



ИЗ САДРЖАЈА

- ▶ ТЕОРИЈЕ О НАСИЉУ НАД СТАРИЈИМА – РЕСУРС ЗА ПРАКСУ
- ▶ РУРАЛНО СИРОМАШТВО У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ
- ▶ КОМПЈУТЕРСКО ОПИСМЕЊАВАЊЕ ОСОБА ТРЕЋЕ ЖИВОТНЕ ДОБИ
- ▶ IZAZOVI U SPROVOĐENJU SAMOKONTROLE KOD STARIJIH OBOLELIH OD DIJABETESA TIP 2 NA INSULINSKOJ TERAPIJI

ГЕРОНТОЛОШКО ДРУШТВО СРБИЈЕ GERONTOLOGICAL SOCIETY OF SERBIA



ГЕРОНТОЛОГИЈА 1/2020. - GERONTOLOGY 1/2020.

Часопис Геронтолошког друштва Србије - Review of Gerontological Society of Serbia

Година **XLVIII**

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 Bährer-Köhler (Сабине Берер-Колер) Basel, Switzerland

Проф. др Небојша Деспотовић

Проф. др Мирко Петровић

Др Соња Подгорелец

Др Јелена Стојилковић Њатовић

Др Владан Чокић

Prof. Emeritus dr Robert Klike PSPC Consultants, Brisel, Belgija

Доц. др Предраг Ерцер

Асист. др Гордана Михајловић

Рачунарска обрада и припрема за штампу: проф. др Драгана Динић

Штампа PI-PRES, Пирот

Београд, 2020.

ISSN 2560-5704. - Год 48, бр. 1 (2020)

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>Наталија Перишић</i>	
ТЕОРИЈЕ О НАСИЉУ НАД СТАРИЈИМА – РЕСУРС ЗА ПРАКСУ	9
<i>Елизабета Марчета</i>	
ЗАШТИТА ОД НАСИЉА, ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА СТАРИХ	35
<i>Сретен Јелић, Татјана Јовановић, Емилија Лепојевић</i>	
РУРАЛНО СИРОМАШТВО У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ	65
<i>Мина Димитријевић, Зорица Савковић, Тамара Панајотовић, Невенка Никић Симатковић</i>	
КОМПЈУТЕРСКО ОПИСМЕЊАВАЊЕ ОСОБА ТРЕЋЕ ЖИВОТНЕ ДОБИ	89
<i>Тања Продовић, Биљана Продовић Милојковић, Миљан Крстовић</i>	
ДЕМОГРАФСКИ АСПЕКТИ СТАРЕЊА И ЗДРАВ ЖИВОТ СТАРИЈЕГ СТАНОВНИШТВА	101
II ГЕРИЈАТРИЈА	121
<i>Ljubinka Živojinović, Kristina Tošović, Dragana Živojinović, Nebojša Lađević Dejan Nešić</i>	
IZAZOVI U SPROVOĐENJU SAMOKONTROLE KOD STARIJIH OBOLELIH OD DIJABETESA TIP 2 NA INSULINSKOJ TERAPIJI	123
III ИЗ АРХИВЕ	137
<i>Душан Петровић</i>	
ПРОГНОЗА ИСХОДА ДЕПРЕСИЈЕ У СТАРОСТИ	139
УПУТСТВО ЗА АУТОРЕ И РЕЦЕЗЕНТЕ	147

УВОДНА РЕЧ

Поштовани читаоци, аутори и коаутори објављених радова,

Пред вама је први број часописа „Геронтологија“ за 2020. годину.

У овом броју, у делу посвећеном геронтолошким темама још једном скрећемо пажњу на проблем насиља над старијима. Како је концепт насиља над старијима веома комплексан и немогуће га је објаснити применом једне теорије или једног сета теорија, од великог је значаја познавање и комбиновање различитих теоријских приступа. У објављеним радовима најпре дајемо преглед релевантних теорија које представљају основ за разумевање и анализу феномена насиља над старијима, а затим у раду који следи, приказујемо документа и законе који се баве заштитом од насиља, злостављања и занемаривања старијих.

У раду посвећеном сиромаштву овај друштвени феномен, разматра се према типу насеља, региону, типу домаћинства као и према годинама старости носиоца домаћинства. Следи рад посвећен процесу старења становништва и основним демографским проблемима са којима је суочена наша земља. Геронтолошки део завршавамо радом који се бави значајем образовања, посебно компјутерске писмености, као једног од кључних корака у процесу активног старења, очувања и унапређења квалитета живота у старости.

У делу посвећеном геријатријским темама у овом броју објављујемо рад о значају спровеђења редовне самоконтроле оболелих од дијабетеса у старијем животном добу и улози самоконтроле у превенцији и успоравању пратећих хроничних компликација.

На рад др Душана Петровића који је објављен у првом броју нашег часописа, 1973. године, подсећамо вас у делу „Из архиве“.

На крају броја објављујемо упутство за ауторе и рецензенте као и критеријуме за избор радова.

У претходном броју Часописа најавили смо издање посебног броја који ће се бавити положајем старијих у условима пандемије. До закључења броја, нисмо добили ни један рад који би осветлио сложеност положаја старијих у овим условима. Позив остаје отворен, а тема нажалост, и даље актуелна.

Уредник часописа
Проф. др Љиљана Манић

I ГЕРОНТОЛОГИЈА

Наталија Перишић¹

ТЕОРИЈЕ О НАСИЉУ НАД СТАРИЈИМА – РЕСУРС ЗА ПРАКСУ

Резиме:

Феномен насиља над старијима пропраћен је развијањем теоријских основа које представљају основ за његово сазнавање, разумевање и анализу, као и за креирање одговарајућих превентивних и интервентних приступа. Иако постоје бројне теорије о насиљу над старијима, геронтологи сматрају да оне нису у потпуности задовољавајуће, из различитих разлога.

У овом раду, нагласак је на прегледу доступних релевантних теоријских оквира. Они су груписани у три категорије: интер-персоналне (теорија стреса и оптерећења неговатеља, теорија социјалног учења, теорија друштвене размене, теорија дијадичког несклада и теорија породичних односа условљених моћима), социо-културолошке (теорија рутинских активности, теорија моћи и контроле и теорија ејдизма) и мултисистемске (теорија друштвено-културолошког контекста, еколошка теорија и контекстуална теорија). У раду се указује на основне постулате сваке теорије унутар ових категорија, на њихове домете, предности и ограничења, уз доказе из истраживања, тамо где они постоје. Додатно, разматра се релевантност теорија са становишта креирања програма и мера усмерених у правцу борбе против насиља над старијима. Фактори ризика за насиље над старијима, такође представљају део рада, с обзиром на њихов значај за објашњење насиља над старијима.

Основна претпоставка у раду је да је неопходно комбиновати различите теорије у сврху објашњења различитих форми насиља над старијима. Ниједна не представља комплетно образложења, с обзиром да различитост врста самог насиља над старијима. Међутим, неопходно је и увећано ослањање на доказе који би били креирани у робустним лонгитудиналним истраживањима. Њихов значај за практична поступања био би велики, с обзиром на релативну ограниченост ефеката постојећих приступа у пракси.

Кључне речи: насиље над старијима, теорија, фактори, ризик, интервенција.

1 Др Наталија Перишић, ванредна професорица, Универзитет у Београду – Факултет политичких наука, Одељење за социјалну политику и социјални рад, natalija.perisic@fpm.bg.ac.rs,

Увод

Уопштено се сматра да истраживање насиља над старијима захтева развијене теоријске оквири, који могу да објасне овај „комплексан и особен“ проблем (Jackson, 2018: 13). Важност постојања и познавања различитих приступа не исцрпљује се тиме да је за разумевање насиља над старијим особама неопходно уочавати различите факторе који дејствују у бројним и различитим доменима. Она проистиче и из тога што теорије „представљају систематичан начин разумевања понашања, ситуација и догађаја“ (Roberto, Teaster, 2017: 21) и што се превентивне и друге интервенције у овој области, као и у осталима, заснивају управо на одговарајућим теоријским поставкама и њиховој примени. Наведено се једним делом односи и на разликовање између професионалаца и полу-професионалаца, сматрајући да прво наведени основ својих активности пронаалзе у одговарајућим теоријским приступима који су непознати лаичкој јавности, за разлику од друго наведених, којима теоријски фундамент не недостаје.

Када су у питању теорије о насиљу над старија конкретно, не смеју се занемарити бојазни појединих теоретичара, пре свега оних који припадају области геронтологије, поводом одређених, можда и кључних, ставки у вези са теоријама о насиљу над старијим особама. Они наиме указују на непостојање теоријског оквира аутентично развијеног унутар ове научне области и за ову научну област. Они наводе да је легитимност теорија о насиљу над старијима поткопана њиховим трансфером из области насиља над децом или насиља у партнерским односима и прилагођавањем проблематици насиља над старијима, без довољног уважавања специфичности насиља над старијим особама. Сличне бојазни исказују и у вези са трансфером теорија из других дисциплина, унутар којих су развијене (психологије, социологије итд). Додатно, геронтолози упућују критике са становишта тога, да су у постојећим теоријама одсутна објашњења специфичних врста насиља над старијима, те да је највећи број теорија фокусиран највише, ако не и искључиво, на физичко насиље (Jackson, 2018: 13; Roberto, Teaster, 2017: 23). Научни значај разматрања теорија о насиљу над старијим који се чини неоспорним, повезан је и са друштвеним значајем ове теме. Наиме, мотивацију за излагање о теоријама о насиљу над старијима ауторка овог рада добила је након упознавања са констатацијом из једног скорашњег истраживања којим се одсуство руководеће теорије у области насиља над старијима објашњава са три разлога: „ограниченом или у неким државама одсутном националном пажњом или бригом за ову проблематику; ограниченим препознавањем у законодавству; и од-

суством јавне свести“ (S.T.AGE, 2019: 30). Овде описана ситуација је са великом вероватноћом широко распрострањена. То истовремено значи и широку распрострањеност кршења људских права старијих и равнодушност друштава. Стога је друштвена димензија овог рада усмерена ка подстицању рефлексивности о насиљу над старијима, у сврху креирања робусних инструмената и мера њихове заштите.

Након приказа начина на које се теорије могу груписати, у овом раду представљена је свака од теорија која је узета у разматрање. Следи кратко указивање на факторе ризика, који се имплицитно или експлицитно помињу у теоријама. Стога их је неопходно узети у разматрања ефеката теорија на праксу. У закључним разматрањима процењује се значај теорија за праксу, тј. за разумевање феномена и креирање интервенција.

Класификација теорија о насиљу над старијима

Уз сва ограничења, која ће бити уочљива и из текста који следи, а полазећи од значаја примене различитих теоријских приступа за објашњење појаве насиља над старијим особама, као и за последично деловање, Кери Бирнајт (Kerry Burnight) и Лора Москведа (Laura Mosqueda) су, на основу резултата емпиријских истраживања, идентификовале низ теоријских приступа, које су класификовале у четири теоријска оквира: интра-персонални, интер-персонални, социјално-културолошки и мулти-системски² (Burnight, Mosqueda, 2011: 7). Допуњујући њихов рад, Шели Џексон (Shelly Jackson) је у једном од најобухватнијих новијих прегледа литературе, класификовала додатне теоријске моделе унутар четири теоријска оквира, замењујући интра-персонални оквир, оквиром макро-нивоа³ (Jackson, 2018: 16).

2 Бирнајт и Москведа класификовале су теорије на наредни начин: 1) интер-персоналне (теорија стреса код неговатеља; теорија друштвене размене; теорија дијадишког несклада; 2) теорија социјалног учења; 3) социо-културолошке (теорија моћи и контроле и 4) мулти-системске (теорија друштвено-културолошког контекста; еколошка теорија) (Burnight, Mosqueda, 2011: 7-20).

3 Џексон је класификовала теорије на наредни начин: 1) интер-персоналне (теорија стреса код неговатеља; теорија породичних односа условљених моћима; теорија међугенерациског преношења насиља; теорија друштвене размене; теорија дијадишког несклада; 2) социо-културолошке (теорија моћи и контроле, теорија рутинских активности); 3) теорија макро-нивоа (ејдизам) и 4) мулти-системске (био-психо-социјални модел и еколошка теорија) (Jackson, 2018: 14-18).

Преглед научних и стручних извора литературе указује на бројне теоријске приступе који могу бити релевантни за промишљања, објашњења и придавања значења насиљу над старијима, а чије кратко представљање следи⁴. Комбинујући приступ Бирнајт и Москведе (из 2011. године) са приступом Џексон (из 2018. године), уз извесне модификације, теорије о насиљу над старијима у овом раду класификоване су у три групе. Прва група теорија сврстава се у интер-персоналне, које насиље над старијима објашњавају са становишта међуљудских односа и комуникације. Другу групу сачињавају социо-културолошке теорије, у којима се основна претпоставка састоји у томе да се насиље над старијима не може разумети из оквира година живота и породичних односа, него односа моћи. Трећа група теорија, мулти-системске, објашњава насиље над старијима у контексту друштва, друштвених структура и односа (Табела 1).

Интер-персоналне теорије	Социо-културолошке теорије	Мулти-системске теорије
Теорија стреса и оптерећења неговатеља	Теорија рутинских активности	Теорија друштвено-културолошког контекста
Теорија социјалног учења	Теорија моћи и контроле	Еколошка теорија
Теорија друштвене размене	Теорија еџизма	Контекстуална теорија
Теорија дијадичког несклада		
Теорија породичних односа условљених моћима		

Табела 1 – Теорије о насиљу над старијима

Извор: аутор рада

Интер-персоналне теорије

Теорија стреса и оптерећења неговатеља

У литератури се поред назива теорија стреса и оптерећења неговатеља, појављује и назив ситуациона теорија, са идентичном аргументацијом и објашњењем насиља над старијима. Аутори нису сагласни око

⁴ У овом раду изостављене су одређене теорије које такође нуде објашњење насиља над старијима. Разлог томе је најчешће сличност њихових поставки са поставкама одређених теорија које јесу присутне у овом прегледу.

аутентичности порекла теорије стреса и оптерећења неговатеља: једна група сматра је можда и једином која је потекла из угла геронтологије, док друга доказује да је концепт изведен из области насиља над децом.

Фокус теорије стреса и оптерећења неговатеља је на реакцији и одговору на стрес ком су чланови породице изложени као последица неговања старијег члана породице који живи са извесним функционалним и/или когнитивним оштећењима. Основна претпоставка ове теорије јесте да неговање представља преузимање низа нових улога и одговорности, као и да захтева реорганизацију породичног живота, због чега изазива оптерећење и стрес код неговатеља. При томе, на капацитете неговатеља за обезбеђивање ефективне бриге за члана породице, а затим и на његово/њено сопствено свеукупно благостање, како наводе аутори, утиче низ фактора, тј. ситуација (Burnight, Mosqueda, 2011; Jackson, 2018; Roberto, Teaster, 2017). Први фактор јесу карактеристике потреба старије особе која је „у центру“, њена физичка и емотивна зависност, лоше здравствено стање, погоршан ментални статус итд. Други се односи на учесталост и врсту оптерећења и стреса са којима се неговатељ суочава и то како у вези са својим обавезама неговања, тако и у вези са другим аспектима свог живота (личним и професионалним). Трећи подразумева стратегије превладавања стреса код неговатеља, упоредо са могућношћу ослањања на друге, у сврху неговања старије особе, а укључује и исцрпљеност негом, евентуалну злоупотребу супстанци, проблеме и претходна искуства са насиљем неговатеља (Mathew, Nair, 2017: 32). У сваком случају, ова теорија сугерише да је последица немогућности неговатеља да „адекватно управља својим одговорностима у вези са неговањем“ (Jackson, Hafemeister, 2013: 9) насиље над старијим чланом породице.

Истраживања спровођена крајем седамдесетих и почетком осамдесетих година прошлог века креирала су снажне доказе за то да неговатељ који је изложен огромном стресу и оптерећењу због неговања старијег члана породице, ствара окружење у ком су могуће различите врсте насиља (Perel-Levin, 2008: 7). Међутим, током времена, почели су да се евидентирају докази о томе да стрес због неговања старијег члана породице није ризик који увећава могућност насиља, него „зависност насилника од старијег члана породице о ком се стара“ (Roberto, Teaster, 2017: 24). Демонстрирано је, наиме, да су бољи предиктори насиља над старијом особом у породици, особине неговатеља (његови личност и понашања, те већ наведена зависност од старије особе), него карактеристике жртве (лоше здравствено стање, функционална ограничења итд). Каснија

истраживања указала су на различите врсте зависности од старије особе – за стамбеним простором, за сигурношћу, за различитим врстама подршке. Измештање истраживачког фокуса на неговатеље у домовима за старије, креирало је додатне доказе, пре свега оне у складу са којима стрес и конфликти на радном месту могу утицати на појаву насилног понашања (Roberto, Teaster, 2017: 25).

За разлику од теоретичара и истраживача, који сматрају да ова теорија “криви жртву, а легитимише насилника” (Burnight, Mosqueda, 2011: 8) практичари јој поклањају велику пажњу. Њихове интервенције усмерене су уопштено у правцу реаговања на деперсонализацију неговатеља (S.T.AGE, 2019: 26) било његовим оснаживањем у сврху превладавања стреса (Jackson, 2018: 14), било обезбеђивањем услуга предаха и/или ангажовања и запошљавања додатног неговатеља (Akpeniba, 2016: 18). Практичари често иницирају и формирање група за само-помоћ у које се укључују неговатељи старијег члана породице, нарочито у ситуацијама у којима је код старије особе присутна деменција.

Теорија социјалног учења

Теорија социјалног учења назива се и теоријом циклуса насиља, као и теоријом међугенерациског насиља, при чему сваки од назива указује на важне, комплементарне детерминанте овог приступа. Повезана је и са теоријом животног тока, која насиље тумачи у контексту транзиција у човековом животу.

Развијена је за објашњење насиља као наученог понашања, које се преноси с једне генерације на другу, и то унутар настојања да се објасни проблематика злостављања деце у породици. У област геронтологије, трансферисана је на тај начин, што се наводи да злостављено дете може постати насилно према родитељу који га је злостављао, када родитељ остари, а оно постане његов неговатељ.

Компаративна истраживања насилника над децом и насилника над старијима која су спровођена деведесетих година прошлог века указала су на то да су они који злостављају децу са много већом вероватноћом били жртве одређених врста насилних понашања, када су сами били деца (Burnight, Mosqueda, 2011: 9). Насиље над старијима, пак, објашњено је тиме што је “насилна индивидуа научила да користи насиље у ранијем породичном контексту, било да би решила конфликте или да би

добила неки жељени исход” (Jackson, 2018: 14). При томе се кључнима сматрају механизми посматрања и моделовања насилног понашања код деце: “оно што виде као нормативно и прихватљиво понашање у свом дому, утиче на њихово сопствено понашање у будућим социјалним ситуацијама” (Roberto, Teaster, 2017: 29).

Међутим, истраживачи нису пронашли доследне доказе о применљивости ове теорије, односно трансфера насиља кроз генерације у контексту насиља над старијима (Jackson, 2018: 15). Чињеница, наводи се да нису пронашли ни доказе који оповргавају ову теорију, при чему се указује на дуготрајност последица изложености насиљу (у било којој форми) у раном животу (Roberto, Teaster, 2017: 29).

Слично томе, унутар ове теорије износе се и ставови о партнерском насиљу. Теоретичари који заступају ову перспективу наводе могућност да супружник који је био жртва партнерског насиља и сам постане насилник, уколико другом супружнику који је претходно био насилан, постане потребна његова нега због болести или инвалидитета (Akpeniba, 2016: 17).

Иако поједини теоретичари наводе да специфичне интервенције у пракси усмереној према старијима по основу овог теоријског модела нису развијене (Jackson, 2018: 15), превентивни приступи у борби против насиља уопштено представљају њихово уобличавање.

Теорија друштвене размене

Образложење насиља над старијима применом теорије друштвене размене води порекло из социологије, психологије и економије. Ова теорија развијена је педесетих година прошлог века, а њене поставке, које су од значаја за проблематику насиља над старијима, јесу тројаке. Прва претпоставка је да су индивидуе рационални актери који израчунавају своје добити и губитке у процесима друштвене размене. Друга претпоставка је да они теже максимизирању добити, и нарочито задовољавању својих потреба, а трећа је да процеси размене који резултују наградама, имају за последицу усвајање шаблона успешног понашања. На крају, “у конкуритивном друштвеном систему, процеси размене воде ка разликама у моћи и привилегијама између друштвених група” (Mathew, Nair, 2017: 31).

Ове разлике у моћима нарочито су присутне и увећавају се са старењем. Наиме, они који “доприносе” више, имају и већу моћ. Теорети-

чари који заступају ово становиште аргументују да са старошћу опадају доприноси, због смањења ресурса (здравствених, доходовних итд), те да су у друштвеној размени стари ти који су у депривилегованој позицији. Штавише, старијима постаје све теже да компензују моћ, јер се њихова база социјалних веза смањује. Последично, они имају умањене прилике за реципротетна понашања, као и за кажњавање неадекватног понашања према себи. Са увећањем дисбаланса моћи, старија особа постаје све пасивнија и сагласнија са лошим поступањем, како не би удаљила од себе оне који могу да јој пружају инструменталну или неку другу подршку.

Заступници теорије друштвене размене сматрају да наведено не постоји само у друштву, већ и унутар породице, у којој се такође размењују материјална (нпр. новац и простор за становање) и нематеријална добра (нпр. различите врсте сагласности), а заправо награде и казне (Vuić, Rusac, 2017: 327). Када једна страна размену почне да сматра неправноправном и неједнаком, односно да је посматра “неправичном”, она се може ослонити на примену насиља. Пример тога јесте одрасла особа која се стара о свом остарелом родитељу, а која може сматрати да има право на одређени доходак старије особе, из тог разлога што је негује (S.T.AGE, 2019: 19). У складу са горе наведеним, пошто је старијој особи неговатељ нужен за задовољавање свакодневних животних потреба, “она ће остати у злостављајућем односу све док задовољавање њених потреба надмашује цену малтретирања” (Vuić, Rusac, 2017: 327). Ова теорија није резултовала креирањем мера интервенције у пракси.

Теорија дијадичког несклада

Теорија дијадичког несклада, која је развијена за објашњење насиља у интимним партнерским односима, комбинује теорију социјалног учења и теорију друштвене размене. Према поставкама ове теорије, насиље настаје као последица несклада у односима, који су пак резултат контекстуалних фактора (нпр. историјата насиља у породици, које индивидуа усваја као стратегију решавања конфликта) и ситуационих фактора (незадовољства у односу) (Jackson, 2018: 15).

Када су социолози у Сједињеним Америчким Државама започели са истраживањем насиља у интимним партнерским односима на великим, национално репрезентативним узорцима, добили су фундаментално друкчије налазе од оних који су добијани на основу истраживања у сигурним

кућама, болницама и полицијским станицама. Ови налази су указивали на то да су “жене подједнако насилне колико и мушкарци у интимним везама” (Burnight, Mosqueda, 2011: 12). Заступници женских права су, с разлогом, одбили ове налазе као ирелевантне, с обзиром на да то да они релативизују озбиљност, инциденцу и контексте насиља којима су жене изложене.

И док неки сматрају да примена основних поставки ове теорије за објашњење насиља над старијима полази од двосмерности насиља, те да је потребно размотрити како понашања старе особе, тако и њеног неговатеља (Akpeniba, 2016: 18), нарочито ако је у питању такође старија особа (Jackson, Hafemeister, 2013: 10), дотле је други сматрају само ограничено прихватљивом. Они су мишљења да она не објашњава насиље над старијом особом које врши члан породице (одрасло дете) у оним ситуацијама у којима је однос више заснован на потребама, него на доприносу или избору. Ни ова теорија није допринела развоју интервенција у пракси (Jackson, 2018: 15).

Теорија породичних односа условљених моћима

Ова теорија представља један од скорашњих развоја у области (датира из 2014. године) и настала је на пресеку разматрања из области студија геронтологије и виктимизације. Њен фокус је на агресиви коју одрасло дете развије према својим родитељима, када они остаре и када настане ситуација у којој родитељ има потребу за негом. И у њој се наводи моћ, односно недостатак моћи код одраслог детета, које користи агресиву како би задобило већу моћ у односу са родитељем (Jackson, 2018: 14; Stripling, 424).

Њени зачеци налазе се у истраживању односа које карактерише континуирани конфликт између одраслих ћерки и њихових остарелих мајки. Показано је наиме, да иако старије жене доминантно исказују потребу да се њихове ћерке, а не синови, старају о њима, као и што наводе ћерке као извор емоционалне блискости и подршке, неке студије указују на постојање конфликтних односа између одраслих ћерки и мајки које су старије. У истраживањима подстакнутим оваквим односима, ћерке су пријављивале своје изражене перцепције неправичног поступања мајки према њима у детињству (Ziminski, 2014: 34–40). Те перцепције кретале су се од тога да мајке не испуњавају своје улоге на “одговарајући” начин, преко тога да су мајке по основу својих моћи наметале ћеркама зависност (убеђујући их да оне, тј. мајке имају свеукупну моћ, а ћерке никакву), до

тога да су односи међу њима окарактерисани нестабилношћу (Ziminski, 2014: 42–44). Када су одрасле, ћерке нису нарушавале структуру моћи, “указујући на то да сматрају да њихове мајке имају легитмину моћ или право на доминантну улогу моћи (...) Осим тога, ћерке су сматрале да извори моћи њихових мајки обухватају и афективне и материјалне ресурсе, експертско знање, као и присилу и насиље” (Ziminski, 2014: 52).

Ове перцепције изазивале су снажне негативне емоције у каснијем периоду код ћерки, дајући непријатељску ноту њиховим односима са мајком, то у континуитету. Упркос томе, код ћерки је постојала једнако снажна мотивација да остану у односу са мајкама, из потребе за елиминисањем негативних искустава из прошлости, кроз тражење од мајки да потврде њихову вредност, као и из осећаја дужности. Последично, неизбежно је настајала конфронтација и однос дефинисан хроничним конфликтом. Подршка мајкама јесте постојала, али чак и према исказима самих ћерки, она подршка коју су добровољно пружале мајкама, била је минимална (Ziminski, 2014: 50–52).

Ова теорија позива на преиспитивање односа у породици и не узима а приори чињеницу присуства члана породице гаранцијом подршке старијем члану, али за сада није резултовала развијањем интервенција у пракси.

Социо-културолошке теорије

Теорија рутинских активности

Теорија рутинских активности развијена је унутар криминологије (а по основу теорије рационалног избора) и насиље у целини, па тако и насиље над старијима, објашњава као опортунистички акт, посматрајући га као последицу економских и социјалних промена. Назив овог приступа потиче од тога, што његови аутори сматрају да су рутинске активности у којима особе свакодневно учествују, оно што их чини подложнима перцепцији другог као вулнерабилних, што резултује њиховом виктимизацијом.

У складу са поставкама ове теорије, која је допуњена и теоријом животних стилова, особа је мета насиља онда када су испуњена три услова: када представља подесну мету, када нема заштиту и када постоји мотивисани насилник. Истовремено, године живота “имају драматичан утицај на животне стилове, а страх од изложености неком кривичном

делу може водити ка томе да старији ограниче своје рутинске активности и интеракције са другима” (Policastro, 2013: 56). Ова теорија умногосте је подржана емпијским доказима када су у питању објашњења убистава старијих, али и напади на старије на улицама, насиље у домовима за старије итд. Њена примена све је чешћа и приликом објашњења финансијских злоупотреба старијих.

Њени заступници указују на то да старија особа која је перципирана као подесна јер је рањива на неки начин, у одсуству члана породице или пријатеља, може постати жртва насиља у присуству мотивисаног преступника (Jackson, 2018: 16).

Ова теорија сугерише да су активности старијих ограничене на приватни, више него на јавни простор, услед промена здравственог и физичког статуса, као и пензионисања, са закључком да је ризик од насиља над старијима нижи, у поређењу са ризиком од насиља над младима. У прилог томе наводи се и страх код старијих од тога да ће постати жртве злочина. Истраживања су пак јасно показала да животни стилови и рутинске активности старијих воде ка специфичним модалитетима виктимизације. У питању је управо то да, иако због свог изолованијег начина живота могу бити мање изложени насиљу од стране непознатих учиниоца, дотле их живот у домаћинству са члановима породице може изложити насиљу, у случају да је члан домаћинства насилан. Додатно, студије указују на то да старији са физичким и/или интелектуалним инвалидитетом, могу бити перципирани као подесна мета због мањих капацитета за одбрану од мотивисаног насилника. На крају, докази упућују на већу вулнерабилност на насиље оних старијих који немају социјалну подршку и који нису интегрисани у мреже социјалне подршке (Policastro, 2013: 68-69).

Критике су упућене са становишта површности ове теорије, али упркос томе, приступи у пракси по овом основу јесу развијани. Они се састоје у обезбеђивању појачаног надзора над старијом особом, од стране њене одрасле деце, нарочито када су у питању финансије.

Теорија моћи и контроле

Теорија моћи и контроле као објашњење насиља над старијима означава се феминистичком анализом и потиче из литературе о насиљу у интимном партнерском односу.

Њено основно полазиште јесте да мушкарци имају више моћи у друштвима у поређењу са женама, због чега више користе тактике при-силе којима задржавају контролу у односима и везама (Jackson, 2018: 16): “уколико желимо да заиста разумемо ситуацију, морамо препознати односе моћи” (Crichton, Bond, Harvey, Ristock, 1999: 119) сматрају феминисткиње. Међутим, сходно разликама у поседовању моћи између полова, постоје разлике и у односима моћи између различитих генерација, конкретно између одраслих и старијих. На тај начин, упоредо са указивањем на постојање елемената сексизма, ова теорија указује и на постојање елемената ејдизма.

Међу првим налазима феминистички инспирисаних истраживања насиља, били су они да су велике разлике у годинама, образовању и приходима, фактори ризика за насиље у интимном партнерском односу у касном одраслом и старијем добу. Нарочито вулнерабилан положај старијих жена представља последицу структурне потчињености жена у друштву: “у бројним културама, жене су економски и социјално депривирани у поређењу са мушкарцима, чиме род по себи постаје фактор ризика за насиље над старијима. Без економских или социјалних средстава, старије жене могу одабрати да остану у односима који нису сигурни” (Roberto, Teaster, 2017: 27). Разлози из којих старије жене живе у ситуацији насиља у породици, исти су као и разлози из којих то чине младе жене, али су наглашени и увећани као последица старења, историјских и културолошких разлога.

Феминисткиње указују на троструку вулнерабилност старијих жена: „бити стар значи бити једноструко маргинализован; бити стар и злостављан значи бити двоструко маргинализован; бити стар, злостављан и женско значи бити троструко маргинализован“ (S.T.AGE, 2019: 29). Томе се могу додати још две димензије маргинализације: црна кожа и инвалидитет. Све ово, сматра се, има кумулативни ефекат, тако да је стопа насиља над старијим женама висока (S.T.AGE, 2019: 29).

Феминистичка истраживања указују на два пропуста у интервенцијама. Парадоксално, старије жене које су жртвр насиља немају на располагању ни адекватне услуге из каталога оних намењених старијима, нити из каталога оних намењених жртвама насиља у породици. Први пропуст односи се на то да “старије жене не сматрају кориснима групе за само-помоћ у које су укључене и младе жене” (Perel-Levin, 2008: 10). Други се односи на неадекватност сигурних кућа за привремени смештај старијих жена које су жртве насиља и уопштено на “тензије између по-

крета за смештање жртава насиља у сигурне куће и доминантних жеља старих жена да разреши насилне ситуације без напуштања свог дома” (Roberto, Teaster, 2017: 27).

Иако се теорији моћи и контроле приговара да не поседује капацитете за објашњење различитих врста насиља над старијима, она представља основ за развој бројних интервенција, између осталог оних које су психо-едукативног карактера и које су усмерене према насилницима. Ипак, аутори указују на скромно учешће програма усмерених према онима који врше психичко насиље, за разлику од физичког (Jackson, 2018: 16). Међутим, можда и највећи домет ове теорије јесте фокус на сигурност жртве, на одговорност насилника и развијање приступа и интервенција оснаживања. Оне у центар постављају права жртве и њен приступ законској заштити, потрагу за најмање рестриктивном алтернативом, уз достизање највећег могућег нивоа аутономије и самосталности (S.T.AGE, 2019: 25–26).

Теорија ејџизма

Термин ејџизам креирао је 1968. године геронтолог и психијатар Роберт Батлер (Robert Butler) којим је означио “тенденцију систематског стереотипизирања и дискриминисања људи по основу њихових година” (North, 2015: 29), пре свега старијих. Ова теорија указује на то да се старији посматрају као изразито хомогна група коју одликује одсуство капацитета и способности: “доминантни и моћни дискурси представљају старије као (...) сенилне, ментално неспособне, асексуалне и незапошљиве” (Phelan, 2008: 322).

У том контексту, ејџизам представља форму друштвеног тлачења, с обзиром да се често налази у основи политика које “подстичу занемаривање старијих” (Kagan, Melendez-Torres, 2015: 644). У питању је својеврсни институционални ејџизам, који се читава преко извесне апатије приликом организовања и пружања услуга старијима у неким специфичним контекстима, између осталог, попут здравствене и социјалне заштите. У оштријим формама, он може резултовати ускраћивањем неких услуга и права старијима, за разлику од других чланова друштва, и „толерисањем активности које би биле неприхватљиве када би се односиле на друге старосне групе“ (Phelan, 2008: 322). У екстремној форми, представља „платформу за оправдање толерисања активности

злоупотребе и насиља над старијима“ (Phelan, 2008: 322). У пракси, еџи-зам често егзистира у форми лошијег квалитета услуга за старије.

Заједно са стереотипима које друштво и његови чланови могу имати према старијима, постоји и само-стереотипизирање у форми „интра-индивидуалног процеса дискриминисања, у размишљањима и активностима, због негативних слика о старости“ (Kagan, Melendez-Torres, 2015: 646). Оно се односи на прихватање и поунутравање научног потчињавања, а може се одразити кроз активно одбијање старијих да приме туђу помоћ (“јер је не заслужују”) или алтернативно, искључиво ослањање на туђу помоћ (“јер не поседују капацитете”), као и на само-маргинализацију у друштвеном животу (“јер није у складу са њиховим годинама”) итд.

Указујући на то да “стереотипи не само да одузимају вредност и умањују поштовање које људи имају према старијима, већ и олакшавају вршење насиља над њима без гриже савести” (Акрениба, 2016:18), ова теорија сматра адекватним интервенцијама обезбеђивање сигурности жртвама насиља и онима који су под ризиком од насиља, као и позивање насилника на одговорност, слично претходно наведеној теорији.

Додатно, у контексту налаза да се особе више ослањају на стереотипе у односима са незнанцима, а мање у онима са познатима (Linč, 2016: 48), актуелно је вођење јавних кампања (и то на глобалном нивоу) које имају за циљ упознавање са старијима и старошћу уопштено, у сврху минимизирања њихове виктимизације.

Мулти-системске теорије

Теорија друштвено-културолошког контекста

Теорија друштвено-културолошког контекста настала је на основама теорије о патологији неговатеља и био-психо-социјалног модела. Теорија о патологији неговатеља полази од претпоставке да нека специфична стања код неговатеља, попут психијатријске болести, злоупотребе дрога и алкохола, менталне ретардације и деменције, доводе до тога да неговатељ не може да успостави позитиван однос са старом особом. Последишно, неговатељ може бити насилан према старијој особи о којој се брине. Докази за ову теорију потичу из емпиријских навода о томе да око 30% насилника јесте лечено од психијатријских болести, као и да скоро

40% насилника злоупотребљава дрогу или алкохол (Holestege, Holstege, 2010: 500). Био-психо-социјални модел пак почива на објашњењу насиља над старијима као “трансакционог процеса који се одвија током времена између старије особе, особе од његовог или њеног поверења и других заинтересованих страна” (Burnight, Mosqueda, 2011: 18–19). У њему се сугерише да је за објашњење био-психолошких процеса, попут процеса старења, потребно разумети и психолошке и социјалне факторе који се налазе у њиховој основи. Овај модел није емпиријски тестиран, као и што нису развијене интервенције по његовом основу (Jackson, 2018: 17).

Теорија друштвено-културолошког контекста фокусирана је на испитивање интеракција између индивидуалних фактора код старије особе, као потенцијалне жртве насиља (њених година живота, карактеристика личности, физичког здравља, зависности, компетенција, ставова о старању) и њеног неговатеља, тј. одговорног актера (његових година живота, карактеристика личности, физичког здравља, опетерећности стресом, финансијског ситуацијом, ставовима о старању). На основу ове димензије, процењују се индивидуални фактори ризика две стране (Bonnie, Wallace, 2003: 63). Контекстуална димензија, тј. контекстуални фактори ризика су наредна ставка од значаја: “локација (врста установе у којој стара особа живи, њен дом итд), друштвена веза са неговатељем (нпр. супружник, одрасло дете, службени неговатељ попут адвоката, медицинске сестре) и шири друштвено-културолошки контекст (дефинисан расом, етничком припадностју, религијом, животом у селу / граду и социо-економским статусом) могу представљати различите генеричке нивое ризика по индивидуе који су укорењени у њих” (Bonnie, Wallace, 2003: 61).

На основу анализе свих ових фактора, утврђује се ризик од насиља над старијом особом, који се дефинише као вероватноћа дешавања догађаја који ће нанети штету старијој особи (Bonnie, Wallace, 2003: 64). При томе, теорија друштвено-културолошког контекста сугерише четири могућа исхода процене:

1. Физичко и емотивно здравље / задовољство старије особе / особе(а) од поверења
2. Насиље над старијом особом (у континуитету, спорадично, изазвано кризним догађајима) које јој наноси физичку, менталну или друштвену штету
3. Трајност односа старања (тј. вероватноћа прекида овог односа)
4. Осећај сигурности и поверења (Bonnie, Wallace, 2003: 66).

На крају, у овој теорији наводе се и да ставке од значаја за превенцију и друге интервенције, могу умногоме бити условљене наредним специфичним ситуацијама:

1. Физичким насиљем од стране интимног партнера које има карактер дугорочног, можда и целоживотног модела понашања;
2. Физичким насиљем од стране интимног партнера које је настало у каснијем животном добу (било као последица промена у брачној динамици, као резултат промена физичког здравља, друштвеног статуса и финансијске позиције једног или оба партнера);
3. Насилном негом од стране члана породице који се суочава са низом захтева у вези са негом на које не може да одговори, као и са другим проблемима, који нису директно повезани са обавезама старања;
4. Опортунистичким делима злоупотребе, у којима стару особу искоришћава неговатељ који има приступ њеним финансијским ресурсима (Bonnie, Wallace, 2003: 65).

Еколошка теорија

Еколошка теорија, као и теорија друштвено-културолошког контекста, заснива се на претпоставци о интеракцијама људи и њиховог окружења (Vuić, Rusac, 2017: 325-326; Perel-Levin, 2008: 7) и на концептуализовању насиља над старијима кроз утицаје на нивоу индивидуе, односа, заједнице и друштва (Jackson, 2018: 17). Развој насиља над старијима приказује се посредством четири круга који се преклапају: најшири круг представља макро-систем; унутар њега налази се егзо-систем, затим мезо-систем, а на крају микро систем (Burnight, Mosqueda, 2011: 18; Roberto, Teaster, 2017: 25).

Конкретизацијом овог приступа, дефинисане су различите варијабле, тј. фактори ризика унутар сваког од предложених система, и то:

1. Микросистем родитеља који стари – пол, брачни статус, године живота, здравствено стање, деменција, провокативно понашање, злоупотреба супстанци, психолошки фактори (нпр. депресија) и социјална изолација;
2. Микросистем одраслог детета – злоупотреба супстанци, ментална / емотивна болест, деменција, непоседовања искуства неговања, отпор, стрес и оптерећење, особине личности (нпр.

- нестрепљење) и непостојања социјалне подршке;
3. Породични микросистем – зависност, статус становања, историјат насиља у породици, међугенерациско преношење насилничког понашања и вишегенерациски захтеви;
 4. Мезосистем одраслог детета / егзосистем старе особе – запосленост и финансијски ресурси, социјална изолација и непостојање социјалне подршке;
 5. Мезосистем остарелог родитеља / егзосистем одраслог детета – социјална изолација и непостојање социјалне подршке и
 6. Макросистем – културне норме и јавна политика (Roberto, Teaster, 2017: 25).

У складу са овом теоријом, насиље над старијима (али и супротно: благостање старијих) посматра се као резултат комплексних садејстава између индивидуалних карактеристика актера, блиских веза и односа са другима, карактеристика заједнице у којој живе или раде, као и друштвених норми и политика (Perel-Levin, 2008: 7). Истовремено, правац агресије концептуализује се као једносмеран (Burnight, Mosqueda, 2011: 17).

Истраживачи се ослањају на еколошки модел, али га најчешће не примењују у целини, из разлога прекомерне комплексности, позиционирањем проблематике у оквире овог модела и узимањем у обзир једног или два система (круга) који утичу један на други, а не свих. Као што ће бити приказано у овом раду, истраживање фактора ризика доминантно се ослања на еколошки модел.

Развој интервенција по основу овог модела је динамичан и обухвата сва четири нивоа, односно система. На нивоу микро-система најчешће се примењују програми психолошке и социјалне подршке за старије код којих постоји ризик од насиља. Интервенције на нивоу мезо-система усмерене су у правцу организовања група за подршку за старије, укључујући групе оних који су жртве насиља; таргетирање понашања насилника и таргетирање неговатеља (како неформалних, тако и формалних). Ниво егзо-система карактеришу интервенције усмерене ка пресецима између непосредног окружења индивидуа и шире политике – службе за подршку одраслима и старијима, систем социјалне заштите, правосудни систем итд, између осталог, унапређење стандарда заштите старијих. На крају, интервенције на макро-нивоу односе се на промену дискриминаторних ставова и пракси, као и на законодавне мере, те промене политика (S.T.AGE, 2019: 26–27).

Контекстуална теорија

Контекстуална теорија насиља над старијима представља један од последњих развоја у области (из 2017. године), због чега и није у потпуности заокружен приступ. Уз претпоставку о изузетно комплексном пресеку између насиља и старења, који је “суштински тешко адресовати” (Roberto, Teaster, 2017: 31), ова теорија се у највећој мери ослања на еколошки модел. Комплементарна је са приступима који су центрирани према особи и у њеном средишту се налази “жртва која представља први контекст који морамо узети у разматрање у сваком проучавању насиља над старијима” (Roberto, Teaster, 2017: 32). Поред контекста индивидуе, ова теорија фокусирана је и на контексте односа, заједнице и друштва. Унутар сваког од ова четири контекста, њени аутори утврдили су “иницијалне конструкте и концепте, тј. замисли или генерализације о неком од аспеката насиља над старијима” (Roberto, Teaster, 2017: 32), које су пропратили предлозима о везама између концепата, а затим и хипотезама.

Тако се контекст индивидуе састоји из конструката карактеристика личности, ситуационих утицаја и догађаја из прошлости (уз хипотезу да негативни животни догађаји утичу на ризик од постојања жртвом или насилником у каснијем животу). Контекст индивидуе односи се на биолошке факторе и факторе личности који утичу на понашања индивидуа, те на увећање или смањење вероватноће да индивидуа постане жртва или насилник, а затим утицаја индивидуалних фактора попут лошег здравственог стања или деменције, на личност у ситуацији насиља (Roberto, Teaster, 2017: 33).

Контекст односа обухвата конструкте личних веза, социјалне интеграције и зависности од других (са хипотезом да социјалне везе штите старе од насиља). Фокус на овај контекст подразумева разумевање улоге коју социјалне мреже имају у смањењу ризика од насиља и идентификовање врста односа које старије штите од насиља. Важно је, међутим, не заборавити да везе и односи могу да буду управо и фактор који доприноси насиљу, због чега се наглашава испитивање карактеристика и историјата односа између жртве и насилника (Roberto, Teaster, 2017: 33).

Контекст заједнице повезан је са конструктом интегрисаности у заједницу (а хипотеза је да високи нивои капацитета заједнице смањују појаву и трајање насиља над старијима). И утицај заједнице, као и утицај односа може да буде контроверзан. Заједница може да штити жртву, али и насилника. По правилу, у заједницама постоје службе и сервиси како формалне, тако и неформалне подршке старијима, који представљају један од важних фактора у вези са насиљем над њима (Roberto, Teaster, 2017: 34).

На крају, контекст друштва представљају конструкти норми, вредности и политика (са хипотезом да друштвени ставови о старењу утичу на ниво ресурса који ће бити опредељен за превенцију насиља над старијима). Владајући контекст може креирати атмосферу у којој је насиље нормативно или не-нормативно, у којој се оно подстиче или обесхрабрује (Roberto, Teaster, 2017: 34).

Ова теорија није у целости емпиријски тестирана, а њени аутори подстичу истраживаче да тестирају неке контексте, наглашавајући да није нужно да се истражују сви (Roberto, Teaster, 2017: 35).

Фактори ризика за насиље над старијима у теорији и истраживањима

Утврђивање фактора који стару особу чине мање или више изложеном насиљу јесте ставка од суштинског значаја за јавне политике, како у домену превентивних, тако и осталих интервенција. Упркос томе, поузданост доказа у овој сфери озбиљно је компромитована, између осталог и неадекватним друштвеним и истраживачким приступом овом проблему. У претходним деловима рада, указивано је имплицитно или експлицитно на факторе ризика за насиље над старима из угла различитих теорија. У овом делу рада, указано је на факторе ризика кроз приступ Светске здравствене организације, допуњен теоријским разматрањима и тврдњом о постојању или одсуству доказа.

Ниво	Фактор ризика	Докази
Индивидуа (жртва)	Функционална зависност или инвалидитет Нарушено физичко здравље Когнитивни проблеми – деменција Нарушено ментално здравље Ниски приходи Социјална изолација Пол Године Финансијска зависност Раса / етничко порекло	Снажни Снажни Снажни Снажни Снажни Снажни Потенцијални Потенцијални Потенцијални Потенцијални
Индивидуа	Ментална болест Злоупотреба супстанци и болест зависности Зависност од жртве Стрес код неговатеља	Снажни Снажни Снажни Снажни
Однос	Становање Врста односа Брачни статус Међугенерацки пренос	Снажни Потенцијални Потенцијални Спорни
Заједница	Место становања	Потенцијални
Друштво	Негативни ставови о старењу Друштвене и културне норме	Спорни Спорни

Табела 2 – Фактори ризика за насиље над старијима

Извори: WHO, 2015; Bonnie, Wallace, 2003; Pillemer, Burnes, Riffin, Lachs, 2016 (модификовано).

Као што се може видети (Табела 2), за неке ризике постоје доследни подаци, док значај других није неупитан. Као што је наведено, представљање фактора ризика пратило је основне поставке еколошке теорије, с обзиром на обухватност и комплексност „слике“ коју нуди. Међутим, чини се да досадашњим истраживањима нису на најбољи начин обухваћене интерсекције и везе између различитих фактора ризика, попут тога, да ли се ризици и у којим околностима „сабирају.“ Један од покушаја превазилажења наведене препреке представља рад Ксин Ди Донга (Xin Qi Dong) и Мелисе Симон (Mellisa Simon), који су 2014. године конструисали Индекс ризика вулнерабилности (*Vulnerability Risk Index*), узимајући у обзир девет појединачних фактора ризика:

- Године живота, тј. старост преко 80 година
- Пол (женски)
- Припадност црној раси
- Ниске приходе
- Лоше здравствено стање
- Когнитивне проблеме
- Потешкоће са кретањем
- Симптоме депресије и
- Лоше социјалне мреже (Dong, Simon, 2014: 10).

Донг и Симон су утврдили да се са увећањем броја индекса фактора ризика, увећава вероватноћа за насиље над старима, те да је нарочито висока код оних који имају пет или више индекса ризика (Dong, Simon, 2014: 14).

Значај теоријских приступа за јавне политике

Становишта о развијености теоријског основа проблематике насиља над старијима најчешће се могу сажети у констатације о теоријској неутемељености изучавања и разумевања овог проблема. Већина аутора сагласна је да се значај аутономних теоријских приступа насиљу над старијима не може пренагласити, из разлога специфичности ове врсте насиља. Тако Карен Роберто (Karen Roberto) и Памела Тистер (Pamela Teaster) описују насиље над старијима као фундаментално различито у односу на врсте насиља према другим “категоријама”, пре свега деци. Оне, наиме, као важне одреднице насиља над старијима, а у односу на насиље над децом, наводе то што су стари провели често дугачке периоде живота са онима

који врше насиље над њима, а затим и то што имају својства пунолетних особа, а у том смислу и аутономију доношења одлука. Старији учествују у низу различитих веза и односа, што све може да представља суштинске препреке приликом разрешавања проблема насиља (Roberto, Teaster, 2017: 32). Карактеристике старости, додатно, отежавају „распакивање“ проблема насиља у савременим друштвима, а међу њима умногоме маргинализација и само-маргинализација старих у савременим друштвима, у којима се њихови доприноси све мање вреднују.

Истовремено, сам концепт насиља над старијима је толико динамичан и комплексан, са становишта форми, фактора ризика, фактора заштите итд, да га је немогуће објаснити применом једне теорије или једног сета теорија. Уместо тога, истраживачи указују на адекватност разлагања проблема истраживања на различите димензије, уз примену различитих теорија (при чему по природи ствари постоје и одређена преклапања између теорија) на различите димензије насиља над старима.

У вези са истраживањима у области, могу се идентификовати две прелиминарне ставке од значаја. Тако на пример, као прво, Кери Бирнајт и Лора Москведа указују на то да нису теорије неадекватне, него да метода њихове примене у истраживањима нису адекватне (Burnight, Mosqueda, 2011: 28). Као друго, истраживања у овој области припадају оној врсти истраживања која су се по правилу руководила проблемом, а не теоријом: „истраживања су била подстакнута сетом проблема или бојазни (нпр. преваром, насиљом, услугама за старије) у сврху потраге за решењима, а не за тестирањем тога зашто неки старији доживљавају стварно насиље или претњу насиљем, а други не” (Roberto, Teaster, 2017: 35).

Последица наведенога је да теорија није до краја информисала истраживања, као ни праксе и јавне политике. Додатно, с обзиром да теорија није дала конклузивна објашњења насиља над старијима, одсутне су и ефективне стратегије превенције, а често су интервенције уопштено неразвијене или барем не утичу на све димензије проблема (S.T.AGE, 2019: 30). По правилу, наглашава се и њихова ограничена релевантност за различита друштва, са мањом применљивошћу у оном делу света који се налази изван Глобалног севера, где се највећи број истраживања и спроводи, иако налази указују на увећано суочавање са насиљем међу старима који живе у ниско и средње доходовним државама, тј. Глобалном југу.

Јасно је да је за разумевање насиља над старијима збирно важно узимање у обзир личних фактора и фактора који постоје у односима, (дис)баланса моћи, као и друштвене структуре унутар којих оно егзи-

стира. Међутим, поставља се питања на које од ових фактора је најјефективније деловати. Индивидуални приступи, тј. приступи који се фокусирају на факторе личности, по правилу, превише дуго резултовали су културом окривљавања, и то жртава, у овом случају старијих. Чак и у супротном, када је кривица падала на починиоце насиља, ефекти су било скромни. Разматрање односа моћи и удела друштва у проблематици насиља над старијима, које је све више добијало на значају у односу на индивидуалистичка тумачења, има неупоредиво већи потенцијал разрешавања проблема. Међутим, карактерише се другим недостатком: слаби опцијама операционализације и поступања.

Још једном, комбиновање различитих теоријских приступа чини се од највећег значаја, као и њихово прилагођавање различитим врстама насиља над старијима. Чини се најадекватнијим испитивање свих фактора ризика који постоје код неке особе, а затим примена додатних теорија, које би могле бити од значаја у конкретном случају, уз руковођење теоријама специфичним за контекст конкретне старе особе. При томе, потребно је далеко више напора усмерити у правцу подизања свести друштва о распрострањености и последицама насиља над старијима.

Истраживања насиља над старијима у будућности сасвим сигурно ће се суочавати са повећаним притиском креирања доказа, због увећања броја старих у готово свим деловима света, а нарочито увећања броја оболелих од различитих врста деменције, код којих се увећавају могућности вршења насиља. Међутим, не сме се заборавити утицај бројних трансформација и транзиција, па тако и у области насиља над старијима. Једна од важних ставки јесте и пажљиво балансирање испитивања вулнерабилности старих, с обзиром на то да наглашавање вулнерабилности по правилу појачава немоћ оних који су означени као такви, како у перцепцији друштва, тако и у само-перцепцији.

Ограничења у истраживањима фактора ризика односе се и на то што између фактора ризика и узрока не мора бити директних веза, због чега је потребно додатно интензивирати и фокусирати истраживања, нарочито она која би била усмерена у правцу истраживања ризика за специфичне врсте насиља над старима и специфична окружења (кућно у односу на домско итд). У том смислу, сарадња истраживача и пружаоца услуга за старије (из различитих сектора и контекста) могла би да пружи додатне и важне увиде у проблематику, нарочито у протективне факторе, тј. факторе заштите. Међутим, теоретичари и истраживачи су сагласни: без обзира на критике на рачун истраживања фактора ризика,

истраживања интервенција, чак и у области превенције у области, имају и крупније недостатке. Један од најважнијих јесте упадљиво одсуство робустних истраживања мера превенције и скала процене, око којих такође не постоји сагласност.

Литература:

1. Akpeniba, J. (2016). *Abuse of the Elderly by Formal caregivers in Nursing Homes – A Systematic Review of Underlying Factors (Bachelor's Thesis)*. Доступно преко: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/116421/Akpeniba%20James.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, (Приступљено 23. јула 2019).
2. Bonnie, R. J., Wallace, R. B. (Eds.) (2003). *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect and Exploitation in an Ageing America*. Washington D.C.: The National Academies Press.
3. Burnight, K., Mosqueda, L. (2011). *Theoretical Model Development in Elder Mistreatment*. Reported submitted to the U.S. Department of Justice. Доступно преко: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/234488.pdf>, (Приступљено 22. јула 2019).
4. Chrichton, S. J., Bond, J. B., Harvey, C. D. H., Ristock, J. (1999). Elder Abuse: Feminist and Ageist Perspectives. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10(3–4): 115–130.
5. Dong, X.-Q., Simon, M. (2014). Profile for Elder Abuse in Community-Dwelling Population. Доступно преко: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4155408/>, (Приступљено 22. јула 2019).
6. Holstege, C. P., Holstege, H. (2010). Elder Abuse. In: G. Fink (Ed.), *Stress Consequences – Mental, Neuropsychological and Socioeconomic* (pp. 499–502). London: Elsevier.
7. Jackson, S. L. (2018). *Understanding Elder Abuse: A Clinician's Guide*. Washington D. C.: American Psychological Association.
8. Jackson, S. L., Hafemeister, T. L. (2013). *Understanding Elder Abuse – New Directions for Developing Theories of Elder Abuse Occurring in Domestic Settings*. Washington D.C.: National Institute of Justice.
9. Kagan, S. H., Melendez-Torres, G. (2015). Ageism in nursing. *Journal of Nursing Management*, 23 (5): 644–650.
10. Linč, R. (2016). *Praksa socijalnog rada sa starima*. Beograd: Fakultet političkih nauka.
11. Mathew, A., Nair, S. B. (2017). Theoretical Perspectives on Elder Abuse: A Framework Analysis for Abused Elderly in Kerala. *Journal of Humanities and Social Science*, 22(09): 29–33.
12. North, M. (2015). Ageism Stakes Its Claim in the Social Sciences. *Journal of the American Society on Aging*, 39(3): pp. 29–33.

13. Perel-Levin, S. (2008). *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care Level*, Geneva: World Health Organization.
14. Phelan, A. (2008). Elder abuse, ageism, human rights and citizenship: implications for nursing discourse. *Nursing Inquiry*, 15(4): 320–329.
15. Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C., Lachs, M. S. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors and Prevention Strategies. *The Gerontologist*, 52(2): 194–205.
16. PolICASTRO, C. N. (2013). *Victimization of the Elderly: An Application of Lifestyles / Routine Activities Theory (Doctoral Dissertation)*. Georgia State University. Доступно преко: https://scholarworks.gsu.edu/cj_diss/1, (Приступљено 26. јула 2019).
17. Roberto, K. A., Teaster, P. B. (2017). Theorizing Elder Abuse. In: X. Q. Dong (Ed.), *Elder Abuse: Research, Practice and Policy* (pp. 21–44). New York City: Springer International Publishing.
18. S.T.AGE (2019). *Elder Abuse Context and Theory – Finland, Ireland, Italy and Romania*. Доступно преко: http://www.combatingelderabuse.eu/wp-content/uploads/2016/04/Booklet_stage.pdf, (Приступљено 23. јула 2019).
19. Stripling, A. M., Dautovich, N. D., Tighe, C., Shoji, K., Capp, K. (2017). Elder Abuse and Mistreatment. In: V. B. Van Hasselt, M. L. Bourke (Eds.), *Handbook of Behavioral Criminology* (pp. 419–434). New York City: Springer International Publishing.
20. Vuić, I., Rusac, S. (2017). Financijsko zlostavljanje starijih osoba. *Revija za socijalnu politiku*, 24(3): 321–342.
21. WHO – World Health Organization (2015). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
22. Ziminski, C. E. (2014). *Mother-Adult Daughter Relationships in the Context of Chronic Conflict (Doctoral Dissertation)*. University of California. Доступно преко: <https://escholarship.org/uc/item/4934c7rw>, (Приступљено 26. јула 2019).

Natalija Perisic⁵

THEORIES OF ELDER ABUSE – RESOURCE FOR THE PRACTICE

Abstract:

The phenomenon of elder abuse is accompanied by the development of theoretical approaches that represent a foundation for its knowing, understanding and analyzing, as well as for creating of an appropriate preventive and intervention measures. Although there are numerous theories of elder abuse, gerontologists believe that they are not completely satisfactory, for various reasons.

In this paper, the emphasis is on an overview of available relevant theoretical frameworks. They are grouped into three categories: inter-personal (theory of caregiver stress and elder abuse, social learning theory, social exchange theory, dyadic discord theory and family power-dependent relationship theory), socio-cultural (routine activity theory, power and control theory and ageism theory) and multi-systemic categories (theory of sociocultural context, ecological theory and contextual theory). The paper points out the basic paradigms of each theory within these categories, their scope, advantages and limitations, along with research evidence, where existent. In addition, the relevance of theories from the point of view of creating programmes and measures aimed at combating elder abuse is taken into consideration. Risk factors for elder abuse are also a part of the paper, given their importance for explaining elder abuse.

The basic hypothesis in the paper is that it is necessary to combine different theories in order to explain different forms of elder abuse. None of them are complete explanations, given the diversity of the types of elder abuse. However, there is also a need for increased reliance on evidence to be created in robust longitudinal research. Their significance for practical activities would be high, given the relative limitations of effects of approaches created so far.

Key words: elder abuse, theory, factors, risk, intervention.

5 University of Belgrade – Faculty of Political Science, Department of Social Policy and Social Work

Прегледни рад
УДК: 364.632-053.9
343.988-053.9
343.85:343.62-053.9
COBISS.SR-ID 29203209
Рад послат: 24.08.2020.
Рад прихваћен: 12.09.2020.

Елизабета Марчета⁶

ЗАШТИТА ОД НАСИЉА, ЗЛОСТАВЉАЊА И ЗАНЕМАРИВАЊА СТАРИХ

Резиме:

Живот старијих особа често добија маргинални карактер као битисање људи који се налазе на „рубу“ живота и под великим притиском због злоупотребе, насиља и искључености. Насиље над старијима постаје код нас предмет друштвеног и научног истраживања задњих 20 година.

Старији су изложени физичком, психичком, сексуалном и економском насиљу и занемаривању. Злостављачи су најчешће супружник и деца а виктимитет остаје строго чувана породична тајна.

Како је поштовање људских права старијих добробит за цело друштво, сада постоје обавезујућа документа и правна регулатива која штити старије.

На нивоу УН то су: Бечки план; Принципи УН за старије особе, Пекиншка декларација, Миленијумска декларација, Мадридски међународни акциони план за старење и Регионална стратегија за имплементацију Мадридског међународног акционог плана и низ конвенција где се помињу старије особе.

На нивоу Европе то су: Европска конвенција за заштиту људских права, Ревидирана европска социјална повеља, Уговор из Амстердама и Истанбулска конвенција.

У нашој земљи то су: Устав РС, Закон о социјалној заштити и обезбеђивању социјалне сигурности грађана, Закон о Здравственој заштити, Закон о забрани дискриминације, Кривични закон и Породични закон од 2005. године. Безбедносна заштита подразумева сарадњу између установа социјалне заштите, посебно центара за социјални рад, полиције, тужилаштва, истражних органа и здравствених установа, мада је у пракси евидентан изостанак комуникације између ових система.

У најважније задатке превенције спада рад на правовременом информисању, обавештавањем старијих о бројним мерама које се спроводе и које им стоје на располагању.

Кампање, које се воде на нивоу држава, посебну пажњу треба да посвете равноправности улога и одговорности мајки и очева у породици у испуњавању свих породичних обавеза, укључујући бригу о деци, старијима и болеснима.

По угледу на Словенију, од 2012. године се приступило обликовању политике која подстиче солидарност и сарадњу између генерација и која подржава

⁶ Елизабета Марчета докторанд Факултета медицинских наука у Крагујевцу „Превентивна медицина“, elizabetamarceta@gmail.com

социјалну кохезију друштва. Међугенерациска солидарност, у ситуацији када број старијег становништва расте из године у годину, потребна је више него икада раније, јер ће се њеним јачањем омогућити да свака генерација има своје место у друштву.

Кључне речи: стари, облици виктимизације, врсте заштите, међународни документи, превенција.

Увод

Насиље у породици постаје предмет друштвеног и научног интересовања тек у другој половини двадесетог века у свету а код нас у последњих петнаест година. Најпре је пажњу освојило насиље над децом, потом насиље над женама. Старе и немоћне особе, које такође могу постати жртве насиља у породици, су још увек на маргинама друштвеног интересовања (Марчета Е, 2014).

Живот старих особа често добија маргинални карактер, као битисање људи који се налазе на „руб“ друштвеног живота. Утицај њихових свакодневних активности на токове друштвеног живота не може се ни легалистичким оквиром нити пак неким опште прихваћеним моралним нормама дефинисати као доминантан у процесу доношења одлука које би мењале стварност (Костић М, 2010).

Старије особе су под великим притиском због злоупотребе, насиља и искључености. Оне се често посматрају из перспективе милосрђа и као корисници услуга, уместо из перспективе развоја. Поштовање људских права старијих представља добробит за друштво у целини. Лош третман доводи до злоупотребе људских права старијих, доводи до њиховог искључења, занемаривања, сиромаштва, дискриминације и насиља над старијима (Todorović N, Vračević M, 2015).

Биолошке промене објективно утичу на повећан ризик виктимизације старијих особа. Старост је угрожена болестима, у смислу да болест убрзава старење, а дубока старост изазива патолошке сметње у организму. Због тога је неопходно обезбедити достојанствено старење и негу старијих особа, и то у кућним условима. Међутим, у савременим индустријским друштвима честа је појава изолације међу члановима породице, када престају економске, а некада и емотивне везе предака и потомака. Уколико држава нема могућности да обезбеди економску и социјалну сигурност старијих особа, оне ће бити препуштене себи, а ризик обољевања, искоришћавања, занемаривања, злостављања, неадекватног старања и смрти ће бити повећан (Костић М, 2010).

Насиље, злостављање и занемаривање старих

Када се анализира већи број појмовних одређења насиља, злостављања и занемаривања старијих особа долази се до закључка да се у њима најчешће истичу три заједничка (препознатљива) елемента: злоупотреба моћи, злоупотреба поверења и злоупотреба једнакости (Ракић М, 2018). То потврђује дефиницију насиља (violence) која формулише насиље као понашање којим се наносе повреде путем употребе силе и спада у израз намере у виду повреда које је нанео неко други у шта спада и насиље у породици.

Злостављање старијих (elder abuse) је физички или психички напад, односно насртај усмерен против старијих особа.

Занемаривање (neglect) је немогућност или пропуст да се испуњава породична, професионална или друштвена одговорност неговања неког другог према коме постоји таква одговорност (Last MJ, 2008).

Насиље над старима се дефинише као: појединачне или понављане радње која се дешавају у односу у коме постоји поверење а који могу узроковати повреду или патњу старе особе (Prevention of Elder Abuse, 2008).

Дефиниција злостављања код старих особа усвојена је у Великој Британији од стране организације INPEA (International Network For the Prevention of Elder Abuse) и гласи: „Злостављање старе особе је појединачно или понављајуће поступање или недостатак одговарајућег поступања, које се догађа у било ком односу очекивања или поверења, а које узрокује штету, бол, неприлику и/или невољу старијој особи“, чиме је јасно наглашена злоупотреба моћи и контроле у односу који треба да се заснива на поштовању и поверењу (Rusac S, 2006).

Од када је средином седамдесетих година двадесетог века Берстон (Burstons), употребио нову фразу – „пребијање баке“ (granny battering), лекари и социјални радници из Велике Британије почели су да документују случајеве старијих особа које су биле често изложене озбиљним нивоима окрутности и занемаривања. Мервин Истмен (Marvyn Eastman), је написао монографију у којој је детаљно изнео многобројне случајеве из сопствене праксе али и из неформалних контаката са старијим особама које су биле жртве насиља. Поражавајућа чињеница је била да су описани случајеви веома мало или скоро никако утицали, како на круг професионалаца који су се бавили збрињавањем старијих особа, тако и на општу друштвену јавност, да заузме негативан став према тој појави (Kostić M, 2010).

Подаци из Извештаја СЗО из 2002. године су показали да је 7% старијих људи доживело неки облик психичког насиља, 1% финансијског насиља и 1% физичког злостављања или сексуалног напада и то од стране деце, старалаца или партнера током предходних пет година. Мушкарци су у већем броју случајева (9%) него жене (6%) били изложени емоционалном насиљу или били финансијски злостављани. Због методолошких различитости исказаних у упитнику, ови се резултати не могу поредити са резултатима из једног ранијег истраживања у Канади. Тада је утврђена много мања пропорција психичког злостављања (1,4%) а виши ниво финансијског злостављања (2,5%) (WHO, 2002).

У Европи, тачније у Великој Британији, спровode се опсежна истраживања о насиљу над старијима, све већи број научника објављује радове на ту тему и организују се бројне конференције. Од тада се злостављање старијих особа одражава кроз пораст светске бриге о насиљу у породици и о питању старења популације на глобалном нивоу.

Савет Европе је 1991. године спровео репрезентативно истраживање о насиљу над старијим особама у 21-ној држави и резултати истраживања су указивали на то да је злостављање старијих лица много распрострањеније него што се то очекивало. Пошто и у Европи постоји јасно уочен тренд пораста броја остарелих лица, ови резултати су подстакли на размишљања о конкретном третману и превентивном деловању у смислу заштите старијих особа и о обезбеђењу њихове достојанствене старости.

Истраживања насиља у породици су указала на његову опасност и распрострањеност, као и на неадекватност постојеће заштите, захтеве организација које се баве заштитом људских права домаћих и међународних организација; учинила су да се и наша држава окрене овом проблему. Тај процес се одвија мање кроз истраживање због вечитог проблема финансијске природе а више као начин борбе кроз измене закона, њихове примене и стални рад дубоко по структури друштва на афирмацији ненасилног решавања конфликта, као и стално подизање административних и социјалних капацитета за борбу против насиља (Марчета Е, 2014).

Истраживачки тим Виктимолошког друштва Србије је крајем 2001. године спровео прво квантитативно истраживање породичног насиља у Србији, његове распрострањености и карактеристике. Ово истраживање је упоредиво са сличним истраживањима у свету и у нашем окружењу. Интервјуисано је 700 испитаница од 18 до 65 година старости и преко 65

година старости, из села и градова Србије од чега је 55 испитаница преко 65 година. Од 55 испитаница 23 се изјаснило да трпи психичко насиље, које са старошћу опада, а свака трећа је била изложена претњама што се са старошћу повећава. Највећи проценат од 40% ових жена је доживело физичко насиље од члана породице што указује да се претње, које су у порасту, све чешће реализују. Са растом старосних разреда, расте и број жртава којима се прети оружјем/оруђем и највише је изражено код особа преко 65 година старости - чак 14,5%. Код сексуалног насиља запажа се пад са повећањем година. Од 55 старијих само су се 4 жртве изјасниле да трпе ово насиље. Наведени су случајеви уцењивања родитеља и искоришћавање родитеља од стране сина/кћерке. А запажа се да су старији спремни да причају о претњама, физичком насиљу и претњама оруђем/оружјем (Nikolić-Ristanović V, 2002).

Истраживање на тему дискриминације, занемаривања и злостављања старијих спровео је 2009. године Црвени крст Србије са мрежом „Хумана С“ у сарадњи са повереницом за заштиту равноправности, Невеном Петрушић, у оквиру регионалног пројекта „Дијалог организација цивилног друштва о питањима старих на Западном Балкану“. Истраживање је спроведено међу 250 старијих у 8 градова Србије под називом „Насиље над старима – Студија о насиљу у породици“. Резултати су показали да је 32% старијих доживело неки облик злостављања (ECE/AC, 2002).

Од тог броја 2,5% трпи најтеже облике насиља, најчешће је то вербално насиље - 11,2% док 2,4% старих људи трпи такозвано економско насиље, односно нема слободу располагања сопственом пензијом. Наиме, они врло често дају своје чекове и кредитне картице наследницима који тај новац не користе за подмиривање потреба старијих људи. Неретко се дешава да сродници своју „љубав и бригу“ условљавају потписивањем уговора о доживотном издржавању, престају да воде рачуна о њима, па се старији људи обраћају за помоћ Црвеном крсту.

Током маја месеца 2010. године мрежа „Хумана С“ спровела је истраживање о социјалној искључености старијих заједно са 8 организација. Истраживање је спроведено у Београду, Крагујевцу, Пироту, Врању, Кули, Сремској Митровици, Зрењанину и Бору. Када је у питању здравствена заштита, 22,5% имало је проблема приликом остваривања права из ове области, 16,9% испитаника имало је проблема приликом остваривања права из социјалне заштите а 14,1% имало је проблема приликом остваривања права у оквиру правосудног система. Резултати су такође

показали да се 35% испитаних чешће осећају усамљено, а 32% понекад имају стални осећај усамљености (Марчета Е, 2014).

Универзално познати облици насиља и злостављања старијих особа

Физичко насиље се одређује као коришћење физичке силе према старијој особи што има за последицу физичко повређивање, наношење физичког бола или умањивање физичке способности. Неки аутори наводе да то може бити било који чин насиља независно од тога да ли је дошло до физичког повређивања, ако је сам чин намерног наношења бола или повреде изазвало душевну бол. Овај облик злостављања се може испољити кроз следеће акте: ударање, батињање, спаљивање, гурање и нагуравање, шамарање, штипање, трешење, шутирање, подметање ноге, плување присиљавање старије особе да остане у кревету или столици, присиљавање старије особе да остане у соби и закључавање, ограничавање слободе, ускраћивање лекова или претерано давање лекова. Као последица оваквог злостављања јављају се извесне промене на телу које могу указивати да је било физичког насиља као што су: модрице, огуљотине, трагови везивања, напрслине и преломи костију, отворене ране, посекотине, уганућа и унутрашње повреде. Токсиколошким анализама крви може се утврдити да ли је особи давана правилна доза лекова. Ова врста злостављања има најтеже последице, и најлакше доводи до фаталног исхода по старију злостављану особу. Ако постоји физичко насиље, највероватније је да постоје и други облици насиља.

Повреде могу да погоршају већ постојеће здравствене тегобе као што су често висок крвни притисак, дијабетес и слично, а преживљено насиље да их доведе у социјалну изолацију а касније у депресију. Насиље треба и овако посматрати и побројане последице не смеју се занемарити (Rusac S, 2006).

Психичко (емоционално) насиље се врши вербалним или невербалним радњама као што су мучење, наношење бола или туге. Ова врста насиља не оставља видљиве физичке последице. Овај облик насиља се може исказати на следеће начине: претњама да ће против њих бити употребљено физичко насиље, претњама да ће бити напуштени или остављени сами, намерно застрашивање да неће добити храну или одговарајућу негу, забрањивању посета, понижавање старијих особа због

начина њиховог говора, наређивање, стално наметање теме смрти и поступање према њима као да су слуге итд. (Kostić M, Đorđević R, 2004). Још увек није препознат ни тзв. синдром бабе робиње који је итекако у вези са злостављачким односом према старијој женској особи чија се виктимизација наставља и у оквирима породице њене деце (Liñan, E). Овој врсти злостављања су старије особе највише изложене, јер последице нису лако видљиве, а само насиље се тешко доказује.

Финансијска (материјална) експлоатација „обухвата незаконито коришћење фондова, непокретности или активе остареле особе“ (Kostić M, Đorđević R, 2004). Добар пример је Нацрт закона о насиљу у породици Азербејџана који дефинише економско насиље као „лишење права члана породице на становање, зарађивање за живот, одећу, посед или имовину“ (чл.1.0.6.) (Докмановић М, 2010). Односи се на коришћење новца или власништва старије особе на непоштен начин или коришћење имовине старије особе за властиту добит. Подразумева радње попут: уновчавања чекова без потписа или дозволе старије особе, крађе новца или драгоцености из куће, присиљавања на потписивање докумената попут тестаментата или уговора, продаје њихове имовине без њихове дозволе, злоупотребе пуномоћи, наплаћивање већих цена ствари које су купљене, невраћање позајмљеног новца, отварање њихове поште, промену тестаментата, одбијање насилника да се исели из куће и сл. (Rusac S, 2006).

Сексуално насиље се дефинише као „сексуални однос“ било које врсте са старом особом без њене сагласности (Kostić M, Đorđević R, 2004). Укључује разне облике сексуалног понашања, искоришћавања и узнемиравања без њихове воље и пристанка, нежељено додиривање, све врсте сексуалног напада попут силовања, содомије, разголићавања и фотографисања (Rusac S, 2006).

Занемаривање се одређује као одбијање или неизвршење било које обавезе или дужности старатеља према остарелој особи. Напуштање старије особе значи и одлазак њеног старатеља који је преузео обавезу да се стара о њој. Од занемаривања треба разликовати самозанемаривање које се јавља када се старија особа понаша на начин који је претња њеном сопственом здрављу и сигурности (Kostić M, Đorđević R, 2004).

Насилници су најчешће чланови породице који се старају о особи. То су супружник или деца. Када су деца у питању, најчешће је по среди економско насиље, уз убеђење да је реч само о „убрзаном наслеђивању“ новца, вредности и осталог што наследнику једног дана припада. Због тог је насиље над старима једна од највише чуваних породичних тајни, јер су виновници овога насиља најближи укућани - синови, кћерке,

снаје, зетови, унуци. Старији, са једне стране, имају осећај стида због понижења који трпе, а са друге стране, теже да сакрију лоше особине својих злостављача.

Поред правне регулативе која не штити довољно жртву, непријављивању насиља доприносе и сви институционални учесници спречавања породичног насиља (Марчета Е, 2014). Треба поменути и насиље адолесцената према (обично не тако старијим) родитељима. И ова истраживања нису тако честа, али она која постоје такође показују да су синови чешће извршиоци насиља него кћерке, док су мајке чешће жртве него очеви (Gelles RJ, 1991).

Један старија особа може бити изложена више него једној врсти насиља. Врло је важно на време препознати неки облик насиља и пружити адекватну заштиту. Да би се то постигло, потребно је имати добро обучене стручњаке који се баве старијим особама и њиховим потребама (Kostić M, Đorđević R, 2004).

Социјална заштита старијих жртава насиља, злостављање и занемаривање

Закон о социјалној заштити и обезбеђивању социјалне сигурности грађана прописује право на смештај у установу социјалне заштите пензионеру и другој старијој особи која због неповољних здравствених, социјалних, стамбених и породичних прилика није у могућности да живи у породици, односно у домаћинству (Закон о обезбеђивању социјалне сигурности грађана). Смештај у установу социјалне заштите врши се по решењу центра за социјални рад донетом на основу налаза и мишљења одговарајућег стручног тима центра о неопходности смештаја.⁷

Оснивач свих домова је Република Србија која је преко Министарства за рад, запошљавање, борачка и социјална питања задужена за надзор рада ових установа. Старија лица или њихови старатељи, смештај у дом реализују преко Градског центра за социјални рад. Социјална политика Београда и Републике / Министарства за рад, запошљавање, борачка и социјална питања је да се смештај, као облик заштите, примени само у случајевима када су исцрпљене све могућности боравка старијег лица у природном окружењу. Овакав став је присутан и у другим ев-

⁷ Влада Републике Србије донела је докуменат под називом “Смештај старих у дом” где се објашњава читав поступак смештаја остарелих особа као и дневна организација њиховог живота у домским условима

ропским социјалним системима који у заштити старијих фокус стављају на коришћење преосталих капацитета и ресурса (Ресија Урошевић R, 2010).

Установа социјалне заштите обезбеђује збрињавање/становљење, исхрану, одевање, негу, помоћ и старање, васпитање и образовање, оспособљавање за одређене активности и здравствену заштиту у складу са посебним прописима (Закон о здравственој заштити РС, 2019).

Улога центра за социјални рад, као упутне установе, на остваривање права на смештај у установу социјалне заштите је нормирана Правилником и организацијом, нормативима и стандардима рада центра за социјални рад (Правилник о организацији норматива и стратегија центра за социјални рад).

Центар је дужан да свој рад организује на начин који омогућава доступност услуга нарочито усмереним на рањиве групе (деца, стари, инвалиди) и друге (члан 8). Запослени на овим пословима имају учешћа у процени, планирању и реализацији услуга и мера социјалне и старатељске заштите, а у сарадњи са запосленим стручним радницима на пословима заштите деце и омладине, односно одраслих и старијих особа (члан 20).

Министарство за рад, запошљавање, борачка и социјална питања донело је и Одлуку о мрежи установа социјалне заштите за смештај корисника (Одлука о мрежи установа за смештај корисника). Ове установе се оснивају ради остваривања права смештаја у установу социјалне заштите и смештаја у другу породицу, која су законом утврђена као права од општег интереса. Ради се на установљавању критеријума и мерила за утврђивање цена услуга у установама социјалне заштите за смештај корисника који оснива Република. У центрима за социјални рад обезбеђује се смештај корисника и утврђује се цена услуга смештаја у другу породицу и цена програма рада центра за социјални рад, у делу послова који се односе на вршење јавних овлашћења (Kostić M, 2010).

Кретање и број корисника у установи социјалне заштите показује високу израженост потреба за домским збрињавањем које спада у ред најскупљих облика заштите.

Интензиван процес старења становништва, слабљење „капацитета породице“ и осиромашеност средњих и нижих друштвених слојева, главни су фактори због којих се може и даље очекивати висок притисак захтевима за остваривање овог права. Идентични фактори су главна преокупација планера социјалне политике у земљама Европске уније, будући да Београд/Србија имају идентични социјални и демографски оквир.

Социјалана заштита је област у коју, у дужем временском раздобљу, нису улагана средства у проширивање капацитета постојећих објеката и изградњу нових. Зато расположива институционална мрежа није у стању да задовољи све израженије потребе за смештајем. Сем тога, због неразвијених облика ванинституционалне заштите, центар је најчешће принуђен да се опредељује за институционално збрињавање, посебно у релацији заштите старих и ментално оболелих особа.

Основи задаци установа - домова за стара лица усклађени су са позитивним прописима који регулишу рад установа социјалне заштите који, у оквиру система институционалног збрињавања одраслих и старијих корисника, пружају: услуге становања, обезбеђивање активности као што су физикална терапија, радно-окупационе, рехабилитационе, културно-забавне, као и друге услуге социјалног рада везане за свакодневне потребе корисника.

Домски смештај је у развијеним земљама превазиђен као стереотипно, традиционално решење за старија лица, чак и када је реч о лицима без деце и сродника и оно се у пракси одлаже као решење, док све друге могућности не буду исцрпљене.

У нашој земљи, капацитети београдских домова за одрасле и за старије су недовољни и недостајући посебно из категорије честе ургентности за примену овог облика заштите. Током 2007. године чак више од две петине смештаја одраслих и старијих лица из Београда налазило се у другим домовима широм земље.

У последње време аналитичари и практичари који се баве социјалном заштитом у Београду, све више разумевају могућност рационализације постојећих смештајних капацитета, у смислу увођења принципа и њихове вишефункционалности. То значи да је перспектива постојећих домова да они буду истовремено и центри за старија лица. То је један од елемената француског модела социјалне заштите старијих, у коме се поред пансионског смештаја до 30 дана, стручњаци са искуством и знањем у раду са старијим корисницима који живе у својим домовима, моћи да понуде саветодавни рад, садржајне активности од значаја за сениорску популацију, дружење, разне едукације и слично.⁸

У области домског збрињавања старијих лица на територији Београда функционише Геронтолошки центар Београд и то са преко четири пословне јединице, Дом Бежанијска коса, Дом Вождовац, Дом Карабурма (у чијем саставу је и објекат у Ламартиновој улици) и Стационар.

8 ПЈ Дневни центри и клубови, 2007

Од 2002. године самостално делују још два дома чији је оснивач Република Србија - у Обреновцу и Младеновцу који су до те године такође били организационе јединице Геронтолошког центра Београд. Сви ови објекти саграђени су у другој половини прошлог века. Дом на Карабурми је први наменски грађен објекат за смештај пензионера и старијих лица у Београду и почео је са радом 1963. године. Следеће, 1964. године, припојен му је Дом пензионера Врачар, са објектом у Ламартиновој улици (Ресција Урошевић R, 2010).

Здравствена заштита старијих жртава насиља, злостављања и занемаривања

У домовима корисници имају право на здравствену заштиту. У члану 68 Устав прописује да свако има право на заштиту свог физичког и психичког здравља (Устав РС).

Закон о здравственој заштити у члану 11 прописује да се у Србији остварује друштвена брига за здравље под једнаким условима и то обезбеђивањем здравствене заштите групација становништва које су изложене повећаном ризику оболевања, посебно старијих од 65 година. Законом је предвиђено у члану 106 оснивање посебних завода за геронтологију, као здравствених установа у којима се обавља здравствена заштита старијих особа и спроводе мере за очување и унапређивање здравља и превенцију болести ове популационе групе, као и обављање делатности кућног лечења и неге, палијативног збрињавања и рехабилитације старијих особа. (Закон о здравственој заштити, 2019)

Старост карактерише присуство једног или више обољења, а то отежава и чини сложенијим процесима адаптације, рехабилитације и социјализације. Најчешће су то кардиоваскуларне и цереброваскуларне болести, малигна обољења, ендокрине болести, обољења локомоторног апарата, реуматска обољења, оштећење слуха и вида, разни психолошки поремећаји и психијатријска обољења. Сва ова стања у геријатрији имају тенденцију спорог развоја, односно, углавном су хроничне болести трајног карактера. Услед ових околности већина корисника захтева трајну помоћ других лица. Дешава се да на смештај дођу здравствено неосигурана лица, социјално незбринута лица па се поред решавања питања здравственог осигурања социјални радници морају позабавити решавањем и других проблема из области социјалног осигурања као што су набавка колица, протеза и других помагала.

Корисници домова и социјално-здравствених установа најчешће су обухваћени примарном здравственом заштитом, а у појединачним случајевима осигураном и конзилијарном специјалистичко-геријатријском заштитом. Корисници су у дому боље заштићени и збринуте него они изван дома, а ако оболе или изгубе функционалну способност обезбеђена им је медицинска нега и заштита (Јовић Вукадиновић С, 2010).

Измена и допуна Закона о здравственом осигурању је ушла у Скупштинску процедуру у децембру 2013. године али због политичке ситуације у земљи није разматрана до данашњих дана. Када се ради о тешким телесним повредама, повредама насталим од ватреног, хладног или неког другог оружја или оруђа, као и да је у питању особа која је претрпела силовање, лекар је у законској обавези да случај пријави полицији.

При Институту за судску медицину Универзитета у Београду, основана је амбуланта, у којој жртве насиља у породици могу добити потпуни преглед уз листу повреда које тачно и прецизно дефинишу врсту повреда, локализацију, начин и време повређивања, што је изузетно значајно за доказивање насиља у судским поступцима, али жртве у другим градовима немају користи од тога (Марчета Е, 2014).

Три својеврсна фактора, који играју одлучујућу улогу у општем тренду развоја савремене здравствене заштите старијих лица, су:

- демократизација здравствене заштите, која значи све већи број индивидуа које ће непосредно користити здравствену заштиту и учествовати у њеном програмирању;

- социјализација здравствене службе, која подразумева све већи број лица којима ће здравствена заштита у целини бити саставни део њихове егзистенције;

- интензификација, специјализација задаци и усмеравање социјално-медицинских активности на унапређивање здравља, нарочито угрожених делова популације као што су деца и старије особе, превенирање фактора који доводе до оболења и индивидуалности и откривања и санирање штете услова животне и радне средине.

Потреба ангажовања друштва састоји се у збрињавању остарелих лица у великим центрима специфичног система институција социјално-медицинског карактера и оријентације. У Београду такав специјализовани систем специфичне здравствене заштите старијих обухвата следеће институције и службе које постоје или су у процесу развоја.

Из круга здравствене заштите:

1. Градски завод за геронтологију и кућно лечење;
2. Завод за заштиту здравља;
3. Центар за рехабилитацију;
4. Клинички институти: Клинике и болничка одељења за геријатрију;
5. Клиничко-болнички центри и специјализоване друге стационарне здравствене установе;
6. Одговарајући диспанзери и саветовалишта у домовима здравља по општинама;

Из круга социјалних установа:

1. Установе (домови и центри) за смештај и негу старијих;
2. Завод за проучавање социјалних проблема;
3. Центар за прихватање и збрињавање одраслих лица;
4. Центри за социјални рад по општинама;
5. Клубови и центри за дневни боравак старијих по општинама.

Према својој намени и основним функцијама ове институције би морале да буду комплементарне у својој организацији и функцијама у оквиру свог круга делатности. Оне би требало да координирају базичне активности свих осталих служби, установа и организација, непосредно повезаних са диспанзерима, саветовалиштима за геријатрију и специјалистичким службама домова здравља, болницама, клиникама, заводима и институтима, са центрима за социјални рад и центром за кућну негу. Функције ових институција и служби се састоје од бриге о добром психофизичком и социјалном статусу старијих. (Dovijančić P, 1993)

Општи протокол о поступању и сарадњи установа органа и организација у ситуацијама насиља у породици усвојен је Закључком Владе Републике Србије на седници одржаној 24.11.2011. године.

Усвајање Општег протокола представља спровођење општег циља „унапређивање мултисекторске сарадње и подизање капацитета институције“. Један од главних циљева је пружање брзе и ефикасне заштите жртава насиља и то одмах по инциденту, током и након кривично-правног и/или прекршајно-правног поступка, али и независно од ових поступака у случају услуга установе које пружају социјалну и здравствену заштиту. Професионалци су дужни да уоче и препознају друге знаке насиља и изразе сумњу да је оно присутно, као и да то приме-

рено документују. То се постиже уколико се то током обављања редовних активности и пружања других услуга постављају одговарајућа питања, односно обавља провера насиља у свим индикованим ситуацијама (Општи протокол о поступању и сарадњи установа органа и организација у ситуацијама насиља у породици, 2012).

Поред правне регулативе, која не штити довољно жртву, непријављивању насиља доприносе и сви институционални учесници спречавања породичног насиља, између осталог и медицински радници својим (не)чињењем које се огледа у приступу жртвама насиља. Проблему поступања здравствених радника треба посветити дужну пажњу јер се жртве, у највећем проценту, јављају за помоћ полицији и здравственој служби. Иако се породично насиље традиционално сматра породичним проблемом, показатељи указују на озбиљан јавно здравствени проблем (Марчета Е, 2014).

Бројним сесијама са фокус групама медицинских радника, које су организоване приликом истраживања у свету и код нас дошло се до одређених показатеља. У нашој земљи на сесијама здравствених радника приликом истраживања Аутономног женског центра 2003. године на узорку од 1194 испитаница искристалисале су се одређене тешкоће у комуникацији са жртвама и личним ставовима према породичном насиљу. (Марчета Е, 2014)⁹

Проблем који чини здравствену службу културано и организационо недоступном је комуникација између здравствених радника и жртава. Када су у питању здравствени радници, уочава се да они нерядо иницирају разговор о насиљу, што из страха да не повреду жртвина осећања, што из страха од сусрета са сопственим осећањима. Друго, постоји бојазан да покретање теме насиља може довести до неконтролисаног ослобађања непријатних чињеница из живота жртве.

Уз разумевање разлога старијих да избегавају да говоре о насиљу и динамика насиља је изузетно важан предуслов за пружање одговарајуће здравствене услуге, који се огледа кроз одговарајући приступ жртвама.

Кључни фактор у одговарајућем приступу овим жртвама је пажљиво одмерен став здравствених радника. Проблем је што су неки здравствени радници склони да релативизују насиље и да га оправдају уколико се десило под одређеним околностима, које они не одобравају у свом систему вредности. Те околности су повезане са њиховим погледом на родне улоге мушкарца и жене. Подсвесно окривљавање жртве или преиспитивање разлога који су предходили насиљу, додатно удаљују па-

9 Према <http://www.zavod.gov.rs>

цијенте, који су жртве насиља, који након тога најчешће избегавају контакт са здравственом службом.

Здравствени радник треба да обрати нарочиту пажњу на опхођење према жртви. Жртве имају веома изражену потребу за дискрецијом током прегледа, при чему је пожељно присуство само једне особе, што је најчешће лекар.

Нарочито је наглашена потреба за речима охрабрења, подршке, осуђивања насиља и непреиспитавања онога што му је претходило.

Зато је важно да здравствени радник процени безбедност, односно ризик у коме се жртва налази, јер нажалост, некада је последица насиља и смртни исход, након чега се обично преиспитују све релевантне инстанце са којима је жртва била у контакту не се преиспитује и њихов ангажман у решавању проблема.

Проблеми насиља, злостављања и занемаривања треба приступити мултидисциплинарно и мултисекторски, едукацијама професионалаца, чланова породице и свих других који воде рачуна о старијим особама.

Што се будућих истраживања тиче, да би се са сигурношћу говорило о узрочно последичној вези између насиља и њихових последица по здравље, неопходна су добро осмишљена истраживања анамнестичких студија експерименталном методом, са одговарајућом контролном групом особа које нису биле изложене насиљу али код којих су присутни исти поремећаји здравља. И опет, држава би ту требало да обезбеђује финансијска средства и услове.

За заштиту старијих лица од насиља, злостављања и занемаривања доступан је Теле-апел службе Црвеног крста на територији Београда и њихов програм за оцењивање као један од најбољих примера добре праксе. Најчешћи проблеми које злостављани и занемаривани наводе су финансијски; и то највише кроз располагање чланова породице њиховим примањима без њихове сагласности.

Пракса је показала да је ова социјална услуга потешна старијим лицима као стална и на коју ће моћи стално да рачунају (сада функционише у једној смени од 8 до 16 часова), која се последњих десет година реализује као програмска и пројектна активност Црвеног крста Београда и да као стална социјална услуга треба да буде део социјалног система града Београда. (Марчета Е, 2014).

Међународна документа и закони који се баве заштитом од насиља, злостављања и занемаривања старих

Последњих пет година интензивно се говори и пише о унапређивању права старијих особа, јер смо сведоци да се њихова специфична права често не познају, а и у неким случајевима грубо крше. Такође уочене су огромне празнине у важећим стандардима људских права, када су старије особе у питању.

Поштовање људских права представља добробит за друштво у целини. Лош третман доводи до злоупотреба људских права старијих, доводи до њихових искључења, сиромаштва, дискриминације и насиља. Због тога друштво и економија треба да старијима омогуће право на слободу од дискриминације, на сигурност, на слободу од насиља, на социјалну заштиту, на здравље, на доживотно учење, на личну својину и на право наслеђа. (Todorović N, Vračević M, 2015).

Уједињене нације (УН) су почетком осамдесетих година почеле озбиљно и систематски да се баве феноменом старења и до сада је усвојено више докумената, по том питању.

Мадридски међународни акциони план за старење (МИПАА) из 2002. године се залаже за изградњу друштава за сва животна доба и препознаје три приоритетна правца деловања; старије особе и развој, побољшање здравља и добробити старијих људи као и обезбеђивање подржавајућег окружења (Political Declaration and Madrid Integrational Plan of Action on Ageing, 2002).

Исте године Економска комисија УН за Европу (UNECE) донела је Регионалну стратегију за имплементацију Мадридског међународног акционог плана за старење. И тај документ укључује 10 обавеза држава чланица. Низ докумената који су усвојени имају један недостатак, а то је, да нису правно обавезујући за владе широм света, већ представљају моралну обавезу (ECE/AC, 2002).

У важни део међународног правног оквира спадају и Миленијумска декларација, усвојена на Генералној скупштини УН у септембру 2000. године, којом су лидери 147 земаља признали колективну одговорност за подршку признањима људског достојанства, једнакости и правичности на глобалном нивоу (United National Millennium Declaration, 2000). Пекиншка декларација и платформа за акцију су усвојене на IV светској конференцији о женама одржаној у Пекингу 1995. године. Декларација је усмерена на уклањање свих препрека које стоје на путу активном учешћу жена, у свим сферама јавног и приватног живота (Petrušić N, 2015).

Неке од Конвенција УН су од великог значаја, јер се у тексту помињу само старије особе: Конвенција о правима радника миграната и њихових породица, Конвенција о елиминацији свих врста дискриминација и насиља над женама и Конвенција о правима особа са инвалидитетом (Murphy M, 2012).

Веома су значајни планови акција и препоруке УН које се посебно тичу старијих особа. Као прво ту спадају: Међународни план деловања на подручју старења из 1982. године (тзв. Бечки план). Прва светска скупштина о старењу одржана је у Бечу 1982. године и на њој је усвојен Бечки међународни план акције за старење (The Vienna International Plan of Action on Ageing), као први међународни документ посвећен старењу. Овим документом одређена је основа за формулисање политике и програма о старењу. План је одобрен од стране Генералне скупштине УН 1982. године (на 90. пленарном састанку 3. децембра 1982. године резолуцијом 37/51), а усвојен раније те исте године на Првој светској скупштини о старењу у Бечу.¹⁰ Садржи 62 препоруке за различита поступања у области истраживања, прикупљања података и анализе, тренинга и обуке, као и одређене активности везане за исхрану и здравље; заштиту остарелих корисника; настањивање и околину; породицу; социјалну сигурност; материјалну сигурност и запослење; образовање (Question of Ageing).

Као друго, Принципи УН за старије особе условљене Резолуцијом Генералне скупштине УН 16. децембра 1991. године који препоручују владама да своје националне програме намењене старијим особама изграђују поштујући принципе за друштвену бригу и достојанство старијих особа (Usvojen Rezolucijom Generalne skupštine, 1991).

Резолуцијом Генералне скупштине Уједињених нација 65/182 од 21. децембра 2010. године основана је Отворена радна група за старење. Оснивањем ове групе први пут се на нивоу Уједињених нација успоставља процес изучавања и анализе, како боље препознати и заштитити људска права старијих. Основна улога поменуте групе је јачање борбе за заштиту људских права старијих. Она треба да испита међународне оквири јачања борбе за заштиту људских права старијих, да препозна недостатке у њима и предложи решења за њихово превазилажење, што може да укључује и креирање нових инструмената заштите људских права. У раду групе учествују све државе чланице, организације цивилног друштва, као и саме старије особе (Todorović N, Vračević M, 2015).

10 UN-KEY Conference Outcomes on Ageing <http://www.un.org/esa/devagenda/aging.html>

У заштити људских права старијих важну улогу имају и регионална документа која су донесена на нивоу Европске уније. То су:

- Европска Конвенција за заштиту људских права и слобода из 1950. године коју је државна заједница Србија и Црна Гора ратификовала (Европска конвенција за заштиту људских права и основних слобода, 2003).
- Ревидирана Европска социјална повеља чији је иницијални текст донесен 1961. године, а допуњен 1996. године и која је ступила на снагу 1999. године (Европска социјална повеља).
- Ревидирана стратегија социјалне кохезије усвојена 31. марта 2004. године коју је Србија ратификовала (Службени лист СЦГ, бр. 18/05)¹¹ (Petrušić N, 2015).
- Уговор из Амстердама из 1997. године и
- Уговор из Лисабона из 2007. године (Todorović N, Vračević M, 2015).
- Посебан значај има најновија Конвенција Савета Европе о спречавању и борби против насиља над женама и насиља у породици, донета у Инстамбулу 11. маја 2011. године, а ступила на снагу 01.07.2014. године коју је Србија потврдила и тиме је омогућила њено ступање на снагу. Ова конвенција (твз. Истанбулска конвенција) је први и једини европски правно обавезујући инструмент у области насиља над женама, којим се успоставља стандард „потпуне посвећености“ у превенцији, заштити, процесуирању и санкционисању аката насиља (Закон о Потврђивању Конвенције Савета Европе о спречавању и борби против насиља над женама у породици).
- 20.09.2012. године донета је Бечка Министарска конференција под именом: Обезбеђење друштва за све генерације-промоција квалитета живота и активности старих. Представници држава чланица економске комисије Уједињених Нација за Европу (УНЕЦЕ), окупљени на Министарској конференцији о старењу у периоду 19-22. 09.2012. године, у Бечу, потврдили су обавезу коју су преузели Берлинском министарском декларацијом

11 Министар рада и социјалне политике др Расим Љајић предао је у Стразбуру, у име Владе Србије, 14. септембра 2009. године ратификационе инструменте Ревидиране Европске социјалне повеље Савета Европе. Тиме је Србија испунила скоро све формално-правне обавезе из Мониторинг извештаја Комитета министара СЕ и парламентарне скупштине СЕ.

2002. године, која је касније потвеђена у Леонској министарској декларацији 2007. године, а која се тиче спровођења Регионалне имплементационе стратегије (РИС) Мадридског међународног акционог плана о старењу (Европска година старења, 2012).

- Последњи докуменат ЕУ представљају Препоруке за промоцију људских права старијих који је усвојио Комитет Министара 2011. године. Циљ овог документа је да омогући и промовише потпуну заштиту људских права и фундаменталних слобода старијих особа (Council of Europe Committee of Ministers, 2014).

У Републици Србији могу се издвојити неколико значајних закона где се старији изричито спомињу. Најзначајнији је Устав Републике Србије из 2006. године који забрањује сваку дискриминацију укључујући и дискриминацију старијих (Устав РС, 2006).

Други је Закон о забрани дискриминације из 2009. године који такође забрањује дискриминацију на основу година (Закон о забрани дискриминације, 2009).

Закони који би старијима требало да обезбеде право на физичко и ментално здравље су: Закон о здравственој заштити из 2005. године са изменама и допунама из 2009. године и 2013. године (Закон о здравственој заштити, 2019); Закон о здравственом осигурању из 2005. године; Закон о Јавном здрављу из 2009. године и нов из 2016. године; Закон о заштити пацијената из 2013. године; Закон о заштити лица са менталним сметњама из 2013. године. Закон о социјалној заштити из 2011. године треба да обезбеди право старијих на адекватне стандарде живљења и социјалне услуге (Todorović N, Vračević M, 2015); Закон о пензијском и инвалидском осигурању из 2003. године, који се тиче права на социјалну сигурност (Закон о пензијском и инвалидском осигурању, 2003); Право на живот и достојанствено умирање које би требало да обезбеди Стратегија за палијативно збрињавање из 2009. године (Стратегија за палијативно збрињавање); Право на физички, ментални и емотивни интегритет и на достојанствено поступање које треба да обезбеди Кривични законик из 2005. године (Кривични законик РС, 2009) и Породични закон из 2005. године (Породични закон, 2005); Право на едукацију и културу требало би да буде обезбеђено Законом о образовању одраслих из 2013. године (Todorović N, Vračević M, 2015), а Закон о раду из 2014. године требало би да садржи одреднице о старијим радницима (Закон о раду, 2005). Када говоримо о правима старијих жена, имамо Закон о равноправности полова из 2009. године, Националну стратегију за побољшање положаја жена и унапређи-

вање родне равноправности 2008-2014. године и Националу стратегију за спречавање и сузбијање насиља над женама у породици и партнерским односима (Todorović N, Vračević M, 2015).

Национална стратегија о старењу 2006-2015. године је први целовит свеобухватни докуменат којим се утврђује политика државе према старијим особама и креирају кључни правци и поља деловања у циљу унапређења положаја старијих у Србији а у складу са препорукама МИПАА и Регионалне стратегије за примену (Национална стратегија о старењу).

Када се проуче сва побројана документа, могу се набројати четири типа недостатка на којима треба радити.

Први недостатак је нормативни и односи се на чињеницу да у неким државама не постоје адекватни закони који би штитили људска права старијих. Други недостатак је недостатак у имплементацији - постоје закони али је њихово спровођење недовољно. Трећа врста недостатака је у мониторингу и праћењу кршења људских права старијих. Овај недостатак се карактерише одсуством независних регулаторних тела која прате испуњавање обавеза поштовања људских права.

Последња четврта врста недостатака је недостатак адекватних података разврстаних по узрасту који би омогућили увид у садашњу ситуацију и омогућили боље увиде у последице одређених мера или политика. Зато је неопходно убрзано радити на јачању капацитета за осигурање статистички поузданих података и потенцијалних нових извора података укључујући податке разврстане по узрасту (Murphy M, 2012).

Поред бројних конвенција, декларација и закона који се баве проблематиком права старијих особа, постоје и бројне организације које имају за циљ борбу против насиља над старијим особама. То је, пре свега, Национални центар за питања злостављања старих особа (National Center on Elder Abuse-NCEA) у САД основан 1968. године. Од како је основан NCEA ради као јединствена мултидисциплинарна установа која се бави злостављањем, занемаривањем и експлоатацијом старијих. Своју мисију спроводи кроз едукацију и тренинг стручњака, али и пласирањем информација о сазнањима о овој проблематици. Доступни су на on-line или у easy-to-use форми.

У оквиру ове установе основан је Сервис за заштиту одраслих (Adult protective service) који води рачуна о сигурности и благостању старијих и одраслих са инвалидитетом који су у опасности да буду злостављани и занемаривани. Баве се још и примањем позива о злостављању, експлоатацији или занемаривању, истражују или проверавају

те позиве као и пружањем помоћи, ако се наводи испоставе као тачни (Elder Abuse- National Institute of Aging).

Национални комитет за превенцију злостављања старијих особа (National Committee for Prevention of Elder Abuse - NCPEA) је удружење истраживача, практичара, професора и адвоката који су посвећени заштити, безбедности и очувању достојанства старијих грађана Америке и основано је 1988. године. Представља неку врсту архиве студија, истраживања и осталих сазнања која могу помоћи у проналажењу добрих начина превенције злостављања старијих особа (NCPEA).

Прва и једина организација у Великој Британији и Републици Ирској која се бави искључиво насиљем над старијим особама је Акција против злостављања старијих особа (Action Against Elder Abuse-AEA). Ради на неколико нивоа: даје смернице за полицајце како да се понашају када имају пријаву насиља над старијом особом, отвара телефонске линије, ради на подизању свести чланова друштва о проблему насиља над старијима (AEA).

Асоцијација за превенцију злостављања старих особа (Employ Assistance professional Association-EAPA) је организација која се налази у Аустралији. Поред борбе против злостављања и занемаривања старијих залаже се за добробит и безбедност старијих особа, пружа услуге особама које су злостављане, занемариване или експлоатисане; обезбеђује услове за истраживање узрочних фактора ове појаве као и за истраживање у начину превенције, тј. да прикупи податке о учесталости злостављања које би одредиле успостављање јединственог модела за националну политику, процедуре и дефиницију као промовисање закона који штити старије (Марчета Е, 2014).

Форензички центар за питања злостављања старијих особа (Elder Abuse Forensic Center-EAFC) је основан 2003. године у Лос Анђелесу, у САД, допринео је промени начина на који се процесуира дело злостављања старијих кроз јединствен процес сарадње са различитим стручњацима. Особље центра чине стручњаци из домена медицине, правници и социјални радници који процењују постоје ли ризици од злостављања и да се све прикупљене информације евидентирају. Они раде на унапређивању закона који штити права старијих такође раде и на едукацији свеобухватног становништва о овом проблему и едукацији чланова домаћинстава где постоји старија особа (Yonashiro-Cho J, 2019).

Генерална скупштина УН је 1992. године усвојила Резолуцијом, 47/5 Прокламацију о старењу којом је 1. октобар проглашен за Међу-

народни дан старијих особа (47) а 1999. година Међународном годином старијих особа (Социјална мисао, Старост и старење, 1998).

Безбедносна заштита старијих жртава насиља, злостављања и занемаривања

Превенција насиља над старим особама полази од националних интереса, националних циљева и стратегија државе везаних за старију популацију. “Под мерама безбедносне превентивне процене подразумевамо, у најширем смислу, планске активности државе и других органа усмерених на, спречавање негативних појава које директно или индиректно утичу на безбедност државе“ (Ракић М, 2006).

Свака држава има специфичну сензуалност за насиље над старијима па је стога немогуће извршити класификацију, идентификацију или степеновање извора, облика и носиоца угрожавања. Старије особе имају приоритетну потребу заштите и спасавања али код њих не постоји могућност адекватне заштите у различитим ситуацијама. Нпр. већина старијих особа се налази у кругу породице која врши насиље над њима, што је тешко доказати и истражити без учешћа специјализованих медицинских служби или вештака различитих специјалности.

Фактори ризика за појаву насиља се генерално могу поделити на: факторе који се односе на жртву (жене, старији од 80 година, зависни од других); фактора који се односе на починиоца (сиромаштво, поремећаји и зависност, стрес) и друштвени фактори који утичу на насиље (општи ниво насиља у друштву, старост, расна дискриминација). С друге стране, постоје заштитни фактори који обухватају социјалну подршку и духовна/религијска уверења која умањују последице насиља. Најважније је да се старије особе охрабре да о насиљу говоре, а да га не трпе, јер би стална комуникација указала на пропусте, па би заједница и државни органи могли предузети адекватне мере и радње које би умањиле или онемогућиле понављање насиља над старијима.

Ради успостављања ефикасног система заштите жртава насиља, у партнерским односима и у породици, неопходно је успоставити континуирану мултисекторску сарадњу између установа, органа и организација који су носиоци система заштите. То подразумева сарадњу између установа социјалне заштите, посебно центара за социјални рад, полиције, тужилаштва, истражних судова и здравствених установа. У систем заштите

потребно је укључити и удружења грађана која у свом програму имају активности везане за услуге жртавама насиља (Dovijančić R, 1993). На основу њихових примедби и сугестија обликовале би се све расположиве врсте помоћи у заједници. Ово може укључити подршку и помоћ чланова породице или пријатеља, здравствених служби, социјалних служби, полиције, правника и других субјеката државних и недржавних институција. Социјална политика мора бити усмерена на унапређење бриге и заштите старијих од свих опасности којима су изложени (Ракић М, 2018).

Превенција виктимитета старијих

У најважније задатке превенције спада потреба за правовременом информисаношћу и обавештавањем старијих особа о разним мерама које се спроводе и које им стоје на располагању, како би исти могле да донесу одлуке значајне, како за њих саме тако и за оне које се старају о њима (Ракић М, 2018).

Стратегије социјалног рада у заштити старијих особа, код нас, могу се најпре сагледати кроз превентивну ангажованост центара за социјални рад. Значајно ангажовање показују и добровољни и хуманитарни фондови, који заједно са професионалним и стручним социјалним радом треба да утичу на рано откривање потреба старијих особа и спрече њихову виктимизацију. Потребно је основати организацију (какве постоје у иностранству) која би се бавила проблемом старијих, а која би дала више информација о томе шта се даље десило са жртвама када се врате у породицу. То би даље довело до оснивања службе која би се искључиво бавила праћењем жртве. Те организације би искристалисале ситуације насиља и радиле на томе да се о насиљу говори више у медијима чиме би јавност била боље обавештена па би се самим тим насиље могло препознати и сузбити (Srnić J, 2012).

Једну од посебно осетљивих области, у којој је неопходно учешће центара за социјални рад, чини сфера закључивања уговора о доживотном издражавању. Неки аутори сматрају да би центри за социјални рад требало директно да склапају уговоре о доживотном издражавању јер ако настане проблем, жртва прво долази код њих и оне би тај проблем директно решавале (Kostić M, 2010).

Кампање, које би се водиле на нивоу државе, посебну пажњу треба да посвете равноправности улога и одговорности мајки и очева у по-

родици, у испуњавању свих породичних обавеза, укључујући и бригу о деци, старијима и болеснима.

У том смислу Словенија је 2008. године, као председавајућа у Европској унији, приступила примени и организацији Конференције о међународној солидарности у друштвима социјалне повезаности и одрживости ЕУ, са циљем да се бави питањима обликовања политика које подстичу солидарност и сарадњу између генерација и подржавању социјалне кохезије у друштву (Kostić M, 2010).

У том смислу је Црвени крст Србије спровео истраживање Међугенерациске солидарности између породице и државе, чији су резултати недовно представљени у Београду. Циљ је био да се утврде односи и везе међу генерацијама у различитим окружењима и контекстима. У том истраживању учествовале су 1.423 особе различитих генерација из 15 градова и општина широм Србије. Закључак истраживања је да је подршка породице од изузетног значаја, а задатак је да се на свим нивоима промовише солидарност и пружа помоћ породицама. Утврђено је да је међугенерациска солидарност потребнија више него икада раније, јер ће се њеним јачањем омогућити да свака генерација има своје место у друштву (Међународна солидарност потребнија него икад, 2019).

Насиље над старијима се често игнорише а ретко научно истражује па је мало расположивих мера у циљу превенције овог типа насиља. Зато је потребна допуна законодавства, која треба да пружи добар основ неопходним променама, у вези са друштвеним активностима везаним за овај проблем.

Закључак

Мали број спроведених истраживања доказује да старије особе углавном имају лош матријални положај, да су нарушеног здравља, да не препознају економско насиље нити дискриминацију како би потражили правну заштиту, да се воде првенствено интересима потомака и да нису довољно информисани о својим правима. У прилог томе говори и чињеница да је све већи број старијих лица био изложен свим типовима насиља, баш тамо где таква лица треба да буду заштићена и вољена - у кругу породице.

Иако је поштовање људских права важна тема за све државе, сведоци смо кршења тих права због неинформисаности, недовољне импле-

ментације прописа и непрепознавања истих, као и недовољне едукације оних који су задужени за спровођење закона.

Велики недостатак је што не постоје или су невидљиви превентивни програми за заштиту старијих од насиља. У већини локалних самоуправа не постоје осмишљени програми за заштиту старијих од насиља и осмишљени програми за активно старење. Не постоје одговори за сузбијање економског искоришћавања старијих, нарочито жена које су изложене економском, а потом и физичком насиљу. Уз све набројано, не постоје доступни механизми за заштиту старијих у случајевима њихове ургентне заштите (недостатак капацитета који одговара специфичним потребама старијих) али и константан притисак на запослене у социјалној заштити.

У борби против стереотипа, предрасуда према старијима, против ејдизма потребно је изградити позитивну слику о старијима. Друштво треба да схвати да они нису терет већ ресурс и да имају мудрост и искуство, те да их треба поштовати, а не жалити и злоупотребљавати. Њихова права су загарантована и то се неће мењати с годинама.

Литература:

1. Dovijanić, P. (1993), Savremena organizacija zaštite zdravlja starijih osoba. U: Gerijatrija. S. Đurica, V. S. Kostić i D. P. Milošević ur. Beograd. Medicinski fakultet, Klub NT. str. 543-552
2. Костић, М. (2010) Виктимитет старих људи. Ниш: Правни факултет, Универзитета у Нишу, стр: 113-200
3. Last, J. M. (2008) Rečnik javnog zdravlja, Beograd, Medicinski fakultet
4. Nikolić Ristanović, V. (2002) ur. "Porodično nasilje u Srbiji", Beograd: Viktimološko društvo Srbije
5. Pecija Urošević, R. (2010) Društveni položaj i model socijalne zaštite starih lica u Beogradu. Beograd: Institut za sociološka istraživanja, Filozofski fakultet u Beogradu, str: 89-129
6. Vljaković, M. (2004) Zlostavljanje ostarelih u porodici, Socijalna misao, br 3; str:169-180
7. Gelles, R. J. (1991) Intimate Violence in Families. Sage. London, pp: 112
8. Kostić, M; Đorđević R. (2004) Viktimizacija starih osoba kao pripadnika posebne marginalne grupe, Temida, br. 2; str: 3-11
9. Murphy, M. (2012) International Human Rights Law and Older People: Gaps, fragments and loopholes. London: Help Age international.
10. Petrušić, N. (2015). Ekonomsko nasilje nad starijima kao oblik kršenja ljudskih prava. Beograd: Crveni krst Srbije: 53

11. Todorović, N. Vračević, M. (2015) Uvod u starenje i ljudska prava starijih. U: Petrušić N, Todorović N, Vračević M. Uvod u starenje i ljudska prava starijih, Beograd: Crveni krst Srbije, str: 31-76
12. Srnić, J. (2010). Nasilje nad starim osobama. Jun, str. 110
13. Старост и старење (1998). Социјална мисао; бр: 4: 7-10
14. Ракић, М. (2006). Безбедносна превентива. Београд: Институт за политичке студије, стр. 51
15. Ракић, М. (2018). Старије особе и насиље. У: Старење и људска права. Тематски Зборник X Међународног геронтолошког конгреса 18-19 мај 2018. Београд: Геронтолошко друштво Србије, стр: 123-132
16. Rusac, S. (2006) Nasilje nad starijim osobama. Ljetopis socijalnog rada, br. 13 (2); str: 331-346
17. Јовић Вукадиновић, С. (2010) Социјални и здравствени аспекти организованог живота у дому. VIII национални конгрес „Врњачка бања“, Зборник стручних саопштења и постера, Београд: Геронтолошко друштво Србије, стр: 232-235
18. Марчета, Е. (2014) Насиље над старима у породичном окружењу. IX Међународни геронтолошки конгрес: Култура старења и старости између традиционалног и савременог модела. Зборник радова. Врњачка бања, 16-18. маја 2014. год. Београд: Геронтолошко друштво Србије, стр: 340-349
19. Action on Elder Abuse (AEA) in Northern Ireland. Available from: <http://www.elderabuse.org>
20. ECE/AC. 23/2002/2/ Rev. 6 od 11. septembra 2002. god. Available from: http://www.unece.org/pau_docs/ece/2002/ECE_AC23_2002_2_Rev6_e.pdf
21. Evropska socijalna povelja - Instrument Saveta Evrope za zaštitu ljudskih prava, Available from: http://www.policijiskisindikatsrbije.org.yu/dokumenta/evropska_socijalna_povelja.pdf
22. Elder Abuse-National Institute of Aging. Available from: <http://www.ncea.aoa.gov>
23. Liñan, E. “El síndrome de la abuela esclava” Available from: http://www.psicologia-online.com/monografias/4/a_buela-esclava.shtml
24. Међународна солидарност потребнија него икад, 11.11.2019. Политика стр. 8 <http://www.društvo@politika.rs>
25. National Committee for Prevention of Elder Abuse (NCPEA) <http://www.ifa-fiv.org/partner-profiles/national-committee-for-the-prevention-elder-abuse>
26. Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002, A/CONF. 197/9. Available from: <http://www.un-ngls.org/orf/pdf/mipaa.pdf>
27. Proclamation on Ageing, A/RES/47/5, 42nd plenary meeting, 16.oct.1992. (1 Urges the international community)) <http://www.un.org/esa/socdev/iyop/iyoppoa.htm>
28. 55/2. United Nations Millennium Declaration, 8 September 2000. Available from: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>
29. Usvojeni Rezolucijom Generalne skupštine UN 46/91 od 16. decembra 1991. godine. Preuzeto: http://www.un.org/esa/socdev/ageing/un_principles.html

30. Yonashiro-Cho, J. et. al. (2019). Toward a better understanding of the Elder Abuse Forensic Center model: comparing and contrasting four programs in California. Available from: <https://doi.org/10.1080/08946566.2019.1647326>
31. 37/51 Question of Ageing, 3.12.1982. Available from: <http://daccessdds.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NRO/425/29/IMG/NR042529.pdf>
32. What is Elder Abuse? Action on Elder Abuse Bulletin, 1995 prema: WHO; "Prevention of Elder Abuse" 2008. Available from: <http://www.who.int/ageing/project/elder-abuse/en/>
33. WHO. (2002) World Report on Violence and Health. (ed. by Etienne G. Krug, et al.) Geneva, Chapter 5. Abuse of the elderly. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/92414561-eng.pdf>.
34. Докмановић, М (2010) Бела књига са предлозима за измену постојеће легислативе у области насиља у породици. У: Прилози за унапређивање стратешког и правног оквира у области насиља у породици. В. Јарић и Д. Јанковић, ур. Београд: Министарство рада и социјалне политике, Управа за родну равноправност, стр: 232
35. Европска конвенција за заштиту људских права и основних слобода, Службени лист СЦГ, "Међународни уговор", бр. 9/2003.
36. Европска година старења (20.09.2012). Бечка Министарска декларација 2012: Обезбеђење друштва за све генерације - Промоција квалитета живота и активног старења. Геронтологија, бр. 2, стр. 99-106
37. Кривични закон Републике Србије, "Службени Гласник РС" бр. 85/2005, 98/2005, 107/2005. - испр., 72/2009 и 111/2009.
38. Закон о здравственој заштити. "Службени Гласник РС" број 107/2005 и 72/2009 и најновији 25/2019 и други закони.
39. Закон о забрани дискриминације. "Службени Гласник РС", бр. 22/2009.
40. Закон о пензијском и инвалидском осигурању. "Службени Гласник РС" бр. 34/2003, 64/2004.
41. Закон о раду, "Службени Гласник РС", бр. 24/2005, 61/2005 и 54/2005.
42. Закон о Потврђивању Конвенције Савета Европе о спречавању и борби против насиља над женама и насиља у породици, „Службени гласник РС „Међународни уговори“. Бр 12/2013.
43. Закон о обезбеђивању социјалне сигурности грађана, "Службени Гласник РС" бр. 36/9, 79/9, 33/93; 53/93; 67/93, 46/94; 84/94, 52/96, 29/2001, 84/2004, 101/2005, 115/2005 и други закони
44. Национална стратегија о старењу, "Службени Гласник РС", бр. 76/2006.
45. Одлука о мрежи установа социјалне заштите за смештај корисника, „Службени гласник РС“, број 51/2008
46. Општи протокол о поступању и сарадњи установа органа и организација у ситуацијама насиља у породици, (2012), Београд: Министарство рада и социјалне политике.
47. Правилник о организацији, нормативима и стандардима рада Центра за социјални рад, "Службени Гласник РС", број 59/2008.

48. Породични закон, "Службени Гласник РС", бр. 18/2005.
49. Council of Europe Committee of Ministers, 2014. Recommendation CM/REC(2014)2 of the Committee of Ministers to Member States on the Promotion of the Human Rights of Older Persons. Brussels: EU, Council of Europe.
50. Стратегија за палијативно збрињавање. "Службени Гласник РС" 17/2009, 88/2005
51. Устав Републике Србије; "Службени гласник РС", број 83/2006 и 98/2006.

Marceta Elizabeta¹²

PROTECTION AGAINST VIOLENCE, ABUSE AND NEGLECT OF THE ELDERLY

Abstract:

Often, the lives of the elderly are given a marginal character, as being people on the 'edge' of life and under great pressure for abuse of violence and exclusion. Violence against the elderly has become the subject of social and scientific research in the last 20 years.

The elderly are exposed to physical, psychological, sexual, economic violence and neglect. Abusers are most often the spouse and children and the victim remains a strictly kept family secret.

As respect for the human rights of older well-being for the whole of society, so far there are binding documents and legal regulations that protect the elderly.

That are in UN level: International Agenda for Action on Aging, UN Principles for the Elderly, Aging Open Working Group, Peking's Declaration, Millennium Declaration, Madrid International Action Plan, Aging Plan and Regional Strategy for the Implementation of the Madrid International Action Plan and a series of conventions where old people are mentioned.

At European level, these are: the European Convention for the Protection of Human Rights, the Revised European Social Charter, the Revised Social Cohesion Strategy, the Treaty of Amsterdam and the Istanbul Convention.

In our country, these are: the RS Constitution, the Law on Social Protection and Social Security of Citizens, the Law on Health Care, Law on Prohibition of Discrimination, Criminal law and Family law (2005).

Security protection involves cooperation between social protection institutions, in particular centers for social work, police, prosecutor's officers and health institutions.

One of the most important tasks of prevention is to work on timely information, by informing the elderly about the numerous measures being implemented and available to them. State-level campaigns should pay particular attention to the equality of roles and responsibilities of mothers and fathers in the family in fulfilling all family responsibilities, including the care of children, the elderly and the sick.

Since 2012, Slovenia has taken the form of policies that foster solidarity and co-operation between generations that foster social cohesion. Intergenerational solidarity in a situation where the number of the elderly is increasing from year to year is needed more than ever before, as it will strengthen each generation to have its place in society.

12 **Elizabeta Marceta** Doctoral student of the Faculty of Medical Sciences in Kragujevac "Preventive Medicine", elizabetamarceta@gmail.com

Methodology of work: The purpose of the work is content analysis, the most important is the Vienna Plan as the Constitution of our country as the largest legal act.

Tasks: Prevent violence against the elderly and inform them in a timely manner.

Aim of the paper: With this paper we wanted to say that we point out that violence against the elderly is not enough to just talk and write, but we need to reduce it to a minimum using all available means and measures provided by the state. If we cannot eradicate this violence, then it is important to reduce it to a minimum. It is very important to suppress this negative phenomenon with legislation.

Key words: elders, forms of victimization, types of protection, international documents, prevention.

Сретен Јелић, Татјана Јовановић, Емилија Лепојевић¹³

РУРАЛНО СИРОМАШТВО У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

Резиме:

Са сиромаштвом се суочавају готово све земље у свету, као и наша земља. Један део становништва Србије је сиромашан, посебно у руралним подручјима. Евидентне су регионалне разлике у развоју. Подаци указују да најсиромашнији део становништва живи у најнеразвијенијем региону и областима Јужне и Источне Србије.

У раду се указује на феномен сиромаштва у руралним подручјима наше земље. Посебно је разматрано сиромаштво према типу насеља, регионима, типу домаћинства као и удео сиромашних према годинама старости, образовању и социо-економском положају носиоца домаћинства. Коришћени су подаци за петогодишњи период, од 2013. до 2018. године, за који су израчунате стопе сиромаштва. Такође за исти период мерена је економска и друштвена неједнакост.

Кључне речи: сиромаштво, рурална подручја, регионалне разлике, неједнакости, типови насеља, домаћинства

Увод

Проблем сиромаштва је свуда присутан. Сиромаштво представља мултидимензионални феномен са много лица. Поред немогућности задовољења основних потреба сиромаштво подразумева и аспекте везане за људска права. Високе стопе сиромаштва у нашој земљи присутне су дуги низ година. Сиромаштво се чешће појављује међу сеоском популацијом. Богданов (2019) сматра да је укупни раст сиромаштва у Републици Србији подстакнут управо порастом сиромаштва руралних под-

¹³ Сретен Јелић, Татјана Јовановић, Емилија Лепојевић, Пољопривредни факултет, Универзитет у Београду, sjelic@agrif.bg.ac.rs, tanja.j@agrif.bg.ac.rs

ручја. У руралним подручјима Србије постоји велики број забачених, удаљених и изолованих сеоских насеља која карактеришу лоши услови живота. То је посебно изражено у брдско-планинским селима кроз њихову искљученост, због недостатка инфраструктуре, образовних институција, здравствених амбуланти као и високе концентрације старачких домаћинстава (Јелић и Јовановић, 2011).

Циљ и значај рада

Циљ рада је анализа стања, мерење сиромаштва и утврђивање основних узрока сиромаштва у Републици Србији у периоду од 2013-2018. године. Имајући у виду да је сиромаштво комплексан појам, мерење сиромаштва врши се како би се указало на озбиљност тог проблема на националном нивоу. Акценат је дат руралном сиромаштву, с обзиром да је укупни раст сиромаштва подстакнут управо порастом сиромаштва руралних подручја, те се стога врши поређење на релацији урбано-рурално.

Значај рада се огледа у томе што резултати истраживања корисницима могу послужити за упознавање са проблемом сиромаштва у Републици Србији као и могућностима смањења истог.

Предмет рада

Предмет рада јесте сиромаштво у Републици Србији у шестогодишњем периоду. Овај рад је конципиран тако да након уводних разматрања следи упознавање са појмом сиромаштва као и начином његовог дефинисања и мерења, потом следи разграничавање појма сиромаштва са појмом социјалне искључености, имајући у виду да се ова два појма често поистовећују. У наредном делу рада детаљно је анализирано сиромаштво према типу насеља, регионима, типу домаћинства, годинама старости, степену образовања као и социо-економском положају носиоца домаћинства. Затим је уследило мерење економске неједнакости и на крају утврђени су основни узроци сиромаштва као и могућности за ублажавање и евентуално превазилажење тог проблема.

Методе истраживања и извори података

Као основни извор подата послужила је база података Тима за социјално укључивање и смањење сиромаштва, који је успоставила Влада Републике Србије, а основна надлежност Тима је јачање капацитета Владе да развија политике социјалног укључивања засноване на подацима, као и да координира и прати њихово спровођење у складу са међународним стандардима и примерима добре праксе у Европи. Поред тога коришћена је и бројна домаћа литература. За анализу стопе, дубине и оштрине сиромаштва коришћене су математичко-статистичке методе. За поређење на релацији урбано-рурално коришћен је метод компарације. Поред тога примењене су основне аналитичке методе: метод анализе, апстракције, индукције и дедукције.

Дефинисање и мерење сиромаштва

Сиромаштво је проблем са којим се суочава велики број земаља и представља комплексан друштвени феномен. Кроз историју на сиромаштво је веома велики утицај имао начин производње, друштвена структура и породични облици. Већина становништва у аграрним друштвима живела је у сиромаштву и борби да преживи. Тек у 19. веку започета су значајнија истраживања сиромаштва, а значајније промене у карактеру сиромаштва догодиле су се након Другог светског рата када је преовладавало уверење да ће се економски раст смањити сиромаштво. Дуги низ година наставило се непридавање пажње проблему сиромаштва, обзиром да је 50-тих година незапосленост била ниска а стопе привредног раста високе. Тек крајем 50-тих и почетком 60-тих година расте интересовање за истраживањем овог проблема. Треба имати у виду да послератно сиромаштво има велике разлике у односу на сиромаштво с почетка 20. века, јер је сиромаштво са почетка 20. века сиромаштво већине а послератно сиромаштво је сиромаштво депривироване мањине која није укључена у економски раст (Рогановић, 2017).

Временом, схватања о сиромаштву су се мењала а дефиниције проширивале. У почетку се дефинисање сиромаштва сводило на материјалну оскудицу, али се временом дефиниција сиромаштва обогаћивала новим аспектима као што су ниво образовања и ниво здравља. Данас се у дефинисању сиромаштва узимају многи аспекти па се зато често каже да је

сиромаштво феномен са много лица (Деветаковић и сар., 2016). Мењањем дефиниција сиромаштва и узимањем у обзир различитих аспеката приликом дефинисања мењају се и начини дефинисања сиромаштва.

Апсолутно и релативно сиромаштво

Социолози користе два приступа сиромаштву: апсолутно и релативно сиромаштво. Концепт апсолутног сиромаштва заснива се на идеји преживљавања-основних услова које треба испунити како би се одржава физички здрава егзистенција. (Гиденс, 2007). Приликом оцене сиромаштва, позиција појединца се процењује независно од ситуације у којој се налазе други чланови друштва. Према овом концепту, особа је сиромашна ако се њен доходак налази испод утврђене линије која се назива линија апсолутног сиромаштва. Дакле, апсолутна линија сиромаштва дефинише се као фиксна потрошња неопходна за задовољавање минималних животних потреба, а која се током времена прилагођава само за промене цена. У концепту апсолутног сиромаштва постоје и релативни нивои, те тако разликујемо примарно сиромаштво (беду) и секундарно сиромаштво. У случају оцене примарног сиромаштва, линија сиромаштва се одређује на нивоу потрошачке корпе прехранбених производа. Ако појединци или домаћинства нису у стању да се прехране квалификују се као примарно сиромашни (Деветаковић и сар., 2016). Секундарно сиромаштво укључује цео пакет основних потреба, а сиромашним се сматрају они који не могу да задовоље све основне потребе. Неки социолози сматрају да сиромаштво не може да се мери на основу неког универзалног стандарда и да се сиромаштво културно дефинише. Они сматрају да људске потребе нису свуда исте, па је због тога настао концепт релативног сиромаштва, који се заснива на поређењу са другима. Релативно сиромаштво се изражава се у односу на просечан национални животни стандард, при чему се релативна граница утврђује као проценат у односу на медијану или просечан доходак домаћинства. Концепт релативног сиромаштва везује се за развијене земље и подразумева да сви људи треба да учествују у богатству друштва.

Мерење сиромаштва

Сиромаштво је комплексан појам који укључује разне димензије па је и само мерење сиромаштва комплексно. Циљ мерења сиромаштва је да утврди његове размере као и да укаже на озбиљност проблема сиромаштва а самим тим и усмери пажњу креатора политике. Различите методе користе се за мерење апсолутног и релативног сиромаштва. Приликом мерења апсолутног сиромаштва најпре треба утврдити линију апсолутног сиромаштва. Ова линија у Републици Србији израчуната је 2006. године на основу тадашње анкете о потрошњи домаћинства, уз помоћ нутриционистичких стандарда за исхрану и одговарајућег удела непрехрамбене робе. Тадашњи износ за еквивалентног одраслог (први одрасли у домаћинству) био је 6.411. динара месечно. Линија сиромаштва у наредним годинама рачунала се индексацијом линије из 2006. године, индексом цена на мало (Републички завод за статистику).

Као најједноставнија мера појављује се број сиромашних (*head count*-HC). Број сиромашних је одређен бројем индивидуа чији је доходак мањи од израчунате линије сиромаштва. Када се број сиромашних подели са бројем становника добија се стопа сиромаштва (*head count ratio*-HCR) тј. удео сиромашних у укупном становништву. Дубина сиромаштва (јаз сиромаштва) повезује колико је његова потрошња испод линије сиромаштва. Дубина сиромаштва мери дефицит сиромаштва целе популације Ова мера показује висину средстава по становнику коју би требало поделити сиромашнима како би се сиромаштво искоренило. Као још један показатељ користи се и оштрина сиромаштва која употпуњује слику о сиромаштву јер показује колико су сиромашни „сиромашни“. То је индикатор који узима у обзир то што се неки сиромашни налазе дубље у сиромаштву од других, односно даље испод линије сиромаштва од других.

Све до 2010. године сиромаштво у Србији се пратило у оквиру концепта апсолутног сиромаштва, да би се у Првом извештају о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва по први пут применио концепт релативног сиромаштва и мерење на основу индикатора ЕУ. Најчешће коришћен индикатор релативног (доходовног) сиромаштва је стопа ризика сиромаштва. Стопа ризика сиромаштва представља удео лица чији је доходак по потрошачкој јединици након социјалних трансфера нижи од 60% медијане националног дохотка по потрошачкој јединици. Дати проценат медијане дохотка представља праг/линију ризика сиромаштва. Појединци

који имају мање од 60% медијане дохотка су у ризику сиромаштва (Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва, 2014). Осим стопе ризика сиромаштва користе се још два индикатора: стопа ризика сиромаштва пре социјалних трансфера и стопа сталног ризика сиромаштва.

Сиромаштво и социјална искљученост

Од како је сиромаштво постало мултидимензионални феномен долази до извесног преклапања појма сиромаштва са појмом социјалне искључености. Социјална искљученост је последњих година постала доста актуелна тема, али сам концепт још увек није емпиријски разрађен. Социјална (друштвена) искљученост је на нивоу земаља чланица ЕУ, дефинисана као процес у коме су одређени појединци/ке гурнути на маргине друштва и спречени да својим пуним капацитетима учествују у економским, друштвеним и културним токовима. Искљученост може настати услед сиромаштва или недостатка основних знања и могућности за доживотно учење, или је пак резултат дискриминације (Влада Републике Србије, 2010). Однос сиромаштва и социјалне искључености је двосмеран, сиромаштво може да проузрокује социјалну искљученост, док са друге стране и социјална искљученост може проузроковати сиромаштво. Руралне заједнице се чешће сусрећу са проблемом социјалне искључености јер становници урбаних подручја добијају већу пажњу власти. Главна разлика између социјалне искључености у руралним и урбаним подручјима произилази из неповољне економске структуре, ниске насељености, просторне удаљености, друштвеног односа према руралним областима и социјалне хетерогености руралних подручја (Богданов, 2016).

Анализа сиромаштва у Републици Србији

Сиромаштво у нашој земљи се као проблем јавило почетком деведесетих година. Током деведесетих година Србија је доживела економски и социјални крах, дошло је до драстичног пада бруто домаћег производа, раста незапослености и пада запослености, пада зарада, санкција, ратова и распада тржишта. Овome треба придодати криминал, корупцију, бујање неформалног сектора итд. Сиромаштво је дошло до изражаја током периода транзиције. За сиромаштво често кажу да је оно рурални

феномен, и да је раст сиромаштва у Србији управо подстакнут сиромаштвом руралних подручја. Имајући у виду да се економска криза рефлектује на запосленост у неформалном сектору који је врло заступљен у руралној економији, тренд раста сиромаштва на селу се продужава.

Сиромаштво се у Србији до 2010. године пратило концептом апсолутног сиромаштва, а од 2010. године у Првом извештају о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва по први пут се применио концепт релативног сиромаштва и мерење на основу индикатора ЕУ. Подаци о апсолутном сиромаштву по потрошњи су последњи пут званично објављени 2010. године - од тада се више не прате у оквиру званичне статистике упркос чињеници да су уврштени међу национално специфичне показатеље финансијског сиромаштва (Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва, 2014).

Приликом анализе сиромаштва неопходно је најпре одредити линију сиромаштва. Линија апсолутног сиромаштва је расла у периоду од 2014-2017. године, да би последње године износила 12,045 хиљада динара.

Табела 1. Линија апсолутног сиромаштва у Републици Србији у периоду од 2013-2018. године

	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.
Линија сиромаштва РСД месечно по потрошачкој јединици	11.020	11.340	11.556	11.694	12.045	12.286
Стопа сиромаштва (P0) у %	7,4	7,6	7,4	7,3	7,2	7,1

Извор: Анкета о потрошњи домаћинства, РЗС

Стопа сиромаштва је у свим годинама била на приближно истом нивоу, око 7%, односно 7% становништва имало је потрошњу мању од линије сиромаштва.

Због прилагођавања методологији Европске Уније код нас се од 2010. године сиромаштво прати концептом релативног сиромаштва. Многи сматрају да се сиромаштво реалније сагледава путем концепта апсолутног сиромаштва због тога што концепт релативног сиромаштва није најпогоднији за праћење кретања стопе ризика сиромаштва током времена. У табели 2. приказани су подаци о линији сиромаштва и стопи сиромаштва према концепту релативног сиромаштва.

Табела 2. Линија релативног сиромаштва у Републици Србији у периоду од 2013-2018. године

	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.
Линија сиромаштва РСД месечно по потрошачкој јединици	13196	13.934	14.297	14.954	15.690	15.657
Стопа сиромаштва (P0) у %	15,2	14,9	12,2	12,9	14,5	14,6

Извор: Анкета о потрошњи домаћинства, РЗС

Линија релативног сиромаштва рачуна се као 60% у односу на медијану, а путем овог концепта мерења, најнижа стопа забележена је 2015 године (12,2%), да би последње посматране године порасла за око 2 процентна поена.

Највећи део сиромашних живи у руралним подручјима, и то су обично људи који живе у забаченим и удаљеним подручјима. Фактори који утичу на рурално сиромаштво су (Богданов, 2016):

1. Дискриминација по основу пола, расе, етничке припадности;
2. Политичка нестабилност и грађански сукоби;
3. Лоше дефинисане економске политике које дискриминишу сиромашног сељака и искључују из процеса развоја;
4. Високи демографски раст;
5. Климатске промене и демографске катастрофе;
6. Економски положај земље и глобализација.

Сиромаштво према типу насеља

Републички завод за статистику класификује насеља на урбана и остала, где се под појмом остала насеља подразумевају рурална насеља. Број сиромашних у периоду од 2013-2015. године је варирао, али приметно је да се након 2015. године бележи пад броја сиромашних. У свим посматраним годинама број сиромашних у осталим подручјима је већи него у градским подручјима. У 2018. години од укупног броја сиромашних (466,8 хиљада), 278,5 хиљада живи у осталим (руралним) подручјима. Приметно је и да се у посматраном периоду од 2014. године полако смањује број сиромашних у осталим подручјима.

Стопе сиромаштва су двоструко веће у осталим подручјима него у градским. Највећа стопа сиромаштва у осталим подручјима забележена је 2014 године (10,9%) и та стопа се последње године смањила за само 0,5 процентних поена.

Ово указује да је сиромаштво, претежно рурални феномен и да се чешће јавља код руралног него код градског становништва. Основни узрок руралног сиромаштва у Србији је висока зависност руралне економије од пољопривреде, неповољна образовна и старосна структура сеоског становништва и недовољно диверсификована привредна структура. Сеоско становништво које је највише изложено сиромаштву јесу пољопривредници у брдским и планинским пределима, запослено рурално становништво које нема приход од пољопривреде, руралне жене, старачка домаћинства као и интерно расељена лица (Богданов, 2016). Овако изражена разлика у броју сиромашних у руралним и урбаним подручјима је карактеристика неразвијених земаља, јер је се таквим земљама модернији и развијенији сектори привреде налазе у градовима а пољопривреда заостаје. Дубина сиромаштва у градским подручјима је била знатно мања него у осталим подручјима. У осталим подручјима дубина сиромаштва је варирала, у 2018. се није променила у односу на претходну годину и износила је 1,8%, што значи да би из бруто друштвеног производа земље требало издвојити 1,8% и ако би таргетираност овог трансфера била перфектна, сва лица у осталим подручјима би се нашла изнад линије сиромаштва. Дубина сиромаштва у нашој земљи показује да су сиромашни умерено сиромашни, односно да се њихова лична потрошња налази на малој удаљености од линије сиромаштва.

Табела 3. Сиромаштво према типу насеља у Републици Србији у периоду од 2013-2018 године

		2013	2014	2015	2016	2017	2018
Број становника	укупно	7.096.115	7.064.646	6.927.866	6.755.343	6.658.751	6.587.320
	градско подручје	4.202.798	4.238.306	4.113.949	3.992.283	3.938.150	3.914.664
	остало подручје	2.893.317	2.826.339	2.813.917	2.763.060	2.720.601	2.672.656
Број сиромашних	укупно	524.908	534.044	515.663	492.306	479.109	466.802
	градско подручје	222.514	226.033	221.374	201.699	194.131	188.255
	остало подручје	302.394	308.011	294.289	290.607	284.978	278.547
Стопа сиромаштва	укупно	7,4	7,6	7,4	7,3	7,2	7,1
	градско подручје	5,3	5,3	5,4	5,1	4,9	4,8
	остало подручје	10,5	10,9	10,5	10,5	10,5	10,4

Извор: Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва

Табела 4. Дубина и оштрина сиромаштва према типу насеља у Републици Србији у периоду од 2013-2018. године

		2013	2014	2015	2016	2017	2018
Дубина (јаз) у %	укупно	1,6	1,4	1,2	1,2	1,1	1,2
	градско подручје	1,1	1,0	1,0	0,8	0,7	0,7
	остало подручје	2,2	1,9	1,5	1,7	1,8	1,8
Оштрина у %	укупно	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
	градско подручје	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
	остало подручје	0,8	0,6	0,5	0,7	0,6	0,6

Извор: Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва

Дакле, сви подаци указују на то да је најсиромашније становништво рурално становништво, то се може објаснити и чињеницом да је раст реалних зарада запослених и пензија које чине доминантан извор прихода становништва у урбаним срединама био релативно већи у односу на раст других извора прихода, али и израженим тешкоћама у заживљавању модерне институционалне праксе тамо где преовлађују традиционални културни обрасци (Стратегија за смањење сиромаштва у Републици Србији, 2003). Положај сеоског подручја, па и многих варошица додатно је погоршан негативним демографским кретањима која су довела до старења становништва, па у многим руралним домаћинствима живе искључиво стара лица чија је продуктивност мања од просечне и која заостају у задовољењу потреба.

Сиромаштво по регионима

Када се посматра регионални аспект сиромаштва, присутне су веома изражене разлике. Србија има највеће развојне разлике међу регионима као и веома висок степен поларизације и концентрације становништва и активности. Београдски регион је од свих великих региона натпросечно развијен (има БДП по становнику изнад републичког просека). Регион Војводине, Шумадије и Западне Србије као и регион Јужне и Источне Србије исподпросечно су развијени (Вујовић 2016). Процес транзиције, интензивирање реструктурирање националне економије, демографско пражњење и неадекватна образовна и квалификациона структура становништва, још више су продубили постојеће економске разлике међу регионима (Рогановић, 2017).

Табела 5. Сиромаштво по регионима у Републици Србији у периоду од 2013-2018. године

		2013	2014	2015	2016	2017	2018
Број сиромашних	Београдски регион	83.281	64.680	62.377	62.687	60.137	59.494
	Регион Војводине	100.175	129.946	118.961	110.746	107.593	102.843
	Регион Шумадије и Западне Србије	127.479	135.285	126.581	126.488	131.062	127.648
	Регион Јужне и Источне Србије	213.973	204.133	207.744	192.385	180.317	176.817
	Централна Србија	341.452	339.418	334.325	318.873	311.379	304.465
	Београдски регион	4,9	4,0	3,9	4,0	4,0	3,9
	Регион Војводине	5,2	6,8	6,5	6,3	6,2	6,0
Стопа сиромаштва	Регион Шумадије и Западне Србије	6,3	6,7	6,6	6,6	6,8	6,6
	Регион Јужне и Источне Србије	14,7	13,5	13,1	12,8	12,1	11,9
	Централна Србија	9,8	9,6	9,6	9,3	9,1	9,1

Извор: Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва

Посматрано по регионима, најсиромашније становништво живи у региону Јужне и Источне Србије. Број сиромашних у овом региону је скоро три пута већи него број сиромашних у београдском региону. Број сиромашних у региону Јужне и Источне Србије је у свим посматраним годинама највећи, с тим да се у последњим годинама тај број полако смањује. Стопа сиромаштва у овом региону, убедљиво је највећа, у 2013. години износила је 14,7% (табела 5), а у 2018 се смањила за 2,8%. Осим тога, у овом региону забележена је екстремно висока разлика у сиромаштву урбаног и руралног подручја. Регион Јужне и Источне Србије

је најнеразвијенији регион, БДП по становнику је 2016. године износио 392 хиљ. динара (РЗС).

На другом месту по броју сиромашних налази се регион Шумадије и Западне Србије, али посматрано по годинама, у односу на 2013. годину није било знатнијег пада броја сиромашних у 2018. години, док се у региону Јужне и Источне Србије последњих година тај број смањило. Стопа сиромаштва у овом региону, скоро дупло је мања у односу на најнеразвијенији регион Србије, и у свим годинама кретала се око 6 до 7%. Повољнија ситуација је у региону Војводине, што се донекле може објаснити и тиме што већи број домаћинстава има приходе изван пољопривреде.

Највећи јаз сиромаштва присутан је у региону Јужне и Источне Србије, те да би се елиминисало сиромаштво у овом региону према подацима из 2018. требало би издвојити 1,6% бруто друштвеног производа (табела 5), док је 2013. године требало издвојити 2,8%. Оштрина сиромаштва је блага у свим регионима, те се може закључити да је и поред високе присутности оно скромно.

Табела 6. Дубина и оштрина сиромаштва по регионима у Републици Србији у периоду од 2013-2018. године

		2013	2014	2015	2016	2017	2018
Дубина (јаз) у %	Београдски регион	1,2	0,8	1,0	1,0	0,8	0,6
	Регион Војводине	1,5	1,5	1,7	1,6	1,4	1,1
	Регион Шумадије и Западне Србије	1,1	0,8	1,0	0,7	1,6	1,3
	Регион Јужне и Источне Србије	2,8	2,6	1,0	1,6	0,7	1,6
	Централна Србија	1,8	1,6	1,0	1,1	1,2	1,5
Оштрина у %	Београдски регион	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
	Регион Војводине	0,7	0,5	0,6	0,6	0,6	0,3
	Регион Шумадије и Западне Србије	0,3	0,2	0,3	0,2	0,6	0,4
	Регион Јужне и Источне Србије	0,8	0,7	0,3	0,6	0,1	0,5
	Централна Србија	0,5	0,4	0,3	0,4	0,4	0,5

Извор: Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва

Сиромаштво према типу домаћинства

У свим посматраним годинама, са повећањем броја чланова домаћинства расте угроженост сиромаштвом. Стопа сиромаштва шесточланих породица у 2015. години износила је скоро 16% (табела 7). Шесточлане (и више) породице имају у просеку троструко већу стопу сиромаштва у односу на једночлане породице. Поменута разлика у сиромаштву је последица различитог односа броја чланова који имају сопствене приходе и броја незапослених/неактивних чланова без прихода, који је неповољнији у вишечланим домаћинствима због већег броја деце или неактивних старих лица без прихода (Тим за социјално укључивање, 2014). Вишечлана домаћинства карактеристична су за рурална подручја. Позитивни резултати у погледу смањења сиромаштва вишечланих породица које су код нас најугроженије, могу се видети у 2018. години где се стопа сиромаштва ових породица у односу на претходну годину смањила за 5,4 процентних поена.

Стопе сиромаштва у 2018. години у односу на претходну (2017) годину повећале су се код двочланих, трочланих и четворочланих домаћинстава, док је код осталих присутно смањење, тако се код двочланих домаћинстава стопа сиромаштва повећала за 2,6%.

Табела 7. Стопе сиромаштва према типу домаћинства у Републици Србији у периоду од 2013-2016. године

Тип домаћинства %	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Једночлана	5,4	3,9	7,9	5,8	5,3	4,3
Двочлана	5,7	5,8	6,7	7,3	5,5	8,1
Трочлана	4,5	5,0	5,1	5,9	4,8	7,0
Четворочлана	4,5	6,0	3,9	5,6	4,1	4,9
Петочлана	11,6	8,9	8,7	7,3	10,6	8,1
Шесточлана и више	14,0	15,4	15,8	12,1	15,2	9,8

Извор: Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва

Сиромаштво према годинама старости

Посматрано по годинама старости највеће стопе сиромаштва су присутне код деце и одраслих од 19-24 година старости. Узрок овоме је то што се деца и омладина школују и не остварују сопствене приходе, па их родитељи издржавају и због тога су њихова домаћинства сиромашнија. Деца до 13 година, су смањила стопу сиромаштва у 2018. години за

1,4% (табела 8), а деца од 14-18 година за 2,4%, док се стопа сиромаштва одраслих од 19-24 године смањила за само 0,4% и од 2013. године није присутно значајно смањење ове стопе.

Може се приметити да су најниже стопе сиромаштва присутне код старији од 65 година, јер они примају пензије па су донекле заштићени од сиромаштва, њихове стопе сиромаштва су мање од радно активних људи. У руралним подручјима старачка домаћинства су ипак посебно угрожена, јер уколико живе само од пољопривредне пензије без пензије из других сектора неће имати довољно примања за одрживу егзистенцију.

Табела 8. Проценат сиромашних према годинама старости у Републици Србији у периоду од 2013-2018. године

Године старости, %	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Деца до 13	10,4	10,5	9,9	8,4	9,1	7,6
Деца 14 - 18	8,8	9,9	10,6	8,5	10,6	8,2
Одрасли 19 - 24	9,3	9,4	8,0	8,4	9,0	8,6
Одрасли 25 - 45	6,6	7,2	7,0	6,4	6,0	5,6
Одрасли 46 - 64	6,9	6,5	6,8	7,0	6,7	6,8
Стари 65 и више	6,4	6,5	8,9	7,4	7,0	7,9

Извор: Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва

Сиромаштво према степену образовања

Образовање игра важну улогу у животу свих људи. Образовање је витални услов за напредак нације као привреде и друштва у целини. У исто време, образовање је такође од виталног значаја за појединце из перспективе њиховог личног и професионалног развоја и добробити. Штавише, образовање је основно људско право. Међутим, редовно смо сведоци недостатака образовања многе деце, често зато што су сиромашна, припадају одређеној етничкој групи и слично. Образовни систем формирају и служе групе које настоје да репродукују исту расподелу моћи. Ипак, борба за праведније друштво и праведније образовање не би требало да престане. Морамо проценити тренутно стање, анализирати га, предложити нове мере и акције, спровести их и следити их. Морамо разумети разлоге због којих деца не похађају школе. Ако је то због чињенице да родитељи немају новац за куповину књига, одеће и / или оброка за њихову децу то треба да знамо и успоставимо ефикасна

и ефикасна финансијска и социјална средства која ће им помоћи. Ако је разлог суптилнији од недовољних материјалних средстава, попут недостатка културног капитала то бисмо требали знати и пронаћи начине реструктурирања и рекрутације (UNICEF, 2015).

Низак ниво образовања по правилу води већем сиромаштву, што значи да ниво образовања има директан утицај на сиромаштво, па је тако стопа сиромаштва у оним домаћинствима у којима носиоц није завршио основну школу врло висока. Овако високе стопе сиромаштва у овим домаћинствима немају тенденцију опадања, судећи по податку из 2018. године, када се стопа сиромаштва повећала за 2,8 процентних поена у односу на 2017. Са већим степеном образовања долази до опадања стопе сиромаштва. У најповољнијем положају су домаћинства чији носиоц има завршену високу школу, и у таквим домаћинствима нема сиромашних (према подацима из 2018. године).

Табела 9. Стопе сиромаштва према степену образовања у Републици Србији у периоду од 2013-2018. године у Републици Србији

Образовање носиоца домаћинства, %	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Незавршена основна школа	20,5	18,8	21,8	19,0	18,5	21,3
Основна школа	13,8	14,9	11,8	12,2	14,8	12,7
Средња школа	4,5	4,8	5,6	5,5	4,4	5,0
Виша школа	2,0	0,7	2,5	2,5	2,3	2,2
Висока школа	1,1	0,7	0,5	0,5	1,1	-

Извор: Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва

Посебно је неповољна образовна структура у селима, где многи млади одлазе са села у потрази за бољим животом. Миграције са села доводе до напуштања пољопривреде, деградације земљишта и губитка културних вредности. Младима на селу отежано је образовање, приступ тржишту, могућности запошљавања и бројне друге ствари. Образовање сеоског становништва у Србији је занемарено. Сеоска деца суочавају са озбиљним препрекама у приступу школама, које се тичу удаљености школа и непостојања превоза. Сеоска деца понекад на путо до школе и од школе проводе више сати времена, што им у комбинацији са осталим активностима не оставља ни мало слободног времена.

Јасна је слика да је образовање сеоског становништва у Србији занемарено и да је квалитет образовања сеоског становништва далеко нижи од Републичког стандарда. Ова чврста релација између нивоа об-

разованости и сиромаштва јасно указује на то да је подизање квалификованости запослених, посебно оних на најнижим степенима лествице, непосредан и ефикасан начин смањења сиромаштва у Србији. Макар као први корак Србија би морала да обезбеди да сва деца заврше основну школу, што је и вишедеценијска законска обавеза која се не остварује.

Сиромаштво према социо-економском положају носиоца домаћинства

У периоду до 1990. године повећаван је број запослених. Тада је завршен период капиталног и радно интензивног индустријског развоја. Почетком 1990-тих наступа криза, увођењем санкција нагло опада економска активност и све то прати нагли пад броја запослених. Пад запослености наставља се и у наредним годинама када наступа још једна криза 2008. године. Са почетком економске кризе 2008–2009, еластичност запослености у односу на БДП постаје позитивна и већа од 1 – другим речима, пад БДП-а био је праћен још снажнијим падом запослености. Пад БДП-а у Србији је током кризе био праћен знатно већим падом запослености него у многим другим земљама Централне и Источне Европе (Андрић и Молнар, 2017). Дакле, Србија има проблем незапосленост дуги низ година, а на такву ситуацију утицали су следећи фактори: светска економска криза која доводи до смањења тражње за радом; домаће околности као што су макроекономска политика, слабост државне управе и регулаторни проблеми; политике и институције повезане са тржиштем рада. Ово све резултовало је смањењем друштвеног производа, губитком људског капитала, сиромаштвом као и бројним социјалним и друштвеним проблемима (УСАИД, 2012). Евидентно је да је поред степена образовања, статус на тржишту рада фактор који детерминише сиромаштво. У посматраном периоду стопе сиромаштва су највише код незапослених носиоца домаћинства. Стопа сиромаштва је код ових лица у 2017. години износила високих 23,8%, што је уједно и највиша стопа достигнута у целокупном шестогодишњем посматраном периоду. На другом месту по висини стопе сиромаштва налазе се samozапослени, чија стопа сиромаштва има тенденцију благог смањења. Приметно је и да се стопа сиромаштва код пензионера у 2018. години повећала и износила 7,4%.

Табела 10. Стопе сиромаштва према социо-економском положају носиоца домаћинства у Републици Србији у периоду од 2013-2018. године

Социо-економски положај носиоца домаћинства, %	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Самозапослени	8,1	9,7	10,1	8,4	6,4	6,6
Запослени	3,6	3,2	3,4	2,8	3,5	3,1
Незапослени	18,0	21,8	19,0	22,5	23,8	20,6
Пензионери	6,3	6,3	6,2	6,3	6,8	7,4
Остали неактивни	22,4	16,6	21,7	20,4	13,8	23,6

Извор: Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва

Мерење неједнакости

Мерење неједнакости представља врло комплексан процес. Приликом мерења неједнакости треба правити разлику између економске и друштвене неједнакости. Економска неједнакост се користи да се прикажу разлике у приходима, односно економске неједнакости указују на разлику између сиромашних и оних који то нису. Друштвене неједнакости представљају шири појам од економских, и поред економских укључују и разлике у погледу друштвене моћи. Као два најједноставнија индикатора за мерење неједнакости користе се Гини коефицијент и Квинтилни однос. Гини коефицијент је нумерички показатељ неравномерности расподеле дохода (Богданов, 2016). Вредност овог коефицијента може се кретати између нуле и јединице. Уколико је реч о нули, у питању је идеално друштво у којем су приходи и богатство државе равномерно распоређени међу становницима, док јединица представља супротну ситуацију, односно друштво у којем једна особа поседује целокупно богатство земље.

Из табеле 11 видимо да се Гини коефицијент креће у распону од 0,24-0,8 што указује да је неједнакост у потрошњи умерена. Наша земља има значајно већи Гини коефицијент, од просечног износа 28 земаља Европске Уније (Арандаренко и сар., 2017).

Табела 11. Гини коефицијент у периоду од 2013-2018. по регионима у Републици Србији

ГИНИ коефицијент	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.
Република Србија	0,27	0,27	0,26	0,26	0,26	0,28
Београдски регион	0,27	0,27	0,27	0,28	0,26	0,26
Регион Војводине	0,25	0,26	0,27	0,26	0,26	0,28
Регион Шумадије и Западне Србије	0,25	0,25	0,24	0,25	0,26	0,29
Регион Јужне и Источне Србије	0,26	0,26	0,24	0,25	0,24	0,28

Извор: РЗС

Фактори смањења сиромаштва

Смањење сиромаштва у Србији заснива се на постизању довољно високог нивоа одрживог привредног раста, уз напоре да се неједнакост у расподели националног дохотка не погоршава. Постизање социјалне и економске стабилности предуслов је за достизање овог циља (Влада Републике Србије, 2003).

Пораст запослености

Стање на тржишту рада у Републици Србији знатно је побољшано, смањена је стопа незапослености и повећана је стопа запослености, број запослених лица је порастао, што је праћено смањењем броја незапослених и неактивних лица. Примећен је и раст основних макроекономских показатеља (раст БДП-а, ниска и стабилна инфлација, текући дефицит платног биланса, смањење јавног дуга, прилив страних директних инвестиција). Међутим и поред побољшања стања, стање на тржишту рада је и даље лоше, и у великој мери заостаје за земљама ЕУ (Трећи национални извештај о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији, 2018). Национални оквир политике запошљавања чине два закона: Закон о запошљавању и осигурању за случај незапослености (Службени гласник РС, бр. 113/17) и Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом (Службени гласник РС, бр. 32/13), усвојени 2009. године. Изменама и допунама Закона о запошљавању и осигурању за случај незапослености омогућено је укључивање и запослених лица у програме стицања додатних знања и вештина који су од значаја за одржање запослења; омогућено је укључивање већег броја незапослених лица у јавне радове; предвиђена је обавеза континуираног стручног усавршавања и оспособљавања запослених у Националној служби за запошљавање; детаљније су прецизиране одговорности према лицима којима су агенције посредовале за запошљавање у иностранству (Трећи национални извештај о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији, 2018).

У Националном акционом плану запошљавања дефинисани су циљеви политике запошљавања:

1. спречавање великог раста незапослености;
2. смањење опште стопе неактивности и повећање стопе запосле-

- ности: - јачање улоге политике запошљавања; - повећање приступа тржишту рада за Роме;
3. смањење дуалности на тржишту рада;
 4. унапређење положаја младих на тржишту рада.

Реформа система образовања

Системом предшколског васпитања и образовања у Републици Србији у 2017. години било је обухваћено 212.719 деце узраста од 6 месеци до 6,5 година. Број ученика у основном образовању услед негативног демографског тренда се и даље смањује. У 2017. години у основном образовању налази се 539.147 ученика. Стопа завршавања основне школе према подацима Републичког завода за статистику у 2017. години износила је 94,3%. Деца која најчешће напуштају основно школовање су деца из маргинализованих група (Роми), који школовање или не настављају или настављају у школама за образовање одраслих. Број ученика у средњим школама није се знатно променио протеклих година, али може се приметити да се број ученика благо повећава у гимназијама а смањује у уметничким школама. У нашој земљи средње образовање још увек није обавезно, иако је Стратегијом развоја образовања предвиђено увођење обавезног средњег образовања. Обухват деце средњим образовањем је 90% у 2016. години и обухват девојчица је већи него дечака. Проценат похађања средњошколског образовања је мањи међу децом из осетљивих група. Када је реч о високом образовању, број младих укључених у систем високог образовања у 2017. години је 256.172. Високим образовањем је обухваћено 39% младих узраста од 19 до 24. године у 2016. години. Иако је обухват високим образовањем значајан, забрињава податак да је стопа завршавања високог образовања изузетно ниска (Трећи национални извештај о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији, 2018).

Стратегија развоја образовања у Србији до 2020. године, усвојена је 2012. године, а Акциони план за реализацију циљева дефинисаних стратегијом донет је 2015. године. Акционим планом су конкретизоване политике, акције и мере за достизање утврђених циљева развоја образовања, као и показатељи напретка и начин праћења спровођења стратешких мера. Усвојен је и нов Закон о основама система образовања и васпитања у септембру 2017. године. Нови закон је задржао кључне

принципе који гарантују равноправност и доступност квалитетном образовању, без дискриминације по било ком основу и прецизније дефинисао најважније механизме преко којих се остварује право на квалитетно образовање. Закон предвиђа да су држављани Републике Србије једнаки у остваривању права на образовање и васпитање (Трећи национални извештај о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији, 2018). Главни циљеви дугорочног развоја образовања, према Стратегији развоја образовања у Србији до 2020 су:

1. повећање квалитета процеса и исхода образовања до максимално достижног нивоа – нивоа који проистиче из укупних научних сазнања и угледа образовне праксе;
2. повећање обухвата становништва Републике Србије на свим образовним нивоима, од предшколског васпитања и образовања до стварања услова за целоживотно учење;
3. достизање и одржавање релевантности образовања тако што ће се структура система образовања усагласити са непосредним и развојним потребама појединца, економског, културног, истраживачког образовног, јавног, административног и других система;
4. повећање ефикасности употребе ресурса образовања, односно завршетак образовања у предвиђеном року, са минималним пропустом трајања и смањеним напуштањем школовања

Мере социјалне политике

Новчана давања социјалне заштите су социјална помоћ и дечији додатак. Новчана социјална помоћ (НСП) је давање типа минималног дохотка. Износи помоћи представљају допуну дохотка до законски дефинисаног нивоа, разликују се у зависности од величине и старосне структуре домаћинства и усклађују се са индексом потрошачких цена два пута годишње. Домаћинства у којима су сви чланови неспособни за рад и једнородитељске породице остварују право на увећани НСП, виши за 20%. За породицу преко шест чланова износи помоћи се не повећавају, а домаћинства у којима је већина чланова способна за рад не могу да остваре право дуже од девет месеци у току једне календарске године. Право на новчану социјалну помоћ 2017. године остварује преко 104 хиљаде домаћинстава, са преко 260 хиљада одраслих лица и деце –

3,7% укупног броја становника (Трећи национални извештај о социјалном укључивању и смањењу сиромаштва у Републици Србији, 2018). Право на новчану социјалну помоћ припада појединцу, односно породици, који својим радом, приходима од имовине или из других извора остварују приход мањи од износа новчане социјалне помоћи утврђеног Законом о социјалној заштити. Основни циљеви социјалне заштите који се налазе у стратегији развоја социјалне заштите су:

5. достићи, односно одржавати минималну материјалну сигурност и независност појединца и породице у задовољавању животних потреба;
6. обезбедити доступност услуга и остваривање права у социјалној заштити;
7. створити једнаке могућности за самосталан живот и подстицати на социјалну укљученост;
8. очувати и унапредити породичне односе, као и унапредити, родну и међугенерациску солидарност;
9. предупредити злостављање, односно отклонити њихове последице.

Закључак

Сиромаштво је феномен са којим се суочава велики број земаља и сиромаштво временом постаје озбиљан проблем, и као такав захтева врло озбиљан приступ његовом ублажавању и евентуалном елиминасању. За праћење сиромаштва користи се концепт апсолутног и концепт релативног сиромаштва.

Оно што је карактеристично за неразвијене земље, као и земље у развоју, је висока стопа сиромаштва руралног становништва. У нашој земљи стопе сиромаштва су далеко веће у руралним подручјима у односу на градска подручја, у 2018. години стопа сиромаштва у сеоским подручјима је била већа за 5,6 процентних поена у односу на урбана подручја. У руралним подручјима присутна је висока зависност од пољопривреде, неповољна старосна и образовна структура становништва, недовољно је диверзификована економија, па се високе стопе сиромаштва, једним делом, могу приписати овим факторима. Дубина сиромаштва у Републици Србији указује да су сиромашни у нашој земљи умерено сиромашни, њихова лична потрошња се налази на малој удаљености од линије сиромаштва, с тим да је дубина сиромаштва знатно мања у оста-

лим подручјима. У нашој земљи присутне су јако изражене регионалне разлике, па у складу са тим, најсиромашнији живе у најнеразвијенијем региону, региону Јужне и Источне Србије, где је број сиромашних тро-струко већи него у београдском региону. Ако изузмемо београдски регион, Војводина је у најбољем положају што се тиче броја и стопе сиромашних, јер велики број домаћинстава има приходе ван пољопривреде, па тако је њихова зависност од пољопривреде знатно мања од становника осталих региона. Са аспекта броја чланова домаћинства, уочено је да се са повећањем броја чланова домаћинства повећава угроженост сиромаштвом. Најсиромашније су шесточане породице, карактеристичне за рурална подручја, које имају у просеку троструко већу стопу сиромаштва него једночлане породице. Према годинама старости, највеће стопе сиромаштва присутне су код деце и омладине од 19-24 година, што се може објаснити чињеницом да су деца и омладина углавном на школовању и не остварују никакве приходе. Као један од важних фактора који доводе до сиромаштва истиче се степен образовања. Утврђено је да низак ниво образовања води већем сиромаштву, дакле, ниво образовања има директан утицај на сиромаштво. Најгора је ситуација у селима, одакле млади често мигрирају у градове где се школују и траже бољи живот и обично након завршетка школовања тамо и остају. Квалитет сеоског образовања знатно је нижи од републичког просека. Осим степена образовања, важан фактор који доприноси сиромаштву је статус на тржишту рада. Стопе сиромаштва највише су код незапослених (у 2018. години стопа је износила 23,8%).

За мерење неједнакости у популацији користи се гини коефицијент, и његове вредности у Републици Србији крећу се од 0,2-0,8 што указује на то да је потрошња у нашој земљи умерена, али ипак Србија има знатно већи коефицијент од земаља Европске Уније.

Повећање запослености, реформа система образовања као и мере социјалне политике требало би да допринесу смањењу сиромаштва, а на дуге стазе и елиминисању сиромаштва.

Литература:

1. Unicef. (2015). *Child Poverty in Serbia*. Преузето Јануар 5, 2020 са Unicef Serbia: <https://www.unicef.org>
2. USAID. (2012). *Проблем незапослености у Србији*. USAID Srbija.

3. Арадаренко, М., Крстић, Г., & Жарковић Ракић, Ј. (2017, Новембар). *Доходна неједнакост у Србији*. Преузето Фебруар 23, 2020 са Friedrich-Ebert-Stiftung: <https://library.fes.de/>
4. Богданов, Н. (2015). *Рурални развој и рурална политика*. Београд: Пољопривредни факултет Универзитета у Београду.
5. Влада Републике Србије. (2003). *Стратегија за смањење сиромаштва у Србији*. Преузето Јануар 17, 2020 са https://www.srbija.gov.rs/extfile/sr/211704/strategija-za-smanjenje-siromastva-u-srbiji_cyr.pdf
6. Влада Републике Србије. (2010). *Праћење социјалне укључености у Србији*. Преузето Фебруар 19, 2020 са <http://socijalnoukljucivanje.gov.rs/wp-content/uploads/2014/04/Pregled-stanja-socijalne-ukljucenosti-u-Srbiji-jul-2010.pdf>
7. Вујошевић, М. (2016). Криза стратешког истраживања, мишљења и управљање у Србији: Отворена питања управљања територијалним капиталом на локалном и регионалном нивоу. Како је Београд потчинио периферију Србије? У С. Вујовић, *Социологија руралног развоја* (стр. 621-635). Београд.
8. Гиденс, Е. (2007). *Социологија*. Београд: Економски факултет.
9. Деветаковић, С., Гавриловић, Б., & Рикаловић, Г. (2016). *Национална економија*. Београд: Економски факултет.
10. Закон о запошљавању и осигурању за случај незапослености. (.). *Сл. гласник Републике Србије бр. 36/2009, 88/2010, 38/2015 и 113/2017* - др. закон.
11. Закон о основама система образовања и васпитања. (.). *Сл. гласник Републике Србије, бр. 88/2017, 27/2018* - др. закон, *10/2019, 27/2018* - др. закон и *6/2020*.
12. Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом. (.). *Сл. гласник Републике Србије, бр. 36/2009 и 32/2013*.
13. Јандрић, М., & Молнар, Д. (2017). Квалитет запослености и тржиште рада у Србији. *Friedrich Ebert Stiftung*.
14. Јелић, С., & Јовановић, Т. (2011). Рурално становништво и сиромаштво у Србији. *Економика пољопривреде, LVIII (Специјални број - 2)*.
15. Матковић, Г. (2014, Мај). Мерење сиромаштва - теоријски концепти, стање и препоруке за Републику Србију. Београд. Преузето Фебруар 8, 2020 са <http://socijalnoukljucivanje.gov.rs/>
16. Рогановић, М. (2017). *Анализа проблема сиромаштва у Републици Србији-узроци, последице и могућности отклањања*. Докторска дисертација, Универзитет Привредна академија у Новом Саду, Факултет за инжењерски менаџмент.
17. Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва. (2018). *Апсолутно сиромаштво - база података*. Београд. Преузето Јануар 27, 2020 са <http://socijalnoukljucivanje.gov.rs>

Sreten Jelic, Tatjana Jovanovic, Emilija Lepojevic¹⁴

RURAL POVERTY IN THE REPUBLIC OF SERBIA

Abstract:

Almost all countries in the world, as well as our country, face poverty. One part of the population of Serbia is poor, especially in rural areas. Regional differences in development are evident. The data indicate that the poorest part of the population lives in the least developed region and areas of Southern and Eastern Serbia.

The paper points out the phenomenon of poverty in rural areas of our country. Poverty were especially considered according to the type of settlement, regions, type of households as well as the share of the poor according to age, education and socio-economic position of the household head. Data for the five-year period, from 2013 to 2018, for which poverty rates were calculated, were used. Economic and social inequality was also measured for the same period.

Key words: poverty, rural areas, regional differences, inequalities, types of settlements, households

14 Faculty of Agriculture, University of Belgrade

Мина Димитријевић¹⁵
Зорица Савковић¹⁶
Тамара Панајотовић¹⁷
Невенка Никић Симатковић¹⁸

КОМПЈУТЕРСКО ОПИСМЕЊАВАЊЕ ОСОБА ТРЕЋЕ ЖИВОТНЕ ДОБИ

Резиме:

У раду ћемо разматрати значај развоја образовања за треће доба, посебно као једног од кључних корака у процесу промовисања активног старења, а у функцији очувања и унапређења квалитета живота у старости. Посебна пажња посвећена је концепту компјутерске писмености и истиче се вишеструка добит организовања обука у којима би особама треће животне доби прижила прилика да стекну вештине рада на рачунару.

С обзиром да је у Србији, у укупној популацији све више становника треће животне доби, свест и брига о њима подразумева бригу о њиховим потребама, а управо једна од људских потреба јесте и потреба за образовање. У ситуацији све бржег развоја науке и доласка до нових сазнања, не може се очекивати од појединца да једном усвојено значе користи до краја живота. Информације у времену у коме живимо врло брзо застарјевају и неопходна је стална ментална активност и учење новина како се појединац не би осетио изоловано, уз доживљај да губи корак са светом и дешавањима око себе. Такође, једна од основних претпоставки здравог и активног старења јесте стална психичка активност, односно целоживотно учење и стицање нових вештина и знања.

Кључне речи: целоживотно образовање, компјутерска писменост, треће доба, активно старење

15 МА Мина Димитријевић, Висока школа социјалног рада, mina.dimitrijevic888@gmail.com

16 Проф. др Зорица Савковић, Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, zsavkovi@eunet.rs

17 М. Сц Тамара Панајотовић, Факултет организационих наука, tamara.mohaci@gmail.com

18 Невенка Никић Симатковић, Прихватилиште за стара и одрасла лица, nensy.sn@gmail.com

Увод

Последњих деценија сведоци смо продужетка просечног животног доба, што директно води повећању броја старијег становништва. Светско становништво убрзано стари, у другој половини XX века се више него уростручио и од 1950. године до 2000. године порастао са 131 милион на 417 милиона.¹⁹ Почетак XXI века указује да се демографско старење одвија све брже. Исказано бројевима, пројектовани темпо старења у будућности предвиђа да се сваке године број старих увећава за више од 10 милиона. Тако би средином XXI века број старијих од 65 година требало да буде 1487 милиона. Према последњем попису становништва из 2011. године, стари чине 17,4 % од укупног становништва.²⁰

Квалитет живота старијих људи актуелна је тема која привлачи пажњу научника и стручњака различитих профила, али и пажњу шире јавности. Поставља се питање који су то кораци које треба предузети како би се креирала подржавајућа клима старијим становницима и обезбедили услови за промоцију активног старења, односно на који начин можемо подстаћи старије становништво да у овом периоду живота иде у корак са развојем и променама које их окружују како би очували изврстан степен квалитета живота.

Позната је чињеница да уласком у треће доба, старије особе пролазе кроз веома тежак период прилагођавања. Суочавају се са губитком професионалног идентитета, смањењем материјалне моћи, напуштањем сопствених домова како би се сместили у колективни смештај, губитак животног партнера, болестима, недостатком виталне енергије, ентузијазма, па и мотивације за наставак квалитетног живота. У зависности од личности особе, у коликој мери поседује капацитете за савладавање тешких животних околности и прилагођавање на новонастале ситуације, као и подршке самог окружења, особе се мање или више адаптирају и налазе нове начине да испуне своје време квалитетно, укључујући се у социјалне активности које су примерене и прилагођене њиховим потребама и могућностима.

Једна од основних претпоставки здравог и активног старења јесте стална психичка активност, односно целоживотно учење и стицање нових

19 Kinsella K., Wan H. (2009). U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1; An Aging World:2008. U.S. Government Printing Office, Washington, DC;

20 Девеџић М., Стојилковић Ђатовић Ј. (2015). Демографски профил старог становништва Србије, Попис становништва, домаћинства и станова 2011. у Републици Србији; Републички завод за статистику, Београд;

вештина и знања. Брига о припадницима треће животне доби подразумева бригу о њиховим потребама, а једна је свакако потреба за образовањем. Посебно треба издвојити програм обуке који подразумевају компјутерско описмењавање особа треће животне доби. За подршку активном старењу неопходна је међусекторска сарадња и партнерство са заједницом.

Појам целоживотног учења

Перманентно (целоживотно) образовање подразумева стицање, усавршавање и осавремењивање свих врсти знања, вештина и интересовања, од предшколског узраста до доба након одласка у пензију. Такво образовање људима обогућава члакше прилагођавање новим научно-технолошким променама и учествовање у свим сферама друштвеног, економског и културног живота.²¹

Целоживотно образовање подразумева све видове учења, у најчирем смислу речи. На то се односи:

- Формално образовање- подразумева образовне процесе који се одигравају унутар формално-образовног система, хијерархијски структурираног, од основне школе до факултета, који у свом крајњем исходу воде стицању одређених знања и диплома;

- Неформално образовање- подразумева организоване планиране образовне активности које подстичу индивидуално и друштвено учење, пружајући различита знања, вештине, развој ставова и вредности које се дешавају ван система формалног образовања;

- Информално образовање- подразумева различите, углавном индивидуалне, образовне активности самоинициране од стране особе која учи, нпр. учење код куће путем интернета.

Мисија образовања одраслих јесте да омогући одраслим грађанима право на образовање и учење током читавог живота и да тиме доприне њиховом личном и професионалном развоју, бољем запошљавању и социјалној партиципацији. Образовање одраслих, као интегрални део целовитог система образовања и манифестација концепта целоживотног учења, има следеће функције: одговорити на потребе тржишта рада

21 Марић М. (2012). Перманентно образовање, опште задовољство животом и психичко благостање; Андрагошке студије, часопис за проучавање образовања и учења одраслих; Београд;

и појединаца за новим знањем и вештинама; унапредити могућност запошљавања; омогућити професионалну мобилност и флексибилност радно способног становништва; повећати вредност људског капитала и могућност одрживог социо-економског развоја земље и њене интеграције у глобалну економију; допринети смањењу сиромаштва, повећању инклузије и међугенерациске солидарности и квалитета живота, развоју демократије, интеркултуралности и толеранције.

Развој целоживитног учења у Србији

Последњих година и у Србији се интензивно промовише и истиче значај целоживитног образовања.

Године 2014. усвојен је Закон о образовању одраслих.

Прва стратегија о развоју образовања одраслих у Републици Србији усвојена је далеке 2006. године.

Значај ове области помиње се и у Стратегији развоја образовања у Републици Србији до 2020. године, а која је усвојена 2012. године у оквиру Министарства просвете и науке. Стратегија образовања одраслих у контексту целоживитног учења односи се на све облике и нивое образовања и обухвата све старосне узрасте, од ране младости до трећег доба, и различите циљне групе.²²

Стратегија обухвата:

- Основно образовање одраслих који нису били обухваћени формалним образовањем;

- Одрасле који су напустили формално образовање- основно, средње опште или стручно, високо- и потребно је да добију другу шансу;

- Континуирано образовање одраслих у различитим професијама у циљу унапређења знања и вештина, преквалификације и доквалификације;

- Образовање одраслих којих су предходно изашли из формалног система високог образовања, а желе да наставе образовање (кратки циклуси, специјалистичке струковне студије, специјалистичке академске студије, мастер студије);

- Образовање незапослених ради већих могућности запошљавања;

22 Стратегија образовања у Србији до 2020.; 2015;

- Професионално образовање сеоског становништва у циљу унапређења пољопривредних делатности (на пример, оспособљавање за еколошку пољопривредну производњу, за развијање сеоског туризма у домаћој радиности, обнављање старих заната итд.);

- Образовање одраслих ради стицања кључних компетенција дефинисаних европским оквиром квалификација за целоживотно учење;

- Образовање одраслих за улоге активних грађана;

- Образовање за треће доба.

Европска комисија за комуникације, пројекат „Никад није касно за учење“ садржи пет кључних препорука на које образовање одраслих може да одговори изазовима савременог друштва:

- Уклонити баријере за партиципацију одраслих у образовању;

- Осигурати квалитет образовања одраслих;

- Успоставити систем препознавања и вредновања исхода процеса учења;

- Улагати у популацију која стари и имигранте;

- Развијати индикатори мерила у образовању.²³

Пример позитивне праксе у нашој земљи је Универзитет за треће доба, основан са циљем да старије особе на креативан начин оснисле своје време и баве се оним за шта раније нису налазили довољно времена (писање, сликање, учење страних језика, рад на рачунару итд). Искуства говоре да људи на тај начин лакше превазилазе кризу одласка у пензију, налазе нова интересовања, склапају нова познанства, и генерално, обогаћују живот новим садржајима, што све даље доприноси њиховом општем задовољству животом.²⁴

23 Commission of the European Communities (2006); Communication from the Commission: Adult learning: It is never too late to learn. Brussels;

24 Милошевић Л. (2009). Образовање за треће доба у функцији очувања и унапређења квалитета живота у старости; Годишњак за Социологију;

Појам компјутерске писмености и добити од компјутерског описмењавања старијих

Под компјутерски писменим лицима подразумевају се особе које умеју да обављају четири основне активности на компјутеру: обраду текста, израду табела, примање и слање електронске поштен и употреба интернета. Делимична компјутерска писменост подразумева да особе обављају једну или више од набројаних активности на рачунару. Комојутерска неписмена особа није у стању да обавља ни једну од наведених активности и у свакодневном животу не користи рачунар.²⁵

Сведоци смо убрзаног процеса глобализације, развоја технологије и свега што је неизбежан процес промена који их прати. У протеклих неколико деценија, у великој мери су се променили начини на које функционишу медији, процес информисања, брзина протока информација, комуникација међу људима, као и функционисање у свакодневним активностима: заказивање прегледа, куповина преко интернета (on-line), резервације за путовања, праћење промена на банковном рачунима. За особе које данас припадају трећем добу, све ово представља извесну фрустрацију и немогућност праћења. У време када су онишли у школу, нису имали прилике да се сретну са овим феноменима и да их науче. Услед неразумевања и незнања код старијих особа се јавља осећајскључености што директно води ка незадовољству и конфликту са целокупним друштвом, а поготово са млађим генерацијама. Увођењем програма компјутерског образовања старијих, увелико би се смањио међугенерацки јаз, који евидентно постоји, али га и овакав развој технологије у великој мери продубљује.

Концепт „активног старења“ ослања се на идеји да су старији становници веома вредан друштвени ресурс и да њихово знање и искуство требаа користити у свим друштвеним областима. Једна од димензија активног старења јесте и економска, односно чињеницада су данашњи старији становници уједно и здравији и образованији од предходних генерација, и да продужењем њиховог радног века економија добија велике бенефиције. Такође, познато је да се последњих деценија услед турбулентне климе на политичком, социо-економском и егзистенцијалном плану јавио феномен емиграције млађе популације из Србије. Директна

25 Девецић М., Стојилковић Ђатовић Ј. (2015). Демографски профил старог становништва Србије, Попис становништва, домаћинства и станова 2011. у Републици Србији; Републички завод за статистику, Београд;

последица оваквог развоја догађаја је повећање процента старијих који се сусрећу са додатним проблемима усамљености и немогућности да прате и активно учествују у одрастању и развоју својих потомака. Добијањем адекватне обуке која би им обезбедила функционалне компетенције рада на рачунару особа из треће ег животног доба би биле у могућности да искористе предности које убрзани развој технологије доноси и са својим сродницима ступе у свакодневну комуникацију путем друштвених и других мрежа (e-mail, skype, facebook...), без обзира на ком континенту се њихови најближи налазили. Самим тим би се старија особа растеретила осећања искључености, усамљености и осећаја губитка вредности које је традиционална породица са собом носила.

Познато је да са старењем долази до опадања способности памћења и да је најзначајнији фактор ризика за настанак Алцхајмерове болести управо старије животно доба. Алцхајмерова болест настаје услед промена које доводе до одумирања синапси и неурона, услед чега се губе функције памћења, пажње, мишљења, говора, оријентације и друго. Алцхајмерова болест је најчешћи узрок деменције, обухвата 50% до 70% случајева. За сада не постоји ни један лек за деменцију, а основну превентивну меру представља начин живота који ће одржати мозак здравим. Један од начина је, свакако програм целоживотног учења и стицања нових вештина.²⁶ Старење је индивидуална процес и у том периоду једино од важних питања је на који начин очувати умне способности. Бројна истраживања показала су да је коришћење компјутера ефикасно средство за повећање когнитивних способности старих. Старије особе имају способност да уче и постижу сличне резултате као и млађе одрасле особе, ако имају јаку мотивацију. Такође, поседују богато животно искуство које им у великој мери може олакшати учење повезивањем нових знања са старим.²⁷

Поред свега предходно наведеног, потребно је истаћи да сам процес учења и образовања у ширем смислу значајно доприноси јављању позитивних осећања, наде у будућност и оптимизма, осећаја контроле над дешавањима у сопственом животу и јачању менталног и телесног здравља. Истовремено се смањује вероватноћа појаве негативних емоционалних реакција, анксиозности, депресивности, физиолошких

26 Павловић Д., Павловић А., Жугић С. (2007). Патогенеза Алцхајмерове болести; Клинички центар Србије; Београд;

27 Mcconatha, J.T., Macconatha D., Deaner S., Dermigny R. (1995). A computer-based intervention for the education and therapy of institucionalized older adults; Educational Gerontology;

сметњи, телесних тегоба и различитих болести. Ментално ангажовање у процесу учења код старије популације у великој мери доприноси само-актуализацији властитих потенцијала, осећаја сопствених вредности и самопоштовања особе.²⁸

Резултати досадашњих истраживања

Са циљем промовисања тренда целоживотног образовања у нашој средини, ауторка Марић је приредила рад у коме се директно бави везом између перманентног образовања одраслих и њиховог доживљаја општег животног задовољства и психичког благостања људи, што директно утиче на одређене психо-социјалне квалитете особе: самопоуздање, самоефикасност, осећај сврхе и наде, компетентност и социјална интеграција. Учење и стицање нових знања саставни је део део човекове природе, суштина човековог развоја је у акумулирању нових знања, усавршавању, стицању нових вештина и усвајању нових образаца понашања. Овакав развој за исход има сазревање личности и остваривање њених потенцијала, што све представља предуслов менталног здравља и задовољства собом и својим окружењем. Ауторка у свом излагању наводи да се посебно издваја позитивни утицај целоживотног образовања на ментално стање особа старије популације.²⁹

Особе треће животне доби истичу да учење подстиче њихов интелект, да им причињава велико задовољство и да помаже да се лакше споразумеју са својом околином која је изложена свакодневним променама. Истраживања такође показују да процес учења код старијих људи повећава самопоуздање, смисао живота, а исто тако им и олакшава подношење сопствене болести, јер сву своју пажњу усмере ка материјалу који треба савладати и самим тим забораве на болест. Они воле активности које подразумевају друге људе, јер се на тај начин не осећају изоловано.³⁰

28 Марић М. (2012). Перманентно образовање, опште задовољство животом и психичко благостање; Андрагошке студије, часопис за проучавање образовања и учења одраслих; Београд;

29 Марић М. (2012). Перманентно образовање, опште задовољство животом и психичко благостање; Андрагошке студије, часопис за проучавање образовања и учења одраслих; Београд;

30 Help the Adge, <http://policy.helptheadge.org.uk/NR/rdonlyres/8E3F4DB6-3188-497F-9DF2-B0EA08670FCC/0/adulteducation250708.pdf>

Бавећи се проблемом демографског старења у Србији, ауторке Девеџић и Стојилковић Њатовић спровеле су истраживање у коликој мери је становништво наше земље које припада трећем добу компјутерски писмено. Подаци које су добиле указује да старије становништво чини свега 1,1% компјутерски писменог становништва Србије.

Међу старијима од 65 година има 5,6% оних који познају рад на рачунару, делимично или у потпуности. Са старосћу се њихов број смањује. Особе старосне доби од 65 до 69 година које поседују компјутерске вештине има двоструко више него особа од 70 до 74 година, а чак пет пута више него особа које се налазе у добу најдубље старости. Учени старосни профил компјутерске писмености присутан је и код мушког и код женског становништва. Ауторке овај феномен објашњавају тиме што генерације рођене пре Другог светског рата, суочене са убрзаним развојем компјутерске технологије тек на крају радног века, нису масовније стекла компјутерску писменост.³¹

Закључак

Континуирано учење и стицање савремених знања услов је ефикасног и успешног живота и рада сваког савременог човека. Као што смо видели, чин учења за старије људе може бити циљ сам по себи, јер на тај начин избегавају усамљеност и остају активни. То свакако доприноси бољем здравственом стању и задовољству животом. Такође, учење и активности омогућавају ресоцијализацију старијих људи који желе да у учењу користе своје вештине и да деле знање са другима.

Оно што не смемо заборавити јесу препреке које настају у учењу код старијих особа. Слабљење слуха, вида и моторике код старијих може узроковати проблеме код приступа учењу. Промене у когнитивним способностима (меморија, расуђивање и брзина обраде добијених информација) могу успорити учење. И поред свега наведеног, многа истраживања су показала да уз јаку мотивацију старије особе могу постићи готово исте резултате као и млађе одобе у процесу учења. У том смислу веома је значајно супротставити се стереотипима у погледу способности старијих људи за образовањем. Такође, неопходно је афирмисати

31 Девеџић М., Стојилковић Њатовић Ј. (2015). Демографски профил старог становништва Србије, Попис становништва, домаћинства и станова 2011. у Републици Србији; Републички завод за статистику, Београд;

старије особе за сопствено образовање како би им се пружиле могућности да покажу своје потенцијале. Како би им обезбедили подршку на путу остваривања квалитетног живота, неопходно је да се целокупно друштво укључи и понуди програм који ће деловати подржавајуће током овог периода.

Старење као део људског живота, заслужује своје равноправно место у друштву, поготово данас, када се људски век продужио, а квалитет живота може омогућити старијима да прате промене и одрже свежину духа до дубоке старости или краја живота.

Литература

1. Commission of the European Communities (2006); Communication from the Commission: Adult learning: It is never too late to learn. Brussels;
2. Девеџић М., Стојилковић Ђатовић Ј. (2015). Демографски профил старог становништва Србије, Попис становништва, домаћинства и станова 2011. у Републици Србији; Републички завод за статистику, Београд;
3. Help the Adge, <http://policy.helptheadge.org.uk/NR/rdonlyres/8E3F4DB6-3188-497F-9DF2-B0EA08670FCC/0/adulteducation250708.pdf>
4. Kinsella K., Wan H. (2009). U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1; An Aging World:2008. U.S. Government Printing Offic, Washington, DC;
5. Марић М. (2012). Перманентно образовање, опште задовољство животом и психичко благостање; Андрагошке студије, часопис за проучавање образовања и учења одраслих; Београд;
6. Mcconatha, J.T., Macconatha D., Deaner S., Dermigny R. (1995). A computer-based intervention for the education and therapy of institucionalized older adults; Educational Gerontology;
7. Милошевић Л. (2009). образовање за треће доба у функцији очувања и унапређења квалитета живота у старости; Годишњак за Социологију;
8. Павловић Д., Павловић А., Жугић С. (2007). Патогенеза Алцхајмерове болести; Клинички центар Србије; Београд;
9. Стратегија образовања у Србији до 2020.; 2015;

Mina Dimitrijević³²

Zorica Savković³³

Tamara Panajotović³⁴

Nevenka Nikić Simatković³⁵

COMPUTER LITERACY OF THE ELDERLY

Abstract:

In this paper, we will consider the importance of the development of education for the third age, especially as one of the key steps in the process of promoting active aging, and in the function of preserving and improving the quality of life in old age. Special attention is paid to the concept of computer literacy and the multiple benefits of organizing trainings in which the elderly would

Considering that in Serbia, in the total population, there are more and more elderly people, awareness and care for them implies care for their needs, and one of the human needs is the need for education. In the situation of faster and faster development of science and arrival of new knowledge, one cannot expect from an individual that once adopted, it means benefits for the rest of his life. To have the opportunity to acquire computer skills would be emphasized. Information in the time in which we live becomes obsolete very quickly, and constant mental activity and learning the news is necessary so that the individual would not feel isolated, with the experience of losing pace with the world and events around him. Also, one of the basic preconditions for healthy and active aging is constant mental activity, ie lifelong learning and acquiring new skills and knowledge.

Keywords: lifelong learning, computer literacy, third age, active aging.

32 MA Mina Dimitrijević, mina.dimitrijevic888@gmail.com

33 Zorica Savković PhD, zsavkovi@eunet.rs

34 M. Sc Tamara Panajotović, tamara.mohaci@gmail.com

35 Nevenka Nikić Simatković, nensy.sn@gmail.com

Др сци. мед. Тања Т. Продовић³⁶
Др Биљана Т. Продовић Милојковић³⁷
Миљан М. Крстовић, студент³⁸

ДЕМОГРАФСКИ АСПЕКТИ СТАРЕЊА И ЗДРАВ ЖИВОТ СТАРИЈЕГ СТАНОВНИШТВА*

Економска криза и политичка транзиција, утицале су на кретање и структуру становништва, како развијених тако и земаља у развоју. Бројни неповољни демографски трендови су током 20. века настављени или интензивирани, а неки демографски процеси (старење становништва, депопулација) добили су израженије облике на подручју југоисточне Србије, тако да се њихово још снажније манифестовање очекује током 21. века. Израчунавање демографских аспеката старења намеће се као потреба, пре свега, јер старење популације доводи до низа здравствених, социјалних, економских и других околности и проблема. Промене које доноси процес старења, као што су одлазак у пензију, функционална неспособност, повећани ризици од болести и инвалидности, финансијска зависност, социјална искљученост, губитак блиских особа, резултирају потребом старијих људи за породичном потпором, али и организоване мере локалне и шире друштвене заједнице, односно развијеност мрежа и облика заштите старијих и немоћних особа.

Циљ рада је анализа процеса старења становништва у свету и код нас, са посебним освртом на основне демографске проблеме са којима је суочена наша земља, које погодују наведеном процесу. У наставку се износе пројекције о старењу становништва како у свету, тако и у нашој земљи. Закључни део рада фо-

36 **Др сци. мед. Тања Т. Продовић**, Факултет медицинских наука – Крагујевац, Висока медицинска школа Милутин Миланковић, Београд

37 **Др Биљана Т. Продовић Милојковић**, Филозофски факултет, Ниш, biljana-prodovic@gmail.com. * Рад саопштен на међународној научној конференцији „СОЦИЈАЛНИ И ЗДРАВСТВЕНИ ПРОБЛЕМИ СТАНОВНИШТВА ЈУГОИСТОЧНЕ СРБИЈЕ – са посебним освртом на положај остарелих“, 15. маја 2015. године, Универзитету у Нишу, Центар за научноистраживачки рад САНУ и Универзитета у Нишу, Филозофски факултет Универзитета у Нишу, Центар за социолошка истраживања.

38 **Миљан М. Крстовић, студент**, Медицински факултет, Ниш

кусиран је на истицање значаја равноправног положаја старих људи у друштву, али и давању предности њиховом квалитетном животу и здрављу, као услову продуктивног живота у старости.

Наведена анализа биће остварена уз помоћ коришћења статистичких података, нарочито из пописа становништва, уз консултовање страних и домаћих навода из богате стручне и научне демографске и укупне географске литературе.

Кључне речи: Демографско старење, старост, очекивано трајање живота, здрав живот, здравље, попис становништва.

Уводна разматрања - Демографско старење

*Човече, старост је твоја извесна будућност,
нека ти се не догоди, припреми се за њу!*

(Мирослав Живковић)

*Свако друштво има своје старе какве заслужује!
(Жорж Миноа)*

Опредељеност аутора за тему која се бави „демографским аспектима старења и здравијем животу старијег становништва југоисточне Србије“ има утемељење у чињеници да је прошли век био век пораста светског становништва, док ће према тврдњама демографа 21. бити век старења становништва³⁹. Неопходност изучавању демографског аспекта старења становништва заснивана је на темељу планирања здравствене, економске и социјалне заштите старих особа⁴⁰.

Демографско старење, као један од доминантних феномена који заокупљују све већу пажњу не само научних кругова, већ и најшире јавности, престаје да буде само интерес демографа. Неколико је основних разлога за то. *Прво*, постало је очигледно да се ради о једној неизбежној и општој тенденцији која ће, пре или касније, захватити сва друштва, и

39 Управо је према мишљењу угледних аутора, доб постала један од главних критеријума поделе модерног друштва, па оно што су некад биле класе данас су, у одређеном смислу, постале велике генерацијске групе (Mendras, 2004: 135).

40 Овде је потребно указати на јасну дистинкцију између појма *старење* и *старост*. Док је старење природан и иреверзибилан физиолошки процес, који у појединих људи напредује различитом брзином, сама старост представља одређено животно раздобље повезано с хронолошком доби. За појам старост није лако утврдити када наступа код човека, али за процес старења то је врло јасно; старење почиње чим се човек роди и траје све до његове смрти.

друго, процес демографског старења својим достигнутим степеном као и будућим интензитетом иницира читав низ отворених питања који ће у зависности, пре свега, од економске развијености и перспективе будућег демографског развитка, од сваке земље захтевати специфичне и врло конкретне одговоре.

Педесетих година прошлог века на значење демографског старења међу првима је упозорио истакнути француски демограф Алфред Сауви. Кофи Анан је на *Светској конференцији о старењу становништва*, одржаној 2002. године, упозорио на комплексне последице старења становништва, кога назива „(...) тихом револуцијом, која није само демографска, него има велики утицај на економски, социјални, културни, психолошки и духовни живот“ (Puljiz, 2016: 82).

Поред многобројних *песимистичних стајалишта* о последицама старења, посебно када су у питању његови све већи трошкови и све већа потражња здравствених услуга (изазвана напретком медицинског знања, развојем медицинских занимања, али и профилирањем нових трендова на тржишту рада на подручју пружања услуга и помоћи остарелим/старијим особама), треба издвојити једно *оптимистично виђење* процеса старења дато од стране америчког демографа Франка Нотестеина (Notestein, 1954: 4) који сматра да: „у целини гледано, старење становништва не може се сматрати проблемом. То је само начин да се песимистично сагледава највећи тријумф човечанства“.

Основни показатељи старосне структуре становништва

- Улазак становништва у процес демографског старења -

Анализирајући литературу посвећену старењу и старости, лако се уочава да не постоји сагласност о томе када почиње *старост*. Јединствен, прецизан и непроменљив критеријум који би одвојио доба старости од зрелости и одраслости, нити постоји, нити се може одредити једном за сва времена. Он је крајње релативан и мења се према епохама и местима. *Хипократ* је тврдио да старост почиње у 56. години али не одвајајући права старих на све животне садржаје у односу на млађе људе (Urošević, 2013).

Уједињене Нације су дефинисале старе као оне који имају више од 60 година. С друге стране, та граница је ниска за високо развијене земље (код којих се креће до 75 година), а висока за мало развијене (која износи

око 45 година) (United Nations, 2000). Старост (тзв. треће доба)⁴¹, онако како је геронтологија данас одређује, подразумева раздобље у животу појединца након навршене 65 године. С тим да геронтолошка литература упућује надаље категорисање старости (и овога пута према временском, тј. старосном критеријуму). Наиме, *прва фаза* подразумева рану старост и њој припадају тзв. „млади стари“, а њено трајање омеђено је на период од 65. до 74. године живота. *Друга фаза* представља фазу просечне старости, односно ону фазу којој припадају само „стари“ са трајањем од 75. до 85. године. *Трећа фаза* односи се на позну старост и њој припадају „стари - стари“, тј. они који су навршили 86. годину (Sumrak, 2010). Велике су разлике међу људима старим преко 65. година. Људи у добу између 65. и 75. година су врло слични онима из групе између 55. и 65. година, пре свега, у погледу здравља, социо-економског статуса, когнитивних, развојних и црта личности. Ипак, стари нису хомогена група ни у генерацијском смислу, јер је одлучујући фактор у формирању генерација оно што се дешава у друштву током одређених година у посматраној групи становништва, због чега се и генерацијска свест ствара на основу заједничког искуства.

Познато је да *старосна структура становништва* представља значајан показатељ оствареног развоја становништва сваке земље, па и Србије. Она је битан фактор за утврђивање демографске прошлости али и предвиђање демографске будућности становништва сваког друштва. Једна је од најважнијих демографских структура, у којој долази до изражаја демографски развитак дате популације у току дужег раздобља. Њена анализа је основ за сва друга демографска изучавања⁴².

Код општег предвиђања будућег кретања становништва разликујемо: *прогнозу* (која има обележје грубог предвиђања), *процену* (која је више став самог проценитеља), *перспективу* (која се темељи на одређеним претпоставкама) и *пројекцију* (која обично има више варијанти) (Friganović, 1990). Како би обезбедила увид у старосну структуру становништва демографија, као интердисциплинарна наука, ослања се на употребу бројних података, укључујући *податке пописа станов-*

41 Како расте број старих људи, све је чешће у употреби појам »четврта доб«, која обухвата оне који су премашили добну границу од 80 година.

42 Значај обележја "старост" долази нарочито до изражаја у анализи смртности и фертилитета становништва, у испитивању миграција, али и приликом проучавања свих демографских структура (изучавање радне снаге, професионалне и економске структуре становништва, његовог образовног нивоа итд.).

ништва⁴³. Поред овог, у демографској статистици користи се и неколико других показатеља старосне структуре становништва. Један од таквих показатеља је и *индекс старења*. Заправо се ради о математичком односу старих од 60 и више година и младих 0-19 година и има граничну вредност 0,4 изнад које се становништво сматра старим (Turkulov, i dr., 2007: 247). Просечна старост становништва израчунава се као количник укупног броја година и укупног броја становника, и има граничну вредност од 30 година, изнад које се становништво сматра старим (Beers, 2000).

Становништво Србије је током читаве друге половине 20. века било млађе од становништва Европе, али је старање било знатно брже од оног на европском нивоу. Неповољни друштвени и демографски фактори 90-тих година проузроковали су нагли и убрзани процес старења у нашој земљи. Према свим критеријумима становништво наше земље се може сврстати у групу демографски старих популација (Turkulov, i dr., 2007: 248) (видети табелу бр. 1).

Табела бр. 1: Становништво Србије према старосним интервалима и према пописним годинама

Година пописа Старосни интервал	0-19	20-59	60+	80+
1948	41,6	49,6	8,8	0,7
1971	34,2	52,4	12,9	1,1
1991	30,5	53,5	16,0	1,8
2001	28,0	53,0	19,0	1,7
2051	23,7	48,6	27,7	6,1

Извор: Turkulov i dr., 2007: 248, преу. из: Пенев, 1993.

Република Србија је на самом врху светске листе земаља са најстаријим становништвом. Према попису из 2002. године, више од 1.240.000 становника Србије било је старије од 65. година (тај број износи 1.250.316 по попису из 2011. године). У Србији је број становника млађих од 15 година готово изједначен с бројем старијих од 65 година⁴⁴.

43 Први попис становништва одрађен је у северној Америци 1665. године а модерни 1801. године у Енгеској, када је одлучено да ће се обављати сваких десет година (Милосављевић, 1999). Овај метод сакупљања демографских података и данас се користи у целом свету.

44 О порасту броја становника старијих од 65 година сведочи податак Еуростата за ЕУ према којем је њихов број у раздобљу 1960–2010. године удвостручен: повећао се са 34 на 69 милиона (Eurostat).

Пропорција старих особа данас у неким развијеним државама износи 1:4. Током прве половине 21. века овај однос у неким земљама износиће 1:2. Нарочито су видљиве разлике у учешћу старих особа (старијих од 59. година) у целокупној популацији у односу на регионе (па је тако, на пример, у Европи свака пета особа старија од 59 година, док је у Африци свака двадесета особа). Године 2012. забележен је раст пензионера за 1.5%, те се у Србији за пола века броји осам пута више пензионера (Đorđević, Obradović, Lojanica, 2014: 57). Број људи старости 60 и више година данас је удвостручен у односу на 1980. годину, те данас свака десета особа има 60 година или више. Особе 80 година старости и више, су најбрже растући сегмент старе популације. Процењује се да ће до 2050. године свака пета особа имати 60. година или више, а да ће 2150. године свака трећа особа имати преко 60 година⁴⁵. Посебан проблем представља и чињеница што све више стари старачки контингент, односно расте удео средње старог становништва (70+ или 75+) и удео најстаријег становништва (85+)⁴⁶. Тако међу особама старијим од 60 година најбрже расте удео најстаријих односно оних преко 80 година, и то по годишњој стопи од 3,9%. Очекује се да ће се до 2050. године, 20% особа старијих од 60 година налазити у тој групи (UN, 2007). Прогнозе су да ће се број људи старости 80 година учетворостручити од данас до 2050. године на 395 милиона, док ће број стогодишњака и старијих до 2050. године у свету достићи 3,7 милиона⁴⁷.

У развијеним земљама (регијама према УН-у) становништво у доби 60+ година расте по највећим стопама икада, и то у износу од 1,01% годишње до 2050. године те 0,11% од 2050. до 2100. године. Популација која се налази у средњој, односно дубокој старости, тј. популација 80+ у развијеним земљама расте по стопи од чак 2,10% годишње до 2050., а од 2050. до 2100. по стопи од 0,56% (видети табелу бр. 2).

45 Наравно, ове и будуће пројекције нису сасвим поуздане, јер се заснивају на хипотези о очекиваном трајању живота, стопи фертилитета и миграционим билансима који се могу у међувремену променити.

46 Овакав брзи раст “стarih-стarih” (vieux-vieux) условљава настајање нових феномена, с обзиром да после 75 година осетно расту психо-физичке промене, настајање инвалидности и урушавање капацитета за самостално живљење и потребе за посебним облицима подршке и помоћи, те као такав, представља велики изазов за системе социјалне сигурности (нарочито пензиони, здравствени систем и систем социјалне заштите).

47 Тренутно 40% особа старијих од 80 година живи у Азији (од чега готово 16% само у Кини), 30% у Европи и 13% у САД-у (Harper, 2006: 207).

Табела бр. 2: Просечне годишње стопе раста становништва по групама у раздобљима 2013-2050. и 2050-2100. године

Развој група или главно подручје	2013–2050					2050–2100				
	0-14	15-	60	80	Тота	0-14	15-	60+	80	Тот
Свет	0,22	0,50	2,3	3,1	0,78	-0,09	0,13	0,7	1,5	0,26
Више развијени	0,05	-0,29	1,0	2,1	0,11	-0,08	-	0,1	0,5	-
Мање развијени	0,24	0,63	2,8	3,9	0,90	-0,09	0,15	0,9	1,8	0,3
Најмање развијене	1,12	2,00	3,5	4,1	1,89	0,25	0,83	2,3	3,5	0,96
Друге мање развијене 0,07	-	0,33	2,7	3,8	0,68	-0,26	-	0,6	1,5	0,06
Африка	1,43	2,22	3,4	3,6	2,07	0,33	1,03	2,6	3,8	1,12
Азија 0,38	-	0,11	2,6	3,6	0,50	-0,46	-	0,4	1,4	-
Европа 0,16	-	-0,60	0,9	1,9	-0,12	-0,22	-	-	0,4	-
Латинска Америка	-	0,27	2,9	4,1	0,64	-0,49	-	0,6	1,6	-

Извор: United Nations, 2013: 10.

За разлику од развијених земаља, стопе старења у неразвијеним земљама су још веће. У раздобљу од 2011. до 2050. године просечна стопа старења становништва 60+ износи 2,87% годишње, а у раздобљу од 2050. до 2100. године износи 0,92% годишње. У наредних пет година, број одраслих особа старости 65. и више година ће надмашити број деце млађе од 5. година, а до 2050. године и број деце млађе од 14. година старости (*World Population Prospects*). Наиме, у свету удео старије популације растао је по стопи од 2,6% годишње, што је значајно више од стопе раста укупног становништва које расте по стопи од 1,1% годишње. Из наведене табеле може се извести јасан закључак да се популација старих особа значајно више повећава у неразвијеним земљама, односно најбржи процес старења становништва догађа се у ново индустријализираним земљама.

Повећању удела старачког контингента у укупном становништву допринело је *продужење животног века*. Половином 20. века просечна дужина људског века је износила 66. година, а у другој половини 20. века очекивано трајање живота је повећано за 20 година. Године 2014. просечна старост у Србији износила је 42,6 година (мушкарци 41,2 и жене

43,9). 2010. године просечно очекивано трајање живота у ЕУ досегло је 79,9 година (за мушкарце – 76,9, а за жене – 82,8 година) (Puljiz, 2016: 83)⁴⁸. Оно што је позитивно је да се очекивано трајање живота константно продужава, тренутно је 75. година, док би 2050. требало да износи 82,5 година⁴⁹. Просечна старост ће порасти за 6,2 године на 46,8 (2050) (*World Population Prospects*). Очекивани додатни животни век у 65. години живота у ЕУ је 19,8 година 2013., што је знатан раст у односу на 1980., када је износио 15 година. У Србији је исти показатељ 15,7 година (код мушкараца 14,3, код жена 16,9), док је 2000. износио 13,6 година. Иначе, овај показатељ има велику економску важност, јер фактички указују на просечан број година током којих грађани примају пензије⁵⁰. У мање развијеним земљама мушкарац који доживи 60 година може очекивати још 15 година живота а жене 17, док у више развијеним земљама мушкарци могу очекивати још 19 а жене још 23 године живота.

Резимирајући горе наведено као општи индикатори/показатељи старосне структуре становништва издвајају се: *удео старијег у укупном становништву*, затим *очекивано трајање живота*, при чему се најчешће користи добна граница од 65. година која одваја »старије људе« од осталог становништва. Други важан показатељ старосне структуре узима се тзв. *коэффициент добне зависимости старих* (енг. old age dependency ratio) који показује однос популације старије од 65. година у односу на радни контингент 15–64 године (у неким анализама користи се добна категорија 20–60 година). Трећи показатељ је *демографски коэффициент укупне зависимости* (енг. demographic total dependency ratio) који показује однос броја деце у доби до 14. година и старијих од 65. година (другим

48 Занимљиво је споменути да је чак неколико европских земаља 2012. године имало очекивано трајање живота изнад 80 година. Тако на пример у Шпанији је те године очекивано трајање живота било 82,5 година (за мушкарце 79,5, а за жене 85,5 године), у Италији 82,4 године (за мушкарце 79,8, а за жене 84,5 година), у Француској 82,1 година (78,7 за мушкарце те за жене 85,4 године), док је Грчка исте године имала релативно високо очекивано трајање живота: за све становнике – 80,7 година. Највеће очекивано трајање живота на северу ЕУ-а имали су Швеђани који су могли очекивати 81,8 година (мушкарци 79,9, а жене 83,6 година), грађани Уједињеног Краљевства – 81,0 година (мушкарци 79,1, а жене 82,8 година), док су најниже очекивано трајање живота свих становника имали Бугарска (74,4) и Румунија (74,5) (Eurostat, 2013).

49 http://www.fiskalnisanet.rs/doc/istrazivacki-radovi/studija-projekcije_stanovnistva_sr-bije_od_2010-2060-penev.pdf (последња посета: 18.07.2016. у 13:12).

50 [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Life_expectancy_at_age_65_1980%E2%80%932013_\(years\)_YB15.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Life_expectancy_at_age_65_1980%E2%80%932013_(years)_YB15.png) (последња посета: 18.07.2016. у 13:36).

речима, зависне популације) у односу на популацију активног контингента становништва 15–64 године; док је четврти показатељ старења становништва *индекс старења*⁵¹. Свакако је потребно, поред споменутих коефицијената, узети у обзир и *ефективни радни ангажман* појединих добних категорија становника (мислећи, пре свега, на стопу запослености унутар радног контингента 15–64 године)⁵².

Треба нагласити да ниједан показатељ сам за себе није довољан да пружи потпуну слику о старењу популације. Најбоље је користити више њих и да се компарирају две или више територија или временских периода. Детаљна анализа наведених показатеља биће предмет ауторових будућих радова.

Процес старења становништва и основни демографски проблеми са којима је суочена наша земља

Под појмом *старење становништва* најчешће се подразумева процес повећавања становништва старог 60. и више или 65. и више година у укупном становништву (Wertheimer-Baletić, 1999: 380). Интензитет старења условљен је не само порастом удела старих у укупном становништву већ истовремено и променама унутар радног контингента, као и смањењем удела младих⁵³.

Старење становништва, као незаустављив процес, пре свега се везује за развијене земље (Европе, Северне Америке, Океаније и Јапана), мада је присутан и у мање развијеним регионима света⁵⁴. У групу развијених региона света, крајем 20. века, најстарије је било становништво

51 Када је реч о другом показатељу ЕУ је 2013. године имала нешто виши коефицијент зависности (27,8), а 2060. године тај ће коефицијент износити 50,1. Трећи индикатор у ЕУ 2013. године износио је 51,4, а предвиђања су да ће 2060. године он досегнути 76,6% (Puljiz, 2016: 86); док четврти износи 117,9% према подацима из документа Европске комисије 2013. године, а предвиђа за 2060. годину благи пораст на 189,3 (European Commission, 2009).

52 На основу података Еуростата за 2011. годину, везано за ЕУ, запослено је 64% становника (од тога у доби 55–64 године 46% становника) (Eurostat, 2012), што битно указује на заостајање у активацији радног контингента становника, и потреби активирања већег броја становника у старијој доби.

53 Дуготрајно смањивање наталитета уједно је темељна одредница процеса старења становништва (Wertheimer-Baletić, 2004: 643; Weil, 2006: 9).

54 Брзина старења становништва биће још већа у мање развијеним земљама и транзицијским економијама (попут: Тајланда, Кеније, Мексика, Зимбабвеа, Индије, Кине и Бразила) (Harper, 2006: 206).

Европе, тако да овај континент са правом носи епитет „стари“. Међу 25 демографски најстаријих земаља у свету са изузетком Јапана, све су земље из Европе, међу којима је и Србија (Stevanović, 2006).

Када је реч о старењу популације, на почетку 21. века демографи су указали на алармантну чињеницу да је Србија убрзано прошла пут од демографске младости с почетка 20. века (гледајући читаву територију) до изразите сенилизације, посебно у појединим регионима. Са шестином старијих од 65. година и просеком старости становништва од 40,2 године, Србија се сврстава међу најстарије популације у свету (Петровић, Јовановић, 2012). Процес старења становништва последица је све мањег удела младог становништва (0–14 година) у укупном становништву (14,4%), удео старијих од 65 година је 18,2%, док радно способно становништво чини 67,4%⁵⁵. Такође је овај процес резултат хуманих помака, односно смањивања морталитета старих лица и њиховог дужег просечног живота. Напредак у медицини, фармакологији, генетици, јавном здрављу, промовисању здравих стилова живот указује да ће животни век расти, а популација старих се умножавати (Prodović, i dr., 2014).

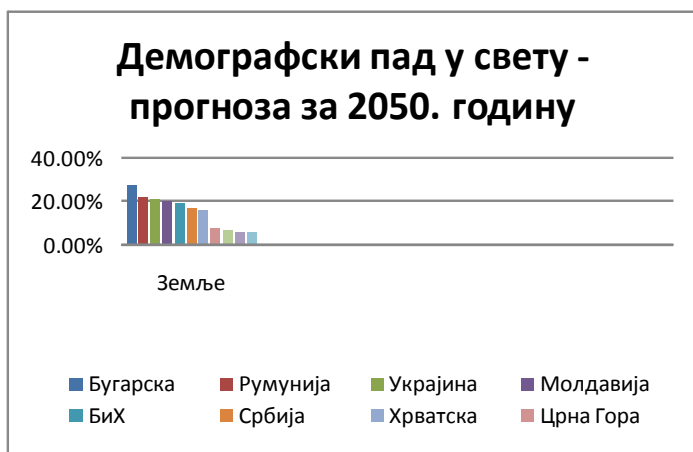
Промене у трајању живота измениле су демографску пирамиду. Разлика између младе и старе популације је све драматичнија - од тзв. „bottom-heavy“ пирамида са широким дном до тзв. „top-heavy“ пирамида са широким врхом. Уз то, равнотежа се помера више на једну страну, јер је стара популација већином женска! Кроз људску историју, пирамида је стално била са „широким дном“, а тек у последње време, у развијеним земљама, има облик „црног лука“, тј половину популације чине старе особе (Council of Europe, 2004).

Поред све већег раста просечне старости укупног становништва наша земља се суочава и са демографским падом; који за Србију представља још један озбиљан проблем. Наиме, међу научницима све су присутније пројекције које истичу негативне демографске трендове, који ће довести до знатног смањења броја становника Србије⁵⁶, која, иначе, зау-

55 <http://webzrs.stat.gov.rs/WebSite/public/PublicationView.aspx?pKey=41&pLevel=1&pubType=2&pubKey=3069> (последња посета: 18.07.2016. у 13:19).

56 Године 2015. Србија је, према студији УН, имала 8.851.000 становника. По студији УН, у Србији (са Косовом) ће за три и по деценије бити за милион и по становника мање (7 331 000 лица или 17,2%). Опширније у: <http://www.nspm.rs/kuda-ide-srbija/stanam-zapravo-pokazuju-demografske-projekcije-un.html> (по-следња посета: 18.07.2016. у 12:19).

зима високо осмо место међу 48 земаља у којима ће се број становника смањити до 2050. године (видети графикон демографски пад у свету)⁵⁷.



Извор: Eurostat⁵⁸.

Овакво стање наводи на закључак да је присутна биолошка регресија становништва у свим деловима Србије, изузев Косова и Метохије⁵⁹.

Можда је за утеху што су и скоро све комшије у истом 'кошу' (видети студију: *World Population Prospects*). Добро познато је да су главни узроци депопулације наше земље негативан природни прираштај (просечно скоро 5 промила 2010-14.) и нето-емиграција (око 9 хиљада годишње)⁶⁰ (Пенев, 2013: 12). Управо су драстичан и константан пад природног прираштаја и миграција избеглих лица утицали на то да популациона слика у Србији буде значајно негативна.

57 Тренутна старосна структура, укоренење ниске репродуктивне норме становништва, старосни модел морталитета и економске прилике које подстичу емиграцију најважнији су фактори очекиваног пада српске популације (Пенев, 2013: 15-21).

58 Индикативно је да ће и најмоћнија земља Европске уније – Немачка, бележити знатан пад популације до половине века (7,7%), док ће снажан тренд смањења броја становника имати и Мађарска, као и Јапан и Русија.

59 Последице по демографски развој су велике: стварање базе за старење становништва; смањење континента активног становништва; смањење континента радно и репродуктивно најспособнијег становништва; и смањење броја домаћинстава и бројности домаћинства.

60 Процењује се да ће тај број порасти на 9865 у 2020. године, да би почетком тридесетих година 21. века прешао у плус (2050: 9101 лице).

Детерминанте здравог старења

Старији људи нису хомогена група и не доживљавају себе као одвојену популацијску групу него представљају саставни интегрални део заједнице у којој активним укључивањем живе, раде и стварају. Положај старих људи у друштву, квалитет живота у трећој доби и трендови социјалне политике према старијим особама од изузетног су јавног значаја за модерно друштво које се суочава са све већим порастом демографског старења становништва.

Процес демографског старења доводи поједине националне економије пред све веће изазове. Овај процес има дубоке последице на економију, социјалну и политичку сферу друштва због специфичних потреба старог становништва. Управо због тога старење становништва постаје једно од најважнијих питања друштвеног развоја, чиме ће знатно утицати на стање у здравству и социјалној политици током 21. века. С правом се може рећи да је процес старења становништва врло сложен процес великих економских, социјалних и политичких последица. Мисли се, пре свега, на осетни пораст јавних трошкова које се морају издвајати за потребе старих људи (почев од издвајања за пензијска⁶¹ и здравствена осигурања⁶², затим трошкови за дуготрајну помоћ⁶³, образовни трошкови, па све до из-

61 Идеја да је одлазак у пензију уско повезана с нашим социјалним очекивањима, повезана је са чињеницом да се некада већина запослених није могла одлучити за одлазак у пензију, углавном стога што су пензије биле изузетно ниске (EspingAndersen i Palier, 2008: 108), а данас их посебно угрожава чињеница интензивног старења становништва у развијеним земљама. Посебно, везано за Србију, упозорава податак да се од ње издржавају две до три генерације. О кризи пензијског система и мерама за њено превладавање опширније у: Puljiz, 2011.

62 Стари људи (изнад 65 година) на здравствену заштиту троше 3,2 пута више од друге популације, док они старији од 75 година на здравствене услуге троше 4,1 пута више од млађих контингената становника (EspingAndersen i Palier, 2008: 110). Од могућих реформи смањења здравствених трошкова, посебно оних који се односи на скупе поступке лечења, наводи се процес пребацивања наведених трошкова на саме грађане. Реч је, наиме, о деломичној приватизацији здравства.

63 У погледу збрињавања старих људи постоје значајне разлике међу европским земљама (почев од широких и доступних мрежа јавних институција које пружају бесплатне или релативно јефтине услуге, преко доступних приватних услуга за старе па све до збрињавања старих и немоћних уз помоћ додатних социјалних осигурања на основу уплата посебних доприноса). Што се тиче Србије помоћ старима и немоћнима у највећој мери заснована је на бризи породице, с обзиром да су релативно слабо развијене јавне услуге.

датака за накнаде старим људима за незапосленост, узимајући у обзир и повећање приватних социјалних трошкова) (опширније у: Puljiz, 2016)⁶⁴. Такво стање довело је јавне институције до великих изазова па је за њихово даље функционисање нужно спровести одговарајуће реформе у складу с промењеном добном структуром становништва.

Све смо више сведоци развоја медицинске технологије, која је довела до развијања медицинских услуга, и истовремено до продубљења животног века, посебно у развијеним земљама Западне Европе (чији грађани добијају квалитетније животне услове у смислу здравствене, пензијске и социјалне помоћи). Отуда се може уочити податак да све чланице ЕУ бележе све већи пораст демографског старења становништва које је уско повезано с већом потражњом здравствених услуга и профилирањем нових стручних и друштвених трендова у медицинској струци. Такође се и наша земља суочава са све дужим животним веком, али (читај: песимистично можда звучи) све оскуднијом здравственом услугом. Демографски тренд убрзаног и стално растућег старог становништва повећава потребу за здравственим и социјалним услугама, с обзиром да су старије особе њихови најчешћи корисници. Оно што карактерише век у коме живимо јесте чињеница да управо здравље одређују бројни друштвени трендови, са истовременим утицајем на исте. Поред многобројних друштвених трансформација, *старење становништва* представља једну од највећих (с обзиром да ће убрзо свет имати више старих људи него деце).

Како се сазнање о старењу непрестано и убрзано повећава, и мења, једна од здравствених дисциплина која заузима све важније место у развијеним државама света јесте *геронтологија*, која проучава старење у најширем смислу (почев од његових клиничких, биолошких, економских, социјалних и психолошких аспеката), из чега произлази свеобухватан, целовити приступ заштити здравља старијих људи, који осигурава унапређивање свих облика заштите здравља старијих особа. Добро позната ствар је да *добро здравље додаје живот годинама*, с обзиром да, како у развијеним земљама тако и у земљама у развоју, стари могу значајно допринети развоју друштва, само ако имају одговарајући ниво здравља, и ако им се за то обезбеде одговарајући услови. Добро здравље током живота помаже старијим особама да воде продуктиван живот у

64 Предвиђања су да ће се наредних педесет година за 4,7% повећати укупни удео јавних трошкова у БДП-у земаља ЕУ (пре свега увећање пензијских трошкова – пораст од 10,2% на 12,6% БДП-а, и здравствених трошкова – од 6,7 % на 8,2% БДП-а).

старости и да буду подршка својим породицама и заједници, с обзиром да процес старења дотиче сваког од нас – било да смо млади или стари, мушкарци или жене, богати или сиромашни⁶⁵.

Потребно је нагласити да је здраво старење повезано са здрављем у ранијим фазама живота, те да ће у зависности од здравијег начина живота у формативном периоду зависити и начин живота у одраслом добу. Ово свакако не значи да на „добро старање“ не утичу и други бројни фактори (функционална способност биолошког система појединца на коју делује изложеност многим факторима током читавог живота: начин исхране, физичка активност, излагање факторима ризика као што су: пушење, конзумирање алкохола, или изложеност токсичним супстанцама). Као болести које прате ово доба најчешће се спомињу поремећаји са видом (чак 20% светске популације), хроничне незаразне болести (болести срца, рак и дијабетес), деменција (Алцхајмерова болест). Врло често се старе особе налазе под ризиком од различитих облика лошег и нехуманог односа (малтретирања код куће - око 4-6% старе популације) које могу да доведу до озбиљних физичких повреда и дугорочних психолошких последица. Многи веома стари људи губе способност да самостално живе због ограничене покретљивости, психолошке или моралне слабости или других физичких проблема. Основе за здраво активно старење уз очување функционалне способности и унапређивање здравља у дубокој старости постављају се у ранијој животној доби кроз властите одлуке и позитивно здравствено понашање.

Упркос наведеним здравственим карактеристикама, тежња савременог друштва усмерена је ка трансформацији положаја старих особа. Наиме, од пасивних приматеља стручне, државне и друштвене помоћи све се више промовише новија визија *здрог и активног старења* која истиче међугенерацисјску сарадњу у којој старије (пензионисане) особе постају активни, пожељни и равноправни партнери. Намера је, дакле, да се поруши постојећи “социјални зид између генерација” како би се превазишле настале предрасуде усмерене ка старим особама (од маргинализације структуралне природе - тзв. принудног пензионисања, па све до неформалне - у коме су старији људи окарактерисани као мање енер-

65 Очекивани животни век за Чилеанке је 1910. године на пример био 33 године, а данас, овај показатељ износи 82 године. Ово представља значајан добитак од скоро 50 година живота у једном веку и углавном се приписује побољшањима у јавном здрављу.

гични, мање вредни, неспособни за рад, физички и ментално спори⁶⁶, они „чије је време прошло“). Посебно је неопходно издвојити корисност функционалне способности старијег човека, као корисног члана заједнице у којој живи и ствара, као искористив потенцијал за пренос знања, умећа, вештина и радног искуства на млађе и друге старије генерације како се не би понављале непотребне грешке.

Активно старење, које подразумева „активан живот, личну самосталност, побољшано здравље, животно задовољство, и, уопште, квалитет живљења“ (Avramov, Maskova, 2013: 14), је као концепт прихваћен у европским организацијама (пре свега у Већу Европе, па и у самој ЕУ). Основни концепт активног старења заснива се на Ларсоновој изјави: „Старити, а притом остати активан ...“ (Larson, 1999), подразумевајући, при том, продужење радног века, односно повећани радни ангажман популације старије доби, затим целоживотно образовање уз прилагођавање промењеним радним и животним околностима, али и равноправно учествовање у друштвеном и културном животу. Управо томе треба да тежи наше друштво.

Закључак

Како се наша земља према свим наведеним демографским карактеристикама убраја међу најстарије у свету, и тиме се, према свим критеријумима, приближава тренду развијених земаља, морамо имати на уму по свему судећи оправдана упозорења демографа. Њихова зебња упозорава све државе, па и нашу, да под хитно требамо (читај: морамо) предузети одговарајуће мере у сузбијању тзв. „демографског суноврата“. Какве би и које последице при том трпела боље је не сазнати. Ако се настави садашњи тренд опадања природног прираштаја, према упозорењима проф. др Слободана Мишовића, Срби ће постати мањина у сопственој држави. Рађање, најчешће само једног детета, поред ратова и вековног погрома над српским народом, спада у најзначајније узроке његове могуће биолошке смрти.

Поред наведених мера/реформи које предстоје европским друштвима усмерених на решавање проблема све већег броја старих

66 Британски држављанин Фауја Синг је 16. октобра 2011. године постао први стогодишњак који је успео да истрчи маратон Торонто Ватерфронт у Канади. Доказ је да је ипак све могуће.

људи у годинама које нам следе, нашта је посебно указао Пуљиз у свом раду *Старање становништва - изазов социјалне политике* (Puljiz, 2016), и бојазности да наши народи не доживе судбину народа који су раније живели на овим просторима, а нестали су, аутори свој прилог завршавају упозорењем да нам је под хитно потребна демографска обнова Србије - као значајно развојно и национално питање. Подизање квалитета живота (не само старих) и здравствене културе становништва треба да буде један од приоритетних циљева у стратегији националне демографске обнове. Посебну одговорност за афирмацију етичких и других вредности у области демографске обнове становништва треба да имају образовне институције, и сви њени чланови; цивилни сектор и невладине организације, али и представници медија.

На хитност реаговања нашег друштва упозорава и изјава песника Јована Јовановића Змаја: "Старост долази изненада, а не постепено као што се мисли".

Литература

1. Avramov, D., Maskova, M. (2013): "Active ageing in Europe". *Population Studies*, No. 41. Strasbourg: Council of Europe.
2. Beers, M., Berkow, R., (2000): "The Merck manual of geriatrics". 3rd ed., *Merck Research Laboratories*, New York, 9-23.
3. Đorđević, M., Obradović, S., Lojanica, N. (2014): "Komparativna analiza regionalne razvijenosti šumadijskog i ostalih regiona u Republici Srbiji", *Stanje i perspektive ekonomskog razvoja grada Kragujevca*, Kragujevac: Ekonomski fakultet, 53-60. [Comparative analysis of regional development of Sumadija and other regions in Serbia]
4. *Council of Europe*. (2004). *Recent Demographic Developments in Europe*, Council of Europe Publishing, Strasbourg.
5. Esping-Andersen, G., Palier, B. (2008): *Trois leçons sur l'État-providence*. Paris: Editions du Seuil et La République des Idées.
6. *Eurostat*. (2013). 2013. Eurostat.
7. *European Commission*. (2009). *Rapport 2009 sur vieillissement*. Bruxelles: European Commission. Available at <http://eur-lex.europa.eu/legalcontent/FR/TXT/?uri=URISERV%3Aem0020>.
8. Larson, A. (1999): *Active ageing: Promoting a European society for all ages*. Brussels: European Commission. Available at <http://bookshop.europa.eu/en/forum-special.-active-ageingpromoting-a-european-society-for-all-agespbCENF98S01/>.

9. Миланков, М., Опачић, Б. (2012): *Култура старења и стари у култури - културни живот и потребе у трећем добу*, Завод за проучавање културног развојка, Београд. [Culture of aging and old culture - cultural life and the needs of the third age]
10. Милосављевић Н. (1999): "Старење популације – демографски аспекти старења", у: Милосављевић Н. (1999): *Геронтологија – старење и старост*, 2 изд., Нови Сад: Медицински факултет, 30-4. [Aging population - demographic aspects of aging]
11. Mendras, H. (2004): *Europa i Europljani. Sociologija Zapadne Europe*. Zagreb: Masmedia. [Europe and Europeans. Sociology of Western Europe]
12. Notestein, F. M. (1954): "Some demographic aspects of ageing". *Proceedings of the American Philosophical Society*, 98(1), 4-21. Available at <http://www.jstor.org/stable/3143668>.
13. Пенев, Г. (1993): *Геронтологија*, Београд. [Gerontology]
14. Петровић Ј, Јовановић З. М. (2012): "Социодемографске карактеристике становништва југоисточне Србије – потенцијал или блокатор друштвеног развоја?", у: Зборник радова: *Становништво југоисточне Србије: утицај демографских промена у југоисточној Србији на друштвени развој и безбедност*, Ниш: Институт за социолошка истраживања Филозофског факултета. [Socio-demographic characteristics of the population of South East Serbia - the potential blocker or social development]
15. Prođovic, T., Ignjatovic-Ristic, D., Prođovic-Miljković, B. (2014): "Bio-Psychosocial Concept of Ageing", *Zbornik radova Filozofskog fakulteta*, Filozofski fakultet Kosovska Mitrovica, 44 (3): 307-324.
16. Puljiz, V. (2011): "Krizna, reforme i perspektive mirovinskih reformi u europskim zemljama i u Hrvatskoj", *Privredna kretanja i ekonomska politika*, 21(129), 27-63. Dostupno na <http://hrcak.srce.hr/file/115357>. [The crisis, reforms and perspectives of pension reforms in European countries and in Croatia]
17. Puljiz, V. (2016): "Starenje stanovništva - izazov socijalne politike", *Rev. soc. polit.*, god. 23, br. 1, 81-98, Zagreb. [Aging population -challenge social policy]
18. Stevanović, R. (2006): "Južna Evropa: demografski najstarija regija Evrope i sveta", у: *Strukturne poromene i demografska kretanja zemalja Južne Evrope*. Ekonomski fakultet, Niš. [Southern Europe: demographically oldest region of Europe and the world]
19. Sumrak, D. (2010): *Opšta gerontologija – Antropologija starosti*. Beograd: Socijalna misao. [General Gerontology - Anthropology age]
20. Turkulov, S., Madle-Samardžić, N., Nićiforović-Šurković, O., Gavrančić, Č. (2007): "Demografski aspekti starenja", *Med. pregled*, LX(5-6), Novi Sad, 247-250. [Demographic aspects of aging]
21. Friganović, M. (1990): *Demogeografija: stanovništvo svijeta*, Školska knjiga, Zagreb. [Demography: the population of the world]
22. Urošević, R. P. (2013): *Bonton starenja ili demanti o starenju*, Gerontološko društvo Srbije, Čigota štampa. [Bonton of aging or denial about aging]

23. United Nations (2000): World Population Prospects. The 2000 Revision (United Nations, Department of Economic and Social Affairs). <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>
24. United Nations (2007): World Population Ageing 2007, Department of Economic and Social Affairs, population division, UN, New York.
25. United Nations (2013): World Population Prospects: The 2012 Revision.
26. Harper, S. (2006): "Addressing the implications of global ageing", *Journal of Population Research*, Vol. 23, No. 2, 205-223.
27. Weil, D. N. (2006): "Population Aging", *Palgrave Encyclopedia of Economics*, 2nd edition, March 2006, 1-15.
28. Wertheimer-Baletić, A. (1999): *Stanovništvo i razvoj*, Mate, Zagreb. [Population and Development]
29. Wertheimer-Baletić, A. (2004): "Depopulacija i starenje stanovništva – temeljni demografski procesi u Hrvatskoj", u: *Društvena istraživanja*, Zagreb, godina 13, br. 4/5, 72-73, 631-651. [Depopulation and Ageing - Crucial Demographic Processes in Croatia]
30. *World Population Prospects* (2015): The 2015 Revision (Key Findings and Advance Tables), UN, New York.

Веб портал:

- [1] - <http://www.nspm.rs/kuda-ide-srbija/sta-nam-zapravo-pokazuju-demografske-projekcije-un.html> (последња посета: 18.07.2016. у 12:19).
- [2] - http://www.fiskalnisavet.rs/doc/istrazivacki-radovi/studija-projekcije_stanovnistva_srbije_od_2010-2060-penev.pdf (последња посета: 18.07.2016. у 13:12).
- [3] - <http://webzrs.stat.gov.rs/WebSite/public/PublicationView.aspx?pKey=41&pLevel=1&pubType=2&pubKey=3069> (последња посета: 18.07.2016. у 13:19).
- [4] - [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Life_expectancy_at_age_65_1980%E2%80%932013_\(years\)_YB15.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Life_expectancy_at_age_65_1980%E2%80%932013_(years)_YB15.png) (последња посета: 18.07.2016. у 13:36).

Dr. sci. med. Tanja T. Prodovic⁶⁷

Milutin Milankovic⁶⁸

PhD Biljana T. Prodovic Milojkovic⁶⁹

Miljan M. Krstovic⁷⁰, student

DEMOGRAPHIC ASPECTS OF AGING AND HEALTHY LIVING OLDER POPULATION

Abstract:

The economic crisis and political transition, influenced the movement and structure of the population, in both developed and developing countries. A number of unfavorable demographic trends have continued and even intensified during the 20th century, and some demographic processes (aging population, depopulation) were given a more pronounced form in the area of south-eastern Serbia, so that their more powerful manifestation is expected in the 21st century. Calculation of the demographic aspects of aging has become a necessity, especially because the aging of the population leads to a number of health, social, economic and other circumstances and problems. The changes brought by the aging process, such as retirement, functional disability, increased risk of disease and disability, financial dependence, social exclusion, loss of a close person, result in a need of elderly people for family support, as well as organizational measures of local and wider community or the development of networks and forms of protection of elderly and disabled people.

The aim is to analyze the process of population aging in the world and in our country, with special emphasis on basic demographic problems facing our country, conducive to this process. The following presents the projections of population aging both in the world and in our country. The final part of the work is focused on emphasizing the importance of equal conditions of elderly people in society, but also providing benefits to their quality of life and health, as a condition of productive life in the old age.

This analysis will be achieved by employing statistical data, particularly from the census, in consultation with foreign and domestic allegations of rich professional and scientific demographic and total geographical literature.

Key words: Ageing, age, life expectancy, healthy life, health, population index.

67 **Dr. sci. med. Tanja T. Prodovic**, Faculty of Medical Sciences - Kragujevac

68 **Milutin Milanković** Medical College, Belgrade

69 **PhD Biljana T. Prodovic Milojkovic**, Faculty of Philosophy, Nis

70 **Miljan M. Krstovic, student**, Faculty of Medicine, Nis

II ГЕРИЈАТРИЈА

Стручни рад
УДК: 616.379-008.64-053.9
616.379-008.64-053.9
Рад послат: 22. 08. 2020.
Рад прихваћен: 16. 09. 2020.

Љубинка Живојиновић⁷¹
Кристина Тошовић⁷²
Драгана Живојиновић⁷³
Небојша Лађевић⁷⁴
Дејан Нешић⁷⁵

ИЗАЗОВИ У СПРОВОЂЕЊУ САМОКОНТРОЛЕ КОД СТАРИЈИХ ОБОЛЕЛИХ ОД ДИЈАБЕТЕСА ТИП 2 НА ИНСУЛИНСКОЈ ТЕРАПИЈИ

Резиме:

Увод и циљ: удруженост физиолошких, социјалних, психолошких, медицинских и економских параметара који прате старије животно доба, издвајају ову групу у изузетно вулнерабилну популацију. Зна се да је патологија старијих од 65 година комплексна, полисимптоматска, да захвата више органа што намеће потребу нових приступа у лечењу. С друге стране, шећерна болест тип 2 као еквивалент кардиоваскуларне болести, одликује се непрекидним пандемијским порастом. Због својих пратећих хроничних компликација, ђећерна болест представља велико оптерећење и за појединаца, као и за здравствени, социјални и економски систем. Интензивна дугорочна интервенција, као и стална едукација која у себи обухвата и спровођење самоконтроле, имају за циљ да утичу на мултипле факторе ризика и да значајно смање ризик од микро и макроваскуларних компликација.

Методе рада: спроведена је моноцентрична проспективна студија у групи од 140 испитаника оболелих од дијабетеса тип 2 на инсулинској терапији, који су били старији од 65 година, у периоду август 2018. год. - октоба 2019. год.

71 Специјална болница за лечење и рехабилитацију “Меркур” Врњачка Бања, Србија

72 Специјална болница за лечење и рехабилитацију “Меркур” Врњачка Бања, Србија

73 Специјална болница за лечење и рехабилитацију “Меркур” Врњачка Бања, Србија

74 Центар за анестезиологију и реаниматологију, Клинички центар Србије

75 Институт за медицинску физиологију, Медицински факултет, Универзитета у Београду

у Специјалној болници “Меркур” у Врњачкој Бањи. Евалуирани су следећи параметри: трајање дијабетеса и инсулинске терапије, индекс телесне масе (BMI), гликолизирани хемоглобин (HbA1c), спровођење самоконтроле гликемије по препорукама у кућним условима, придржавање правилне исхране, контрола телесне масе, мерење крвног притиска, самопреглед стопала, као и присуство пратећих хроничних микро и макроваскуларних компликација. Резултати су статистички обрађени, табеларно и графички приказани.

Резултати рада: у групи (140) је било особа мушког пола (М) 44,28% (62) и особа женског пола (Ж) 55,71% (78), просечне старости М 69,54±4,65 и Ж 72,20±6,28 год., просечно трајање дијабетеса мелитуса Ж 15,90 ±7,6 год. и М 12,94±6,28 год.; просечно трајање инсулинске терапије: М 9,6±4,4 год. и Ж 9,8±5,2 год. Просечни HbA1c 8,1±2,0 % Ж и 7,5±1,6 % М. Гојазност (BMI≥30,0 kg/m²) је била присутна код 47,85%. Редовну самоконтролу гликемија наше спроводи 28,57%, постпрандијално 20,7%, целодневни профил 11,4%. Правилно се храни релативно се придржава 53,57%, не придржава се 18,57%. Свакодневну контролу крвног притиска спроводи 25,7%, повремено 45,7%, ретко 17,1%. Контролу телесне масе испитаници недељно не спроводе, месечно 26,4%, повремено 40,0%. Самопреглед стопала редовно спроводи 84,28%. Учестаност хроничних компликација: две или више има 75,7% а без компликација је 4,2%.

Закључак: у популацији старијој од 65 година незадовољавајућа гликорегулација, гојазност и висока учестаност пратећих хроничних компликација, прате шећерну болест тип 2 на инсулинској терапији. Од самоконтроле редовно се спроводи самопреглед стопала и значајно контрола јутарње гликемије наше и крвног притиска, релативно постпрандијална гликемија, док се најређе спроводи контрола телесне масе и целодневног профила гликемија. Редовна самоконтрола гликемије је значајна у циљу постизања добре гликорегулације. Самоконтрола телесне масе је још увек недовољна, што се може објаснити недовољном просвећеношћу и едукацијом, као и слабљењем мотивације. Несумњиво је значајно стално спровођење едукације и мотивације пацијента у редовном спровођењу самоконтроле ради превенције пратећих хроничних компликација.

Кључне речи: дијабетес тип 2, инсулин, самоконтрола, едукација, превенција, хроничне дијабетесне компликације.

Увод

Удруженост физиолошких, социјалних, психолошких, медицинских и економских параметара који прате старије животно доба, издвајају ову групу у изузетно вулнерабилну популацију. Зна се да је патологија старијих од 65 година комплексна, полисимптоматска, да захвата више органа што намеће потребу нових приступа у лечењу (1, 2, 3).

Шећерна болест тип 2 као еквивалент кардиоваскуларне болести, одликује се непрекидним пандемијским порастом. Због својих пратећих хроничних компликација, представља велико оптерећење и за појединаца, као и за здравствени, социјални и економски систем (4, 5).

Комплексност дијабетеса је све већа у старијем животном добу. И даље се у потпуности не познају поједине специфичности испољавања болести (неми инфаркти, хипогликемијске реакције...). Аутономна неуропатија која ремети функцију многих органа и чешће појаве разних инфекција, такође су карактеристика оболелих у старијем животном добу (6, 7)

При одређивању циљних вредности HbA1c и уопштених терапијских циљева (актуелна гликорегулација, нормотензија...), треба узети у обзир високу старосну доб, трајање дијабетеса, ризик за развој хипогликемија, присуство хроничних компликација и коморбидитета, начин живота, као и мотивацију оболелог (8, 9).

Зна се да се хроничне компликације микро и макроваскуларног типа, јављају код већег броја оболелих након дужег трајања болести и да је поред хроничне хипергликемије, од значаја и генетска предиспозиција. Око 25-50% испитаника никад не оболи од озбиљне ангиопатије (1,2,3). Постоји удружено деловање више независних фактора ризика: неки се јављају често удружени с дијабетесом, други су и саме компликације дијабетеса мелитуса а трећи су последица начина живота. Још је Фрамингхамска студија показала високу учестаност коронарне болести, инфаркта миокарда, конгестивне срчане инсуфицијенције, напрасне смрти и периферне васкуларне болести код оболелих од дијабетес мелитуса. Интензивна дугорочна интервенција, као и стална едукација имају за циљ да утичну на мултипле факторе ризика, што може значајно смањити ризик од микро и макроваскуларних догађања, чак и до 50% (10, 11, 12).

Циљ

Циљ овог нашег истраживања био је да покаже колико је у старијој популацији која болује од дијабетес мелитуса тип 2, значајно спровођење редовне самоконтроле, пре свега гликорегулације (гликемија наше и постпрандијално, целодневни профил, HbA1c), што је значајно повезано са смањењем ризика од развоја компликација дијабетес мелитуса тип 2. Редовна едукација која у себи укључује и препоруке о редовном спровођењу самоконтроле не само гликемије, већ и крвног притиска, телесне масе и прегледа стопала, пре свега у кућним условима, као и придржавања правилног начина исхране и терапијских циљева,

има несумњив значај у превенцији и успоравању пратећих хроничних дијабетесних компликација. Колико строга контрола гликемије превенира или успорава микроваскуларне компликације дијабетес мелитуса тип 2 у старијој популацији, питање и даље остаје.

Методе рада

Сprovedена је моноцентрична проспективна студија у групи од 140 испитаника, старијих од 65 година, оболелих од дијабетеса мелитуса тип 2 на инсулинској терапији, у периоду август 2018. год. - новембар 2019. год. у Специјалној болници "Меркур" у Врњачкој Бањи. Старост већа од 65 година је прихваћена по ранијој класификацији Светске здравствене организације (World Health Organization).

Евалуирани су параметри: трајање у годинама дијабетеса и инсулинске терапије, гликолизирани хемоглобин (HbA1c) и % као параметар ретроградне гликорегулације, антропометријски параметри: индекс телесне масе (body mass index, BMI) у kg/m^2 , присуство пратећих хроничних компликација дијабетес мелитуса тип 2: микро - неуропатије, ретинопатије, нефропатије и макроваскуларних: хипертензија, ангина пекторис, стање после инфаркта миокарда, цереброваскуларна болест и дијабетесно стопало, као и неспецифичних компликација (дислипидемија...); затим спровођење самоконтроле гликемија у mmol/L по препорукама у кућним условима (препрандијално тј. ујутру наشته, постпрандијално тј. 2х након оброка и целодневни профил-9х), контрола телесне масе у kg (недељно, месечно, ретко), мерење крвног притиска у mmHg (свакодневно, повремено тј. 2-3х недељно, ретко) и самопреглед стопала (свакодневно, повремено) (12)

Критеријуми гојазности: предгојазни BMI између $25\text{--}29\text{kg/m}^2$, гојазни $\text{BMI} \geq 30\text{kg/m}^2$ (WHO). HbA1c $<7,5\%$ задовољавајућа ретроградна гликорегулација за старију популацију (Европско удружење кардиолога, European Society of Cardiology (ESC) / Европско удружење за истраживање дијабетеса, European Association for the Study of Diabetes (EASD)); гликемија наشته $<7,8\text{ mmol/L}$, а постпрандијално $<11\text{--}12\text{ mmol/L}$. Параметри су евалуирани из донете медицинске документације (дневници самоконтроле, посебне белешке о контролама гликемија и крвног притиска на самомерачу, специјалистички извештаји), као и из болесничких и електронских картона. Гликемија је одређивана на личним глукометрима. HbA1c је рађен на аналајзеру. Резултати су статистички обрађени, табеларно и графички приказани (13, 14).

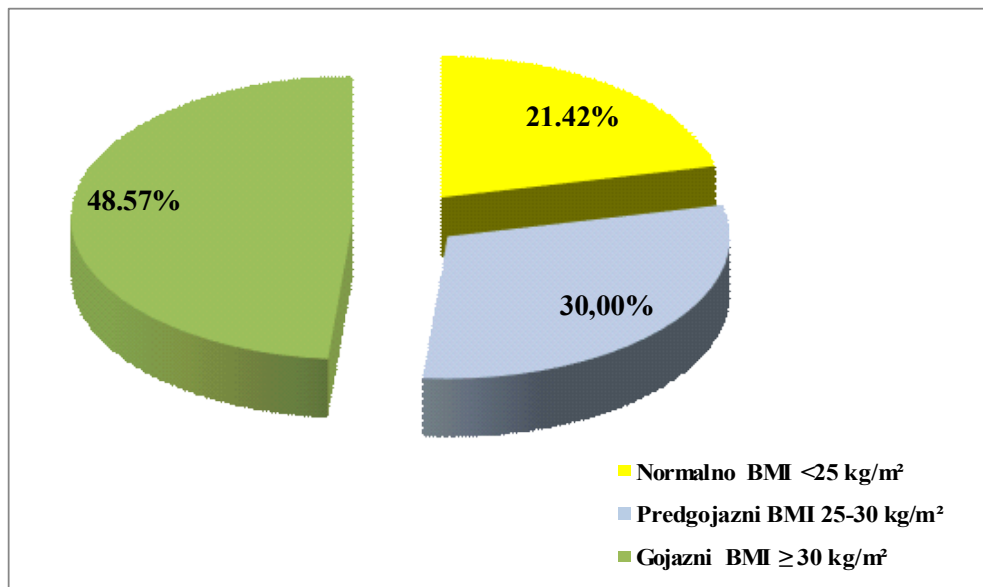
Резултати рада

У испитиваној групи (N=140) мушкараца је било 44,28% (62) а жена 55,71% (78). Особе женског пола су незнатно старије $72,20 \pm 6,28$ год. у односу на особе мушког пола $69,54 \pm 4,65$. Трајање дијабетеса је нешто дуже код особа женског пола и $15,90 \pm 7,6$ год. у односу на мушкарце $12,94 \pm 6,28$ год. Просечно трајање инсулинске терапије је такође нешто дуже код жена $9,80 \pm 5,20$ год., а код мушкараца $9,60 \pm 4,40$ год. Просечни гликолизирани хемоглобин био је $8,10 \pm 2,00\%$ код жена и он је незадовољавајући, док је код мушкараца био релативно задовољавајући и био је $7,50 \pm 1,60\%$. (Табела бр. 1). У односу на укупан број испитаника њих 48,57% је било гојазних, а предгојазних је било 30,00%. Принципе правилне исхране користи примењује и свакодневно се придржава њих 28,00%, релативно примењује 53,50%, не примењује 18,50% (Графикон бр. 1). Редовну самоконтролу гликемија наше спроводи 28,57%, постпрандијално 20,70%, целодневни профил 11,40% (Графикон бр. 2). Свакодневну контролу крвног притиска спроводи 25,70%, повремено 45,70%, ретко 17,10%. Већина има две или више хроничних компликација дијабетес мелитуса тип 2 њих 75,70% а без компликација је 4,20% (Графикон бр. 3). Контролу телесне масе недељно испитаници не спроводе, месечно спроводе 26,40%, повремено спроводе њих 40,00%. Самопреглед стопала редовно спроводи 84,28% (Графикон бр. 4).

