



ИЗ САДРЖАЈА

- ▶ ОДГОВОРИ НА ИЗАЗОВЕ И ПРИЛИКЕ ГЛОБАЛНОГ ТРЕНДА СТАРЕЊА ПОПУЛАЦИЈЕ
- ▶ ЗДРАВСТВЕНО-СОЦИЈАЛНИ ПРОБЛЕМИ СТАРИЈИХ У УСЛОВИМА КОВИД-19 ПАНДЕМИЈЕ
- ▶ УЧЕСТАЛОСТ ДЕПРЕСИВНОСТИ КОД СТАРИЈИХ ОСОБА У СРБИЈИ
- ▶ ПОДРШКА НЕФОРМАЛНИМ НЕГОВАТЕЉИМА ОСОБА КОЈЕ ЖИВЕ СА ДЕМЕНЦИЈОМ
- ▶ ПОТРЕБЕ ЗА УСЛУГОМ ПОМОЋИ У КУЋИ У СЕОСКИМ И ГРАДСКИМ ПОДРУЧЈИМА ГРАДА КРУШЕВЦА

ГЕРОНТОЛОГИЈА
Часопис Геронтолошког друштва Србије

ГЕРОНТОЛОШКО ДРУШТВО СРБИЈЕ
GERONTOLOGICAL SOCIETY OF SERBIA



ГЕРОНТОЛОГИЈА 2/2021 – GERONTOLOGY 2/2021

Часопис Геронтолошког друштва Србије – Review of Gerontological Society of Serbia

Година XLIX

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

Издавач: Геронтолошко друштво Србије | **Published by:** Gerontological Society of Serbia
11000 Београд, Симица 19 | 11000 Belgrade, Simina 19
gdsdecanska@gds.org.rs, www.gds.org.rs

За издавача: Наташа Тодоровић

Главна и одговорна уредница: проф. др Наталија Перишић

Редакцијски одбор:

Проф. др Драгана Динић

Проф. др Љиљана Манић

Проф. др Слободанка Гашић Павишић

Проф. др Ружица Росандић

Проф. др Драгослав П. Милошевић

Dr Sabine Bährer-Kohler

Проф. др Небојша Деспотовић

Проф. др Мирко Петровић

Др Соња Подгорелец

Др Јелена Стојилковић Ђатовић

Др Владан Чокић

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

Доц. др Предраг Ерцег

Асист. др Гордана Михајловић

Припрема и штампа: „Чигоја штампа” 2021.

ISSN 2560-5704. – Год 49, бр. 2 (2021)

Часопис излази два пута годишње

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..... [5–7]

I GERONTOLOGIJA I GERIJATRIJA

Јелена Бирманчевић

ОДГОВОРИ НА ИЗАЗОВЕ И ПРИЛИКЕ ГЛОБАЛНОГ
ТРЕНДА СТАРЕЊА ПОПУЛАЦИЈЕ..... [11–30]

Александра Милићевић Калаших, Ђорђе Терзин, Ана Гавриловић
ЗДРАВСТВЕНО-СОЦИЈАЛНИ ПРОБЛЕМИ СТАРИЈИХ
У УСЛОВИМА КОВИД-19 ПАНДЕМИЈЕ..... [31–59]

Милутин Врачевић, Наташа Тодоровић
УЧЕСТАЛОСТ ДЕПРЕСИВНОСТИ КОД СТАРИЈИХ
ОСОБА У СРБИЈИ..... [61–94]

Сања Николин, Надежда Сатарих, Наталија Перишић
ПОДРШКА НЕФОРМАЛНИМ НЕГОВАТЕЉИМА
ОСОБА КОЈЕ ЖИВЕ СА ДЕМЕНЦИЈОМ [95–113]

Кристина Милошевић
ИДЕНТИФИКОВАЊЕ ПОТРЕБА ЗА УСЛУГОМ ПОМОЋИ
У КУЋИ У СЕОСКИМ И ГРАДСКИМ ПОДРУЧЈИМА
ГРАДА КРУШЕВЦА [115–133]

II ИЗ УГЛА ПРАКСЕ

Мирјана Соколовић

ЕВАЛУАЦИЈА КВАЛИТЕТА ПРУЖЕНИХ УСЛУГА
СЛУЖБЕ ЗА ПОМОЋ У КУЋИ СТАРА ПАЗОВА [137–165]

III ИЗ АРХИВЕ ГДС

- Милош Маџура
СТАРЕЊЕ СТАНОВНИШТВА И ПОПУЛАЦИОНА
ПОЛИТИКА..... [169–180]

IV ПРЕВОД

- Наталија Перишић
EUROPEAN COMMISSION, DIRECTORATE-GENERAL
FOR EMPLOYMENT, SOCIAL AFFAIRS AND INCLUSION,
SOCIAL PROTECTION COMMITTEE – 2021 LONG-TERM
CARE REPORT [182–197]

V ПРИКАЗИ И ПРИЛОЗИ

- Радмила Урошевић
ДЕСЕТИ ДАНИ СЕНИОРА НА ЗВЕЗДАРИ 2021 –
„СРЕБРНО СЕЋАЊЕ И КРЕАТИВНОСТ” [201–203]
- Наталија Перишић
INTERNATIONAL JOURNAL OF CARE AND CARING..... [205–208]
- УПУТСТВО ЗА АУТОРЕ И РЕЦЕНЗЕНТЕ..... [209–212]
- СПИСАК РЕЦЕНЗЕНАТА ЧАСОПИСА
„ГЕРОНТОЛОГИЈА” [213–214]

УВОДНА РЕЧ

Поштовани читаоци, аутори и коаутори објављених радова,

пред вама је други број часописа „Геронтологија” за 2021. годину.

Његов садржај чини пет научних радова фокусираних на различите аспекте старости и старења, рад из угла праксе, рад који упућује на искуство из прошлости, превод међународног документа и приказ једне манифестације и једног научног часописа.

Старење на глобалном нивоу, упоредо са одговором међународних организација у окриљу Уједињених нација на ову проблематику, предмет је рада *Одговори на изазове и прилике глобалног тренда старења популације*. У њему је нагласак на измени глобалног наступа у политици старења, који се састоји у усвајању холистичког приступа и инкорпорирању импликација измењене демографске слике у политичка решења у различитим областима и напорима ка унапређењу права старијих грађана и грађанки.

У раду *Здравствено-социјални проблеми старијих у условима КОВИД-19 пандемије* представљена је пандемија КОВИД-19 са аспекта специфичне ситуације старијих у Србији. У њему се разматрају утицаји пандемије на деменцију и на јавно здравље старијих, као и на њихову социјалну заштиту. Важни су осврти аутора на пружање услуга у заједници, али и у домовима за старије, као и изазов недовољног броја стручних радника у систему социјалне заштите. Истовремено, аутори се осврћу на тзв. инфодемију и констатују да се пажња стручне и научне јавности мора подједнако усмерити на истраживање, разумевање и изналажење решења за штетне пропратне појаве и процесе повезане са пандемијом, који могу бити подједнако девастирајући као и сама болест.

Истраживања учесталости депресивности или депресивних симптома код старијих, уз утврђивање веза између нивоа социјалне

активности старијих и ризика од депресије у фокусу је рада *Учесталост депресивности код старијих особа у Србији*. Аутори указују на то да је учесталост депресивности код старијих чешћа код оних који имају нижи ниво социјалних активности.

Проблематика неге о члану породице који живи са деменцијом анализирана је у раду *Поддршка неформалним неговатељима особа које живе са деменцијом*. У њему су мапиране бојазни које чланови породице имају у погледу неге свог члана који живи са деменцијом. Већ добијени закључци о прекомерној заступљености жена у активностима неформалног неговања члана породице који живи са деменцијом потврђени су и у овом раду, као што се и указује на оснаженост неформалних неговатеља да се баве својом неговатељском улогом уз одређену подршку од стране стручних радника у форми саветодавног рада.

Проблематика помоћи у кући посматрана са аспекта сличности и разлика у градским и сеоским подручјима обрађена је у раду *Идентификовање потреба за услугом помоћи у кући у сеоским и градским подручјима Града Крушевца*. У њему ауторка осветљава потребе корисника услуге помоћ у кући, те факторе који их условљавају, попут територијалне удаљености, услова и културе живљења, навика и слично, а све у циљу развоја постојеће услуге и повећања броја њених корисника у руралном подручју.

Искуства из праксе и непосредног рада са старијима у овом броју „Геронтологије” пренета су са примера Службе за помоћ у кући у Старој Пазови. Овај прилог нуди изузетне увиде у постојећу праксу рада, који истовремено представљају смернице за организацију ове важне услуге. Како се садржај прилога односи на 2020. годину, то се у њему обрађује и проблематика пружања услуге помоћ у кући током пандемије КОВИД-19.

Уочавање проблематике старења као сегмента популационе политике у националним оквирима предмет је рада објављеног у „Геронтологији” 1993. године. Разматрања из овог рада указују на дилеме са којима се наша геронтолошка мисао суочавала деведесетих година прошлог века.

Развој дуготрајне заштите представљаће све већи притисак на савремене државе благостања. Иако је дуготрајна заштита у Србији фрагментисана између здравствене и социјалне, ипак се не може рећи да она не функционише. Међутим, потребна су бројна унапређења у том погледу. Стога је у овом броју „Геронтологије” објављен превод документа Европске уније у ком су мапиране реформе у системима дуготрајне заштите држава чланица у последње четири године. Оне су се у највећој мери односиле на побољшање приступа и приушћљивости дуготрајне заштите, али и њеног квалитета. Подједнако се као важна постављају питања финансирања и запослених у овом сектору.

На крају, садржај овог броја чине и два приказа. Тако су приказани Десети дани сениора на Звездари 2021 – „Сребрно сећање и креативност”, као изванредан пример активног старења у Србији. Приказани су и неки од релевантних радова из часописа “International Journal of Care and Caring”, који би могли бити од значаја за другачије сагледавање националних дилема.

Редакција часописа „Геронтологија” подстиче све научнике, истраживаче и практичаре да поделе са нама на странама часописа „Геронтологија” своја размишљања и дилеме о положају старијих у друштвима, о проблемима са којима се они суочавају и могућностима њиховог решавања.

Главна и одговорна уредница
Проф. др *Наталија Перишић*

I ГЕРОНТОЛОГИЈА И ГЕРИЈАТРИЈА

Прегледни рад
УДК 364.4-053.9(100)“20“
314.117-053.9(100)“20“
316.647.8-053.9
Рад послат: 05.10.2021.
Рад прихваћен: 20.12.2021.

Јелена Бирманчевић*

Универзитет у Београду – Факултет политичких наука

ОДГОВОРИ НА ИЗАЗОВЕ И ПРИЛИКЕ ГЛОБАЛНОГ ТРЕНДА СТАРЕЊА ПОПУЛАЦИЈЕ

Резиме: Старење популације је глобални демографски тренд, који задаје изазове, односно пружа нове прилике друштвима, који захтевају да буду адресирани на глобалном нивоу. Предмет овог рада су кључни изазови и прилике глобалног старења популације, односно одговори међународне заједнице на њих. У раду је коришћена метода анализе садржаја релевантних извештаја међународних организација, научних чланака и монографија. Закључак је да старење популације носи са собом важне изазове за друштво, укључујући притисак на одрживост јавних пензијских