наиме, 3% анкетираних остарелих лица, са села, је изјавило да немају ничију помоћ у обављању лакших домаћих послова, мада они сами нису у стању да то учине; исто толико анкетираних (3%) је изјавило да немају туђе помоћи у обављању тешких послова у

домаћинству, које они сами нису у стању да обаве; а исти проценат (од 3%) је оних који су изјавили да немају помоћи других у припремању ручка и у обављању куповине, и ако они то нису у стању сми да обаве. Слична је и ситуација и када се ради о посетама других, доношењу хране и обављању већине послова у домаћинству за време болести остарелих лица: 3% је изјавило да их за време ихове болести нико није посетио односно обилазио, 3% није нико доносио храну за време њихове болести и исто толико је морало да обавља већину послова у домаћинству за време њихове болести, јер није било другог лица.

Међутим, на питање ко их најчешће пази и негује у случају болести 12% анкетираних остарелих лица са села је изјавило: „Нико, раде то сами“ (7% мушкараца, 16% жена.)

Са становишта потребе коришћења услуга других, значајни су, такође, одговори добијени на питање: „Да ли им обављање домаћих послова представља тешкоће“:

Да, веома 24%

Донекле 40%

Нимало 36%

Интересантно је да се између 2% и 3% анкетираних изјаснило да би желели да промени начин становања одласком у дом за старе и пензионере, иако је само 1% анкетираних изјавило да сматра да је добро уређење дома за старије људе најбољи начин решавања стамбеног питања остарелих, и поред чињенице да се 5% анкетираних изјаснило да су њихови стамбени услови „врло рђави“ а 18% да су „рђави“ (34% задовољавајући, 37% доби, 6% врло добри).

Нема сумње да су неповољни услови становања везани и за употребу нужника. На питање да ли им употреба нужника ствара тешкоће 22% анкетираних је изјавило да им причињава тешкоће а 12% је изјавило да и ако им причињава тешкоће, нико им не помаже приликом његовог коришћења. Треба, при томе, напоменути да се у само 7% анкетираних случајева нужник налази у стану, а у свим осталим случајевима ван стана и то:

Удаљен од зграде до 10м	23%
Удаљен од зграде од 10-50м	58%
„ „ „ од 50-100м	6%
„ „ „ преко 100м	1%
Уопште нема нужник	5%

Веома је неповољна структура и када се анализира одакле се остарела домаћинства снабдевају водом:

Са водоводне чесме	14%
Са бунара	68%
Са извора	18%

Права слика тешкоћа у вези снабдевања водом добија се када се посматра лоцираност извора снабдевања водом:

У стану	4%
На истом спрату али не у стану	1%
Ван зграде до 10м	39%
Ван зграде од 10-50м	28%
Ван зграде од 50-100,	15%
Ван зграде преко 100м	13%

Очигледно је да обезбеђивање водом у оваквим условима захтева један изузетан физички напор, који често у тим годинама превазилази реалне физичке способности остарелих лица. Још тежа је ситуација код оних остарелих који живе сами и не могу се кретати ван куће или су везани за постељу: оскудева се у потребним количинама воде што се најпре негативно одражава на ниво њихове личне и опште хигијене. Нема сумње да је и у овом погледу, знатном броју остарелих лица неопходна услуга и помоћ других.

Низ индикатора указује да су остарела лица на селу у знатном постотку углавном препуштена сама себи: 11% испитиваних живе сами (међу остарелим женама тај проценат износи 14%), а 24% живи само са супругом, по правилу, такође старим лицем. Приближно исти проценти добивени су и код постављеног питања с киме су испитивана лица провела последњи празник: 12% је изјавило да су били сами (код жена 15%), а 16% је празник провело са супругом. На постављено питање да ли се осећају често усамљеним добијени су следећи одговори:

Често	34%
Понекад	37%
Ретко	12%
Никада	18%

Нема сумње да је и осећање усамљености условљено низом фактора, али одређено место има и околност да остарела лица не уважавају оне услуге које су им неопходне у свакодневном животу.

И поред све чешће занемарујућег односа породице и деце према остарелим родитељима, ови последњи највише очекују, разумљиво, управо помоћ и бригу од деце. На питање шта мисле о томе ко у првом реду треба да помогне старијим људима у случају потребе добијени су следећи одговори:

Деца	75%
Породица	12%
Околина, комшилук, село	2%
Друштво	6%
Општина, осцијална заштита	5%

Ови подаци упућују на закључак да је недовољно позната и афирмисана служба социјалне заштите, јер је релативно мали проценат оних који на њу рачунају. Додуше, анкетно испитивање је показало да се већи постотак остарелих већ обраћао по појединим питањима тој служби: 9% (док је 91% испитиваних изјавило да се није до сада обраћало овој служби по било ком питању). Ипак, на извесно сугестивно питање, да ли би у случају потребе били спремни да се обрате социјалној служби, 67% испитиваних је изјавило да би били спремни, 22% је изјавило да се не би обраћали овој служби а 1% је изјавио да им није ни познато да постоји служба социјалног радника.

Веома је индикативан податак да само 11% остарелих испитаника очекује неку помоћ од околине, комшилука и села, а да знатно већи постотак очекује једну организовану помоћ друштва као таквог (11%), односно породице (87%). Може се закључити да, када изостане породична заштита, остарела лица знатно више преферирају организовану друштвену заштиту и помоћ него тзв. добросуседску помоћ која, нема сумње, садржи и елементе каритативне, што вређа њихову личност и достојанство.

Само 11% остарелих лица, обухваћених овим испитивањем, осигурано је по основу пензијског осигурања, и то:

По основу личног осигурања	8%
По основу породичног осигурања (супруга односно детета)	3%

Значи да 89% остарелих са села нису пензијски осигурани, а да здравствено осигурање немају 18%, што значи да 82% остарелих на селу има здравствено осигурање и то:

По основу личног осигурања	59%
По основу породичног осигурања (супруг, деца)	23%

Интересантно је да је 8% испитаника изјавило да никада није користило услуге лекара, а да је 28% изјавило да их је за време болести лекар посетио у стану, док 72% лекар није посетио у стану за време болести било зато што су сами отишли у здравствену станицу (36%) или зато што није била потребна лекарска помоћ (13%), али је значајно да је 20% испитаника изјавило да им је био потребан лекар у стану али га нису могли обезбедити јер:

Није имало ко да позове лекара	2%
Није било начина да се позове лекар	4%
Није било новца за лекарску услугу	14%

Приближно слични постоци у одговорима добивени су и код питања: „Ако би се указала потреба, да ли би било могуће позвати лекара да дође код вас?“.

Не би имало ко да га позове	1%
Нема начина да се позове	3%
Нема новца за то	12%

Забрињавајући је релативно висок постотак (од око 20%) оних остарелих лица који не користе услуге лекарске интервенције због новца и због тога што нема лица које би позвало лекара. С тим у вези је свакако и фактор недовољно развијених контаката са децом, јер 42% испитаника у току последње године нису посетила њихова деца, мада је знатно мањи проценат њихове деце која станују на таквом удаљењу од родитеља да то представља објективну тешкоћу за чешће контакте:

Удаљеност деце од родитеља	1. детета	2. детета	3. детета
Заједнички станују	66%	27%	25%
До 10 минута	10%	20%	11%
11 до 30 минута	6%	14%	14%
31 до 60 минута	5%	10%	11%
До 3 сата	6%	14%	19%
Преко 3 сата у земљи	5%	13%	16%
У иностранству	2%	2%	4%

Ако се не узму у обзир деца која се налазе у иностранству (до 4%) и она која се налазе у земљи на удаљењима преко 3 сата, у најнеповољнијем случају (узимајући у обзир удаљење трећег детета и занемарујући постојање првог и другог, који су по правилу ближе родитељима, не прелази постотак од 20% оних родитеља чија деца нису у могућности чешће да имају контакте са својим родитељима, што значи да се у преко половини случајева, код којих у последњих годину дана није било посете родитељима, ради пре свега о занемаривању бриге од стране деце у односу на остареле родитеље.

С тим у вези је разумљив релативно висок постотак позитивних одговора добијених на следећи формулисани став-питање: „деца се брину за своје родитељ дотле док имају од тога неку корист“:

Слажу се	31%
Не слажу се	17%
Како кад, зависи, не зна	52%

Већина испитиваних остарелих лица сматра да се њихова материјална ситуација, у односу на претходне године, погоршава или је непромењена, мада једна трећина анкетираних оцењује да се она побољшала:

Иста материјална ситуација	29%
Боља материјална ситуација	32%
Гора материјална ситуација	35%
Не зна	4%

Нема сумње да социјални положај остарелих на селу карактерише њихову материјалну зависност од других, јер огромна већина остарелих не остварује сопствене приходе. То најбоље илуструје стотинак испитаника који су изјавили да никакве приходе нису остварили по следећем нивоу у току протеклог месеца.

Из сопственог рада	94%
Од личне пензије	91%
Од породичне пензије	93%
Помоћ од деце	85%
Помоћ у новцу од рођака, познаника и сл	98%
Од социјалне помоћи	97%
Од њиве или врта	69%
Од изнајмљивања стана	99%
Из других помоћних извора	98%

Најчешћи приход је од пољопривредног газдинства, али је висина тог прихода (и то катастарског, дакле у већини случајева, када се ради о старачким пољопривредним домаћинствима, у питању је фиктиван а не реалан приход), веома ниска код знатне већине остарелих лица:

Годишњи катастарски приход (за опорезивање) за 1968. године

Од 2.000 динара	48%
2.001 до 5.000 динара	29%
5.001 до 8.000 динара	7%
8.001 до 10.000 динара	2%
10.001 до 15.000 динара	1%
15.001 до 20.000 динара	1%
Преко 20.000 динара	0%
Не зна	12%

Нема сумње да управо оваква незавидна и неповољна материјална ситуација остарелих на селу и знатно умањена економска потенција њиховог пољопривредног газдинства чини да трћина испитаника сматра да им највећу тешкоћу представљају управо издаци везани за само газдинство (33%), а тек затим долазе трошкови лечења (20%) и трошкови исхране (17%), а потом трошкови одеће и обуће (9%), огрева (8%), артикли домаћинства (3%), трошкови осветљења (1%) и други (9%).

На постављено питање „на шта би најпре утروшили – ако би неочекивано добили 1.000 динара“ испитаници су дали следеће одговоре:

На сопствено издржавање	25%
На одећу и обућу	15%
На порезу	15%
На помоћ деци, унуцима и другим рођацима	11%
На опремање стана	11%
На лекаре и лекове	8%
На попуну инвентара (пољопр.)	6%
Ставили би на штедњу књижицу	5%
За друге циљеве	4%

Добивени одговори несумњиво одржавају: а) неповољан социјални положај остарелих лица у коме нису обезбеђене основне егзистенцијалне потребе, и б) незаинтересованост за даљи напредак њиховог пољопривредног газдинства.

У извесном смислу ово потврђују одговори добијени на питање „које недостатке у свакодневном животу осећају, шта им недостаје“:

Ништа им не недостаје	7%
Здравље недостаје	52%
Новац недостаје	31%
Недостаје лекарска нега	1%
Недостаје одећа и обућа	2%
Недостаје рад и одговарајућа радна атмосфера	1%
Недостаје немање породице	3%
Недосају добри односи са децом и др.	1%
Недостаје остало	2%

Дакле, знатно доминирају питања везана за њихов социјални положај и личност.

Резимирајући изложене резултате истраживања које је спровео Институт за социјалну политику у Београду, у периоду 1966-1970. г. могу се извести следеће основне констатације:

- Значајан је број остарелих на селу који, због њихове психо-физичке кондиције, нису више у стању да нормално живе без услуга и помоћи других;

- Будући да знатан број ових лица живи у тзв. старачким пољопривредним домаћинствима, у којима нема лица такве физичке и психичке кондиције, која су способна и у стању да пружају потребне услуге изнемоглим и болесним остарелим лицима, ова остарела лица упућена су на помоћ и услуге ван оквира породице односно њиховог домаћинства;

- Са становишта поштовања личности и људског достојанства, а имајући у виду да су остарела лица у току свог дугогодишњег активног живота доприносила друшвној заједници и тиме стекла право на социјално обезбеђење од стране друштвене заједнице (по основу минулог рада), остарелим лицима на селу нужно је, кадгод је то неопходно, обезбедити одговарајуће услуге кроз одређене друштвене организоване институције и делатности;

- С обзиром да су у питању услуге из домена социјалног рада (помоћ приликом: кретања, одржавања личне и опште хигијене, облачења и обувања, обављања појединих послова у домаћинству и пољопривредном газдинству; куповина, посета, обављања физиолошких потреба, снабдевања водом и гревом, неговања међуљудских и друштвених контаката, одржавања и развијања родбинских односа, обезбеђења лекарске интервенције и здравствених услуга, обезбеђења материјалних средстава за живот и др.) неопходно је, на сеоским подручјима, обезбедити систематско деловање служби за социјални рад социјалних радника, подразумевајући у томе и пружање одговарајућих сервисних услуга којима се задовољавају егзистенцијалне социјалне и друге потребе остарелих лица на селу.

УПУТСТВО ЗА АУТОРЕ И РЕЦЕНЗЕНТЕ

Часопис „Геронтологија“ је домаћи научни часопис који објављује радове из области геронтологије, геријатрије, социологије и других сродних научних дисциплина, и има за циљ унапређење научно-истраживачког рада у наведеним областима.

Предлогом Матичних научних одбора за 2018. годину категорисан је као М51 (категоризација домаћих научних часописа за медицинске науке) и М52 (категоризација домаћих научних часописа за друштвене науке).

Уредништво прима радове у електронском облику, послате имејлом на адресу gerontologijagds@gmail.com, на српском и енглеском језику, а одлуком уредништва може се прихватити за објављивање и текст на неком другом страном језику. За објављивање у часопису примају се искључиво радови који нису претходно објављивани и нису истовремено поднети за објављивање у другим публикацијама што аутор гарантује слањем рада. Уредништво прима искључиво необјављене радове. Слањем аутори дају часопису право објављивања рада, како у штампаном, тако и у електронском облику. Научни и стручни радови подлежу анонимном рецензентском поступку. Ради анонимизације рукописа, која се обавља уклањањем имена аутора, неприхватљиво је да аутор у раду пише на начин да је идентитет аутора могуће открити из начина на који упућује на властите радове. Прикази књига, научних скупова, осврти и оцене не подлежу рецензији.

Рад послат за објављивање треба да буде припремљен према стандардима часописа да би био укључен у процедуру рецензирања. Неодговарајуће припремљени рукописи биће враћени аутору на дораду. Услов за разматрање рукописа је да буду припремљени у складу са следећим упутствима:

1. У часопису се објављују научни и стручни радови који не прелазе дужину од 10.000 речи, укључујући све делове рада. Прикази књига, научних скупова, осврти и оцене не могу прелазити дужину од 2.000 речи. Уредништво задржава право за објављивање радова изван спо-

- менутих категорија и са дужином која прелази наведени обим, уколико је рад значајан за развој геронтолошке теорије и праксе.
2. Аутори треба да користе слова врсте Times New Roman, величина 12, проред 1.5. Наслове и поднасловe писати без нумерације, величине 12. Наслове наводити у **Bold**, а поднасловe у *Italic*. Маргине подесити на 2.5 цм, на страни формата А4.
 3. Изнад наслова навести име и презиме аутора, а након тога назив институције у којој је запослен као и електронску адресу за кореспонденцију (мејл адресу навести у фусноти)
 4. Апстракт се прилаже на српском (на почетку) и енглеском језику (на крају текста) и треба да садржи између до 250 речи. Испод апстракта навести од 5 до 10 кључних речи.
 5. У посебној фусноти (*) навести додатне информације о самом тексту (део научног пројекта, резултат одређеног истраживања и сл.).
 6. Страна имена и називе писати у српској транскрипцији, са навођењем оригиналног назива у загради приликом првог помињања.
 7. Текст не сме садржавати заглавља (Header) нити подножја (Footer).
 8. У раду искључиво користити фусноте (*Footnote*). Све фусноте пишу се у фонту 10, Times New Roman, проред 1. Приликом писања приказа не користити фусноте.
 9. Начин цитирања у оквиру целокупног рада мора бити јединствен.
 10. На крају текста даје се Литература и евентуално Вебографија

У часопису се објављују научни радови (оригинални рад, прегледни рад, кратко саопштење или научна критика, полемика или осврт) и стручни радови, информативни прилози и прикази. Категорију рада предлажу рецензенти према следећим критеријумима:

1. оригинални научни рад (рад у коме се износе претходно необјављени резултати сопствених истраживања научним методом)
2. прегледни рад (рад који садржи оригиналан, детаљан и критички приказ истраживачког проблема или подручја у коме је аутор остварио одређени допринос, видљив на основу аутоцитата)
3. кратко или претходно саопштење (оригинални научни рад, пуног формата, али мањег формата или прелиминарног карактера)
4. научна критика, полемика и осврти (расправа на одређену научну тему заснована искључиво на научној аргументацији).
5. стручни рад (прилог у коме се нуде искуства корисна за унапређење професионалне праксе али која нису нужно заснована на научном методу)

6. информативни прилог (уводник, коментар и сл.)
7. приказ (књиге, случаја, научног догађаја)

Приликом цитирања аутори треба да примењују следећа правила у зависности од извора који наводе:

1. Монографије

Име и презиме аутора, назив монографије (*Italic*), издавач, место издавања, година издања, број стране.

а) Карл Полањи, *Велика трансформација*, Филип Вишњић, Београд, 2003, стр.110.

б) Paul Collier, *The bottom billion: Why the poorest countries are falling and what can be done about it*, Oxford University Press, Oxford, 2007, pp. 55-62.

2. Текстови у тематским зборницима

Име и презиме аутора, назив дела (под знацима навода), у, име и презиме уредника, ур. или урс. (уколико је више од једног), назив зборника (*Italic*), назив издавача, место издавања, година издања, број страна.

а) Тања Мишчевић, “Преговори Србије и Европске уније за закључивање Споразума о стабилизацији и придруживању” у Слободан Самарџић (ур.), *Србија у процесу придруживања Европској унији*, Службени гласник, Београд, 2009, стр.147-152.

б) Frances Stewart and Arnim Langer, “Horizontal inequalities: Explaining persistence and change” in: Frances Stewart (ed.), *Horizontal inequalities and conflict. Understanding group violence in multiethnic societies*, Palgrave Macmillan, London, 2008, p.54.

3. Текстови у научним часописима

Име и презиме аутора, назив текста (под знацима навода), назив часописа (*Italic*), број тома, број издања, број стране.

а) Јелена Видојевић, “Здравствена заштита у САД: право или привилегија?”, *Годишњак Факултета политичких наука*, вол.5, бр.5, стр.469-471.

б) Lotta Harbom and Peter Wallensteen, “Armed conflict, 1946-2009”, *Journal of Peace Research*, vol.47, no.4, pp. 501-509.

4. Текстови у новинама и часописима

Име и презиме аутора, наслов текста (под знацима навода), назив новине или часописа (*Italic*), датум, број стране.

а) Владимир Вулетић, “Ни Косово ни Европа”, *Политика*, 15. децембар 2011, стр.15.

б) Pierre Luther, “China goes into the world news business”, *Le monde diplomatique*, 10 April 2011, p.22

5. Документи

Назив документа (под знацима навода), часопис или гласило у коме је документ објављен (*Italic*), број издања (уколико постоји), издавач, место и година издања, број стране.

“Устав Републике Србије”, *Службени гласник Републике Србије*, бр.98, Београд, 2006, стр. 20

б) “Health at a glance 2011: OECD indicators”, OECD Publishing, Paris, 2011, pp.38-42.

6. Докторске и мастер тезе

Име и презиме аутора, назив тезе (*Italic*), докторска/мастер теза, назив универзитета (и факултета), датум, број стране.

а) Горан Тепшић, *Приступ Јохана Галтунга у области решавању сукоба*, мастер теза, Универзитет у Београду Факултет политичких наука, 2011, стр. 56-57

б) Марко Симендић, *Hobbes on persona, personality, and representation: Behing the mask of mask of sovereignty*, PhD thesis, University of York, 2011, p.78.

7. Извора са интернета

Име и презиме аутора, назив текста, издавач (уколико је текст објављен), пуна интернет адреса, датум приступа, број стране (уколико постоји).

а) Paul Collier and Anke Hoeffler, *Greed and grievance in civil war*, World Bank, Washington, D.C, 2000, Available from: <http://ssrn.com/abstract=630727>, (Accessed 7 August 2018), p.5.

б) Рајко Косановић, *Социјално право*, Friedrich Ebert Stiftung, Београд, Доступно преко: <http://www.fes.rs/pubs/2011/pdf/29.Socijalno%20pravo.pdf>, (Приступљено 24. јануара 2016), стр.41-45.

8. Понављање раније наведених извора

Приликом понављања наведеног извора ставити име и презиме аутора, наслов извора (*Italic*), затим оп. цит. и на крају број стране (Карл Полањи, *Велика трансформација*, оп. цит., стр.67).

У случају навођења извора из претходне фусноте користити *Ibidem*. (*Ibidem*, стр. 162).

9. Графикони и табеле

Табеле и графикони треба да садрже број, наслов и извор (све у доњем десном углу). За електронску форму користити формате .jpg, .tiff и .ai. Уколико је потребно, графичке приказе послати у засебном документу.

Библиографија

Изворе у листи литературе наводити по азбучном реду за текстове на српском језику, или по абecedном реду за радове на страним језицима, на исти начин као и у фуснотама с тим што се прво наводи презиме цитираног аутора. За текстове у зборницима и научним часописима навести бројеве страна. Приликом писања приказа монографија навести укупан број страна.

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

616-053.9

ГЕРОНТОЛОГИЈА : часопис Геронтолошког друштва Србије
= Gerontology : review of Gerontological Society of Serbia /главна и
одговорна уредница Љиљана Манић. - Год. 47, бр. 2 (2019)
Београд : Геронтолошко друштво Србије, 2020- (Пирот : Pi-Pres). -
24 cm

Полугодишње. - Је nastavak: ISSN 2560-5704 = Геронтологија бр. 1
(2019) Геронтологија. - ISSN 2560-5704. - Год. 47, бр. 2 (2019)

Извор: локална база података COBISS.SR/NBS