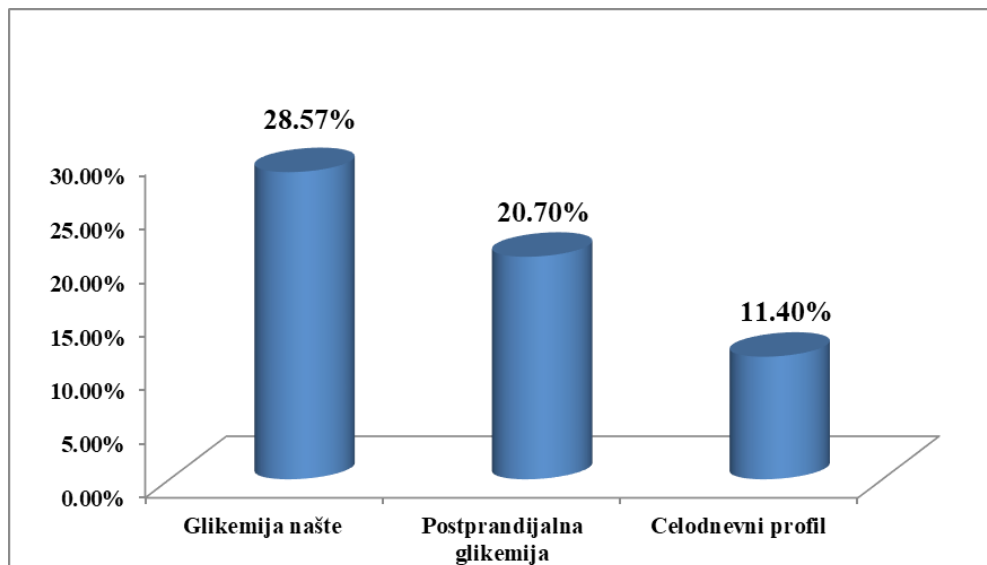
Табела бр.1 Структура испитаника оболелих од дијабетес мелитуса тип 2 према старости, трајању дијабетеса мелитуса тип 2, трајању инсулинске терапије и HbA1c у односу на пол

ПОЛ	N		СТАРОСТ (године)		ТРАЈАЊЕ ДИЈАБЕТЕСА (године)		ИНСУЛИНСКА ТЕРАПИЈА (године)		HbA1c (%)	
	n	%	X	±SD	X	±SD	X	±SD	X	±SD
М	62	44,28	69,54	4,65	12,94	6,28	9,60	4,40	7,50	1,60
Ж	78	55,71	75,20	6,28	15,90	7,60	9,80	5,20	8,10	2,00
Укупно	140	99,99	72,6	5,56	14,59	7,01	9,70	4,80	7,80	1,80

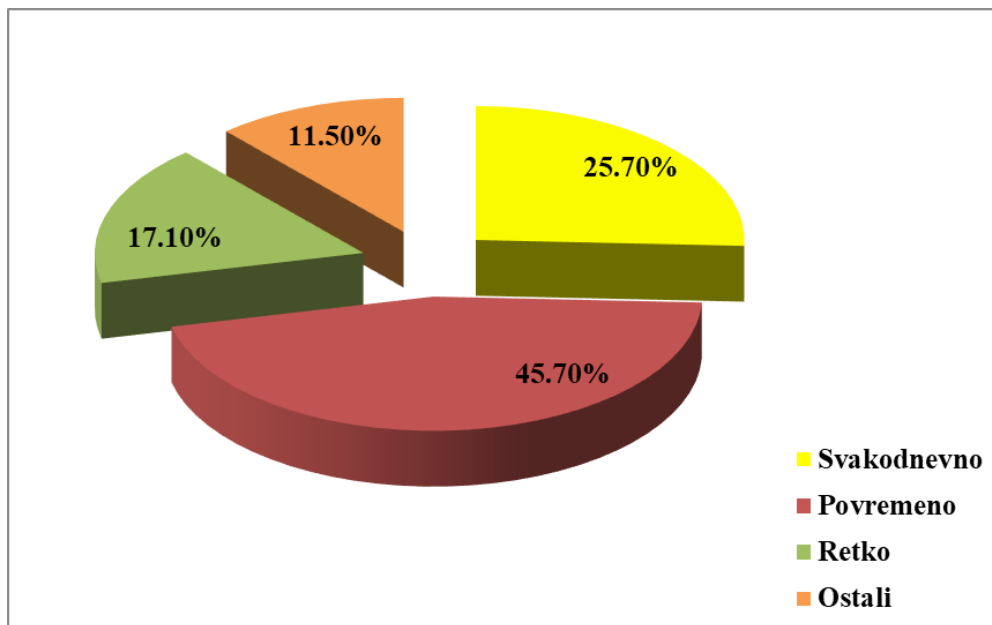
Графикон број 1. Структура испитаника према степену ухрањености



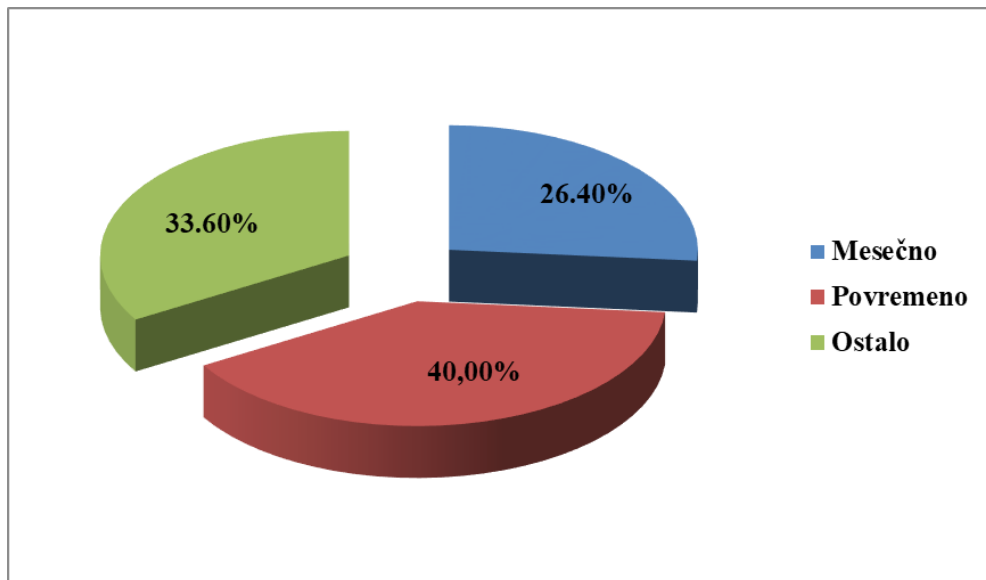
Графикон број 2. Самоконтрола гликорегулације код испитаника обелих од дијабетес мелитуса тип 2



Графикон број 3. Самоконтрола крвног притиска код испитаника обелих од дијабетес мелитуса тип 2



Графикон број 4. Самоконтрола телесне масе код испитаника обелих од дијабетес мелитуса тип 2



Дискусија

Досадашње спроведене студије о самоконтроли у дијабетесу, углавном су мултифакторијалне и јасних ставова још увек нема. По подацима многих студија, уочава се да код пацијената који примењују самоконтролу, морбидитет се смањује за око трећину, а морталитет за око 40%. ROSSO (Retrospective Study Self Monitoring of Blood Glucose and Outcome in People with Type 2 Diabetes) је прва велика кохортна студија о утицају самоконтроле гликемије. У групи са самоконтролом дошло је до пада просечног HbA1c са 8,2% на 7,1% и да је за 32% нижа стопа морбидитета (као и хроничних компликација) и за 51% нижи морталитет (после мултиплих подешавања). Ова студија је показала да у Савезној Републици Немачкој 47% испитаника врши самоконтролу, а у Републици Србији само 25% испитаника (5, 14, 15, 16).

У последњих десетак година, значај едукације је потенциран у Србији и у том смислу Специјална болница "Меркур" у Врњачкој Бањи 2008. године је промовисана као први Национални едукациони центар за оболеле од дијабетес мелитуса тип 2. Рађена је велика мултицентрична студија (40 Домова здравља у Србији и Специјална болница "Меркур") о утицају структурисане самоконтроле уз примену посебних едукативних средстава и доказан је значајан повољан ефекат на метаболичку контролу, липидни статус и смањење учестаности хоспитализација (9, 10, 11, 17).

Према подацима Регистра за дијабетес оболевање расте са старењем, као и пратеће хроничне компликације. Зна се да је дијабетес у старој популацији често удружен с настанак и развој кардиоваскуларних болести и да се узајамно могу погоршавати. Бројне стидије, а нарочито Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) и The United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) јасно су показале да са лошом метаболичком контролом расте ризик за кардиоваскуларне болести (2, 3). Студије као ACCORD, ADVANCE, UKPDS i Glycemic Control and Complications in Diabetes Mellitus Type 2 (VADT) нису донеле прецизне одговоре на питања којим терапијским протоколом (агресивнијим или умеренијим), циљним нивоом гликемије и на којој популацији, која би била довољно репрезентативна, треба приступити пацијентима оболелим од дијабетес мелитуса тип 2 са кардиоваскуларним компликацијама (1, 5, 10, 12, 18, 19).

Гојазност као близаначка болест са дијабетесом тип 2 и као независан фактор ризика, потенцира висок ризик за развој пре свега исхе-

мијске болести срца (3, 20, 21). Несумњиво је значајно стално спровођење едукације и мотивације пацијента у редовном спровођењу самоконтроле ради превенције, мада у старијем животном добу, више ради успоравања хроничних компликација.

Подаци у овој групи су за нијансу бољи што указује и да су терапијски циљеви блажи и индивидуално посатављени, као и да едукација у старој популацији има своје место у побољшању квалитета живота оболелих (9, 10, 11, 22).

Закључак

У старој популацији ретроградна гликорегулација (HbA1c) је варијабилна у дијабетес мелитусу тип 2 на инсулинској терапији: код мушкараца је задовољавајућа, док је код жена незадовољавајућа. У обзир се морају узети специфичности: трајање дијабетеса мелитуса тип 2, нестабилност поменуте болести, слабија физичка активност, пратеће хроничне компликације и коморбидитети, као и блажи терапијски циљеви. Гојазност потврђује да је близаначка болест дијабетеса мелитуса тип 2. Добра метаболичка контрола је главна превентивна мера у циљу спречавања и успоравања компликација. Редовна самоконтрола гликемија је значајна у циљу постизања добре гликорегулације. Треба напоменути да је у старијем животном добу ређе коришћење глукометра и због немогућности набавке тракица услед слабијег социјалног статуса, али и слабијих когнитивних способности. Самоконтрола крвног притиска и телесне масе је још увек недовољна, што се може објаснити слабљењем мотивације, али и недовољном просвећеношћу. Због социјалног статуса већина оболелих нема самомерач крвног притиска, тако да је самоконтрола ређа.

Стална едукација је неопходна ради здравствено одговорног понашања сваког оболелог од дијабетеса мелитуса тип 2.

Литература

1. Јањић М., Нешић Д. Карактеристике и потребе старијег становништва Србије. Зборник уводних саопштења, VI Геронтолошки конгрес Југославије са међународним учешћем "Старење и старост - за безбеднији и активни живот", 12.-16. Мај 2002., Врњачка Бања:11-23.

2. Јањић М., Нешић Д. Квалитет живота у старости. VII Национални Геронтолошки Конгрес са међународним учешћем "Квалитет живота у старости - изазови XXI века", Зборник уводних реферата, 2006, 09. - 12. Мај, Врњачка Бања: 09-14.
3. Nešić D., Pantić I., Mazić S. The aging theories: yesterday, today, tomorrow. X Interantional Gerontological Congress "Ageing and human rights" International Congress Proceedings 2018, 18. - 19. May, Belgrade: 75-92.
4. Национални комитет за израду Водича клиничке праксе у Србији. Радна група за дијабетес, Водич за дијагностификовање и лечење Дијабетес меллитус, 2012, Београд.
5. Ismail-Beigi F., Moghissi E., Tiktin M., Hirsch I. B., Inzucchi E. S., Genuth S. Individualizing glycemic targets in type 2 diabetes mellitus: implications of recent clinical trials. *Ann Intern Med.* 2011, 154: 554-9.
6. UKPDS Group, Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes 1999, *BMJ*: 1125-36.
7. The ACCORD Study Group. Effects of intensive blood pressure control in type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2010; 362: 1575-85.
8. Sharp S., Boekholdt S. M., Sargeant L. A., Khaw K. T., Wareham N. J., Griffin S. J. Evaluation of the Framingham risk score in the European Prospective Investigation: does adding glycerid hemoglobin improve the prediction of coronary heart disease events? *Arch Intern Med* 2008;168: 1209-16.
9. Živojinović Lj., Tošović K., Živojinović D., Topalović I., Milićev S., Suzić Lazić J., Mazić S., Nešić D. Self-control in diabetes type 2 on insulin therapy for prevention of chronic complications. 3rd International Scientific Conference "Sport, recreation, health" 2019; 10-11. May, Belgrade, Serbia, Conference Proceedings: 40-7.
10. Nešić D., Živojinović D., Živojinović Lj., Mazić S., Pantić I., Žikić D., Lađević N., Komatina S. New approaches and challenges in the treatment of diabetes in the special hospital "Merkur" Vrnjacka Banja. 7th International Congress: "Biomedicine and geosciences - influence on human health" 2017 - Congress proceedings; 24. - 26. Maj, Beograd, Republika Srbija: 57-65.
11. Živojinović D., Živojinović Lj., Stanojević D., Nešić D. The importance of prevention of chronic complications diabetes mellitus type 2. 5th International Congress: "Biomedicine and geosciences - influence on human health" 2015 - Congress proceedings; 03. - 04. Mart, Beograd, Republika Srbija: 171-9.
12. Nešić D., Živojinović D., Živojinović Lj., Mazić S., Suzić-Lazić J., Suzić S., Komatina S. The importance of balneological treatment in therapy of diabetes mellitus. 6th International Congress: "Biomedicine and geosciences - influence on human health" 2016 - Congress proceedings; 18. - 19. April, Beograd, Republika Srbija: 115-24.
13. The task force for diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and

- cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *European Heart Journal* 2020; 41: 255-323.
14. International Diabetes Federation. *Guideline for Management of Postmeal Glucose*, 2007, Brussels, Belgium.
 15. American Diabetes Association. *Standards of Medical Care in Diabetes-2013*. *Diabetes Care* 2013, 36 (suppl 1): S11-S66.
 16. The ADVANCE Collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008; 358: 2560-72.
 17. Републичка стручна комисија за израду и имплементацију водича у киничкој пракси. Гојазност-Национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити, Министарство здравља Републике Србије, 2011.
 18. Kempf K., Kruse J., Martin, S. ROOSO-in-praxi follow-up: Long-term effects of self-monitoring of blood glucose on weight, hemoglobin A1c, and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes technology & therapeutics* 2012; 14 (1): 59-64.
 19. Nešić D., Živojinović D., Janjić M., Komatina - Petrović S. Balneoclimatological potential of Serbia - medical importance and use. 4th International Congress: "Biomedicine and geosciences - influence on human health" 2014 - Congress proceedings; 17. - 18. Maj, Beograd, Republika Srbija: 15-6.
 20. Živojinović D., Živojinović Lj., Karamarković D., Ninković V., Ilić S., Stanojević D., Nešić D. Effects of prolonged balneological treatment of patient with diabetes mellitus type 2 with chronical complications - case report. 4th International Congress: "Biomedicine and geosciences - influence on human health" 2014 - Congress proceedings; 17. - 18. Maj, Beograd, Republika Srbija: 229-35.
 21. Živojinović D., Živojinović Lj., Karamarković D., Ninković V., Ilić S., Stanojević D., Nešić D. Balneological treatment in Vrnjačka Banja and obesity. 4th International Congress: "Biomedicine and geosciences - influence on human health" 2014 - Congress proceedings; 17. - 18. Maj, Beograd, Republika Srbija: 535-40.
 22. Nešić D., Živojinović D., Živojinović Lj., Mazić S., Pantić I., Žikić D., Lađević N., Komatina S. New approaches and challenges in the treatment of diabetes in the special hospital "Merkur" Vrnjacka Banja. 7th International Congress: "Biomedicine and geosciences - influence on human health" 2017 - Congress proceedings; 24. - 26. Maj, Beograd, Republika Srbija: 57-65.

Ljubinka Živojinović⁷⁶

Kristina Tošović

Dragana Živojinović

Nebojša Lađević⁷⁷

Dejan Nešić⁷⁸

CHALLENGES IN SELF-MONITORING IMPLEMENTATION IN OLDER PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES ON INSULIN THERAPY

Abstract:

Introduction and objective: the combination of physiological, social, psychological, medical, and economic parameters that accompany older age, distinguishes this group into an extremely vulnerable population. It is known that the older than 65 years pathology is complex, polysymptomatic, involving several organs, which imposes the need for new approaches in treatment. On the other hand, type 2 diabetes, as the equivalent of cardiovascular disease, is characterized by a continuous increase in pandemics. Due to its accompanying chronic complications, it represents a great burden for an individual person, as well as for the health care, social and economic system. Intensive long-term intervention, as well as continuous education, which includes the implementation of self-monitoring, aim to influence multiple risk factors and to significantly reduce the risk of micro and macrovascular complications.

Methods: a monocentric prospective study was conducted in a group of 140 patients with type 2 diabetes on insulin therapy, older than 65 years, in the period August 2018 - October 2019. in the Special hospital for treatment and rehabilitation "Merkur" in Vrnjacka Banja. Parameters were evaluated: duration of diabetes and insulin therapy, body mass index (BMI), glycosylated hemoglobin (HbA1c), implementation of self-monitoring of glycemia according to recommendations at home, adherence to proper diet, weight monitoring, blood pressure measurement, foot self-examination, as well as the accompanying chronic micro and macrovascular complications presence. The results are statistically processed and presented in tables and graphically.

Results: in the group (140) there were male (M) 44.28% (62) and female (F) 55.71% (78), average ages M 69.54 ± 4.65 and F 72.20 ± 6.28 years, average duration of diabetes F 15.90 ± 7.6 years and M 12.94 ± 6.28 years; average duration of insulin ther-

76 Ljubinka Živojinović, Kristina Tošović, Dragana Živojinović Special Hospital for Treatment and Rehabilitation "Merkur" Vrnjacka Banja

77 Nebojša Lađević Center for Anesthesiology and Reanimatology, Clinical centre of Serbia, Faculty of Medicine, University of Belgrade, Serbia

78 Dejan Nešić Institute of Physiology, Faculty of Medicine, University of Belgrade,

apy: M 9.6 ± 4.4 years and F 9.8 ± 5.2 years. Average HbA1c $8.1 \pm 2.0\%$ F and $7.5 \pm 1.6\%$ M. Obesity ($\text{BMI} \geq 30.0 \text{ kg/m}^2$) at 47.85%. Regular fasting blood glucose self-monitoring is performed by 28.57%, postprandial 20.7%, full-day profile 11.4%. 53.57%, not 18.57%, adhere to a proper diet. Daily blood pressure monitoring is performed by 25.7%, occasionally 45.7%, rarely 17.1%. Weight monitoring is not performed weekly, 26.4% per month, occasionally 40.0%. Foot self-examination is regularly performed by 84.28%. Incidence of chronic complications: two or more 75.7% and with no complications 4.2%.

Conclusion: in the population older than 65 years of age, unsatisfactory glucoregulation, obesity and high frequency of accompanying chronic complications accompany type 2 diabetes mellitus on insulin therapy. From self-monitoring, foot self-examination and significant monitoring of morning fasting blood glucose and blood pressure, relatively postprandial glycemia are regularly performed, while body weight monitoring and all-day glycemic profile is rarely performed. Regular glycemic self-monitoring is important to achieve good glucoregulation. Self-monitoring of body weight is still insufficient, which can be explained by insufficient enlightenment and education, as well as weakening of motivation. Undoubtedly, the constant implementation of education and motivation of the patient in the regular implementation of self-monitoring to prevent the accompanying chronic complications is important.

Key words: type 2 diabetes, insulin, self-monitoring, education, prevention, chronic diabetic complications.

IV ИЗ АРХИВЕ ГДС

Др Душан Петровић

ПРОГНОЗА ИСХОДА ДЕПРЕСИЈЕ У СТАРОСТИ⁷⁹

Питање прогнозе исхода појединих поремећаја у психотерапији је постало значајније од времена, када су неки од њих, као на пример афективни поремећаји, захваљујући новим терапијским мерама и средствима, у последњих неколико година постали у већини случајева транзиторне природе и излечиви. Међутим, упркос таквим променама, још увек је велики број аутора који сматрају да је сваки покушај доношења прогнозе недовољно комплетан или немогућ (Goldfarb, 1967).

1. Преглед и анализа литературе

Post је (1962) катамнестички испитао 61 депресивног болесника, старијег од 60 година, 8 година после њихове хоспитализације, и нашао да их је: 19% било брзо и потпуно опорављено; 35% је дуготрајније боловало, али са трајним излечењем без социјалног пропадања; 28% је било непотпуно излечено са умереним социјалним пропадањем; а 18% је остало трајно болесно, са потпуном социјалном депривацијом.

Са прогностичке тачке гледишта, у овом су раду истакнути следећи фактори као повољни за исход: почетак депресије пре 70. године; мало или никакво наследно оптерећење; добра еволуција претходних депресивних фаза пре 60. године; екстровертирана преморбидна личност; до-

⁷⁹ Рад је први пут објављен 1973. године, у првом броју часописа *Геронтологија* (на стр. 294-303), 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“.

бри социјални и професионални односи ван породичног круга; одсуство дистимичних и циклотимичних црта; укључујући ту и схизоидне црте.

У закључку, аутор сматра да је развој депресије у старости исти као и у ранијем животном добу.

Anderson (1937) инсистира на неповољном прогностичком значају наследне оптерећености и извесним симптомима, као што су: параноидне црте, идеје негације, бизарне и апсурдне суманутости. Скоро исти закључци, што се тиче прогностичке вредности таквих симптома, налазе се и код Abelya (1923).

У једној лонгитудиналној студији, која је трајала годину дана и обухватала 229 болесника, старијих од 60 година, Kay, Norris i Post (1955, 1956) издвојили су низ фактора као неповољне за прогнозу исхода депресије у старости: мушки пол, старост изнад 80 година психоорганично обољење, одсуство дефанзивних функционалних реакција (афективне параноидне, неуротичне реакције), наглашена социјална изолација, одсуство ранијих психичких декомпензација које су се завршавале добрим ремисијама.

У једном резимеу о депресијама у старости, Post је дошао до закључка (1963), а је практично једини фактор значајан за лошу прогнозу, присуство прогресивног органичног обољења мозга или неког другог виталног органичног система.

У недостатку других систематских студија о исходу депресивности у старости, корисно је, у оквиру ове проблематике, указати на још неке податке из литературе. Тако се често истицло да се са годинама депресије погоршавају (Mauz 1930, Bonstroem 1958, Lundquist 1945, Daumezon 1954, Kinkelin 1954, Watts 1956, Riemann 1960, Weitbrecht 1960 i Ey 1963). У интересу бољег разумевања овог уопштеног тврђења, потребно је објаснити често двоструки значај овог појма. У еволуцији депресије се тако описују: трајање, фреквенција и тежина стања.

Само један незнатан број депресија еволуира ка хроничном стању. Drapelin (1913) је већ изнео, указујући на многобројне повољне еволуције, да је ризик за хронификацију већи у старијем добу, нарочито када се артериосклеротични или дементни поремећаји здруже са почетним обољењем. Medow је (1922) описао једну групу торпидних депресија инволутивног доба, које постепено еволуирају уз развој психоорганичних поремећаја ка инхибираном, ригидном и монотоним хроничним стању („Erstarrebde Ruckbildungsdepression“). Petrowitsh (1959) сматра да су то манијакално-депресивне психозе модифициране инволутивним факто-

рима. Овде треба поменути и Ј. Еуа (1954), који говори о повременом јављању „хроничног меланхоличног хабиуса“ са извесним интелектуалним слабљењем и с „секундарном деменцијом“ (раније названа „везанична деменција“) до које долази, нарочито код извесних облика инволутивних депресија.

Библиографски подаци о хроничној еволуцији не везују се специјално за старост, изузимајући већ наведени рад Posta (1962), из којег се види да су 18% од његовог 61 старог депресивног болесника постали хронични болесници. Lundquist је (1945) видео, међу 319 случајева, отприлике 16% хроничних еволуција, често са појављивањем схизофрене симптоматологије, нарочито у случајевима где је болест почела после 30. године живота. Касни почетак се прилично често сматра као лош прогностички знак у радовима Streckera i dr.(1931) Renniea (1942). Kod Kinkelina (1954), скоро једна четвртина од 146 случајева су постали, после 45. године, „стални инвалиди“ (депресија, манија, или хронична схизофренија), нарочито код циркулаторних форми. Међу 60 болесника, који су у време прве хоспитализација имали између 15 и 22 године, и које је Landolt (1957) видео 5-25 година доцније, док код 9 се развила схизофренија. Ако би се применили веома строги критеријуми, трансформације чисте манијако-деопресивне психозе у чисту схизофренију или обратно, биле би изузетно ретке (Sahli је 1959. године нашао само 8 сигурних случајева на 30.000 пријема). С друге стране, Hoch i Rachlin (1941) су нашли међу 5.799 схизофренија 415 случајева који су први пут били дијагностиковани као манијако-депресивне психозе.

Wirbrecht (1953 i 1960), Kinkelin (1954), Angst (1966) и други аутори су привукли пажњу и на једну врсту резидуалног стања до којег каткад долази после само једне депресивне фазе, али чешће после неколико поновљених фаза. Та су стања окарактерисана општим губљењем виталности и полета, ставом који је обично песимистички, ригидан, и са повећаном депресивном реактивношћу (сличан је опис дао Wyrich, 1938). Ernst је (1959, 1962, 1965, и са сар. 1968) нашироко дискутовао и разматрао ова стања, доказујући да је ту реч о неспецифичним резидуалним стањима, која карактерише трајно смањивање потенцијала личности, а која се могу видети исто тако после ендогених схизофрених или манијако-депресивних психоза, као и после тешких неуроza.

Можда би се, исто тако, могли ставити међу резидуална стања извесни хронични случајеви Mauza (1930), који је приметио да се „чисто депресивна симптоматологија временом губи, да болесници на одељењу

раде разумно и тихо, али не оздрављују у потпуности.“ Границе између тих „резидуалних стања“ и „хроничног меланхоличног хабитуса“ (Еу, 1954), који је већ раније наведен, изгледају неодређене.

2. Резултати истраживања

На клиничком материјалу од 80 депресивних болесника, старијих од 65 година, поред испитивања разних карактеристика као што су: клиничка слика, значај старења, психолошких и социјалних фактора у декланширању депресије, и др., извршена је процена исхода депресије. Сви су болесници подељени у две основне групе: у оне који у старости после 65. године први пут болују од депресије (група А) и оне који су и раније већ боловали од депресије (група Б). Ово је учињено и због претпоставке да између ових група постоји разлика која има значаја у настајању, току и исходу болести. Због тога што се радило о кратком временском периоду у коме је обављено посматрање (свега 9 месеци), испитани су само неки аспекти који су од значаја за процену прогнозе исхода депресије у старих особа. Тако су сагледани: питање смртности и брзина реаговања на лечење, а формирна је и посебна скала помоћу које би се на почетку лечења могла одредити прогноза исхода депресије.

А) Смртност

У периоду од 9 месеци, колико је трајало праћење болесника, умрло је ипак 4 (5%) од укупно 80 болесника. Од ових 3 су била из групе А, а 1 из групе Б.

Узрок смрти је био:

У два случаја декомпензована кардиомиопатија,

У једном случају акутни пијелонефритис и

У једном случају Carcinoma intestini.

У фази погорања општег телесног стања болесника који су умрли, примећено је слабљење интензитета депресивности.

Због одбијања породица болесника, обдукција умрлих није извршена ни у једном случају.

Б) Брзина реаговања на лечење

Посебно место имају запажања о брзини повољног реаговања на терапију. Иако је један део болесника лечен диспанзерски а већина стационарно, брзо повољно реаговање на електроконвулзивну терапију треба тумачити врло обазриво. Брзе промене могу често настати као последица деловања на памћење, услед чега депресивни садржаји привремено могу бити потиснути. Уколико се због тога лечење пре вре-

мена прекине, може доћи до рецидива болеси, чим се памћење опорави. У свих болесника анестезија већ после 4-5 електрошокова може довести до оваквих лажних побољшања, а потребно је нагласити да због атрофичне мождане коре у старих особа, електрошок терапија може довести до конфузности и тако замаскирати депресију.

У два депресивна болесника, где је због наглог губљења депресивних сметњи већ после 3 електрошока ово лечење прекинуто, а при томе није одмах ординирана интензивна психофармакотерапија, дошло је до рецидива болести после три недеље од почека тог лажног побољшања клиничке слике.

До сличних искустава дошло се и у 4 болесника који су били на терапији са антидепресивима. После побољшања, које је наступило после 20 дана од почетка лечења, болесници су самовољно смањили дозе антидепресива (реч је била о диспанзерском третману) и после непуних месец дана дошло је до рецидива, који је трајао много дуже него прва фаза болести. Дозе антидепресива морале су бити повећане чак до 50% у односу на оне приликом првог лечења.

В) Скала за процену прогнозе депресивних стања

Користећи се подацима из литературе и искуствима у раду у Саветовалишту за старе особе у Заводу за ментално здравље, сачињена је специјална скала (у прилогу 9, која је требало да омогући, на самом почетку лечења, процену прогнозе исхода депресивних стања у старих особа.

Са овом скалом вршена је процена само једног дела узорка у овом истраживању.

Процена прогнозе исхода болести у депресивних старих особа

Исход болести	до 69 година	70-74 године	75+	Укупно болесника
Повољан исход	18	2	-	20
Делимично повољан исход	3	7	1	11
Неповољан исход	-	1	8	9
У к у п н о	21	10	9	40

Повољна прогноза нађена у групи млађих, а неповољна прогноза у групи старијих. Поред година, за овакву прогнозу допринела је чињеница да је у групи старијих претежан део имао поред депресије и неко органско обољење.

Валидација овакве скале захтева праћење процењених болесника најмање две године, и она је у току, но и поред тога, ова скала већ сада може да на основу својих резултата олакша планирање третмана оболелих.

3. Анализа добивених резултата и закључак

Депресивна стања, уосталом као и већина афективних поремећаја, показују тенденцију спонтаног опоравка, и у највећем броју случајева су временски ограничена. Међутим, према тврђењима неких аутора (Post i др.) у старости постоје и такве депресије које остају трајно.

Дужина трајања болести је у целини увек неодређена, исто тако као и тежина депресивних патњи или социјалних и телесних компликација које се могу јавити у току депресивних стања. Због тога је активни третман, кад год је могућ, једино решење. У случају депресије старих особа, због њихове смањене отпорности на разне инфекције, трауме и претеће смрти, брзина и ефективност интервенције су од посебног значаја. Чак и у случајевима када су депресивна стања праћена можданим органским синдромом, адекватно и промодно лечење може поправити поремећаје у области мишљења, расположења или понашања, па чак и смањити пратеће интелектуалне дефекте, испаде сећања и дезоријентацију.

Исто тако као и у доба средњег животног доба, изгледи за опоравак менталних и социјалних испада у старе особе зависе добрим делом од њене прошлости и преморбидних карактеристика личности. Породични услови и односи у раном детињству, општи животни услови, утичу на ток болести и израженост симптоматологије. Неке специфичне карактеристике болесника, међутим, омогућавају извесну предвиђају исхода депресије.

Из радова Posta, Mattuseka и др., проистиче да је прогноза исхода депресивних и осталих активних поремећаја у старих особа много боља ако су се у одраслом животном добу доста брзо опорављале од сличних тегоба, ако су особе млађе од 70 година, ако су телесно релативно здравије и ако немају знакова органског можданог синдрома. Чак и постојање података из породичне анамнезе о манично-депресивним поремећајима у родитеља, браће или сестара, представља добар знак.

Прогностички исто тако добар знак може бити: релативно нагли наступ депресивне епизоде, јасни преципитирајући фактори, бурни и изражени симптоми и успешно реаговање на третман. Са друге стране, неповољно прогностичко значење имају: позне године наступа прве депресивне епизоде, постојање неких органских болести или органског

можданог синдрома, продужено трајање депресивних тегоба или касни долазак на треман.

Параноидне црте, у току депресивних стања старих особа, раније су сматране за лош знак и биле су основ за предвиђање дуготрајног боловања. Истина је да параноидна стања, у којима има мало афективног, имају обично лошију прогнозу исхода.

Међутим, савремени психофармаколошки, психолошки и биолошки приступи у лечењу параноидних стања знатно су поправили изгледе и прогнозу ових поремећаја. Овome су највише допринели деривати фенотијазина, који смањују анксиозност, затим циљани неуролептици (флуфеназин), који директно делује на поремћаје мишљења, и најзад, психотерапијски рад који смањује напеост и омогућује боље усклађивање оваквих болесника.

Искуства овог истраживања указују да се при прогнози исхода мора водити рачуна и о смртности, која је релативно велика, тј. 5%.

Тешко је, међутим, објаснити да ли је о последица погоршања већ постојећих болести виталних органа током депресије, или је један од уобичајених завршетака афективних поремећаја у старости, јер и поред жеље за смрћу, која се често налази у депресивних старих особа, изузетно су ретки они који нису прихватили понуђену помоћ. Можда је овако значајна инциденција смртности у овом узорку била условљена и недовољним терапијским искуством, недовољном обраћању пажње болестима кардиоваскуларног апарата болесника, недовољној превенцији и низу других фактора. У свком случају, потребно је имати на уму да је смрт један од могућих исхода депресије у старости.

Пошто брзо реаговање на терапију често може да заведе терапеута на смањење терапије, неопходно је указати и на значај планирања терапије. Лечење психофармацима потребно је, у сваком случају, без обзира да ли се планира електроконвулзивна терапија или не. Психофармаци делују нешто спорије, али после једне краће латенције, значајно смањују интензитет симптома и омогућују добро прогнози исхода депресије. Ефекат електроконвулзивне терапије, као и великих доза антидепресива бољи је на почетку болести, када је и интензитет симптома на врхунцу. С друге стране, треба водити рачуна да је брзо побољшање после електроконвулзивне терапије често само замаскирана слика депресивног стања, а не стварно побољшање.

Зато је исправније постављати прогнозу на основу низа фактора као што су: ток болести, укључујући и ранија боловања, породични од-

нос и хередитет и друго, а не само на основу првих реаговања на лечење. Предложеном скалом за процену прогнозе депресије на почетку лечења, утврђено је да прогноза зависи од година живота болесника, пратећих органских обољења, типа личности болесника и других фактора. Несумњиво и брзина реаговања на лечење представља важан фактор.

Иако је предвиђање краја и исхода болести незахвална тема, остаје утисак да се мултидимензионалним приступом у третману, бољим методама детекције и уз помоћ обученог особља, прогноза може да се побољша чак и у случајевима где је донедавно то сматрано илузијом и неостварљивом жељом.

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 не објављивани 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, *Пристап 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/pdfs/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. 48, бр. 1 (2020)
Београд : Геронтолошко друштво Србије, 2020- (Пирот : Pi-Pres). - 24 cm
Полугодишње. - Је nastavak: ISSN 2560-5704 = Геронтологија бр. 2 (2019)
Геронтологија. - ISSN 2560-5704. - Год. 48, бр. 1 (2020)
Извор: локална база података COBISS.SR/NBS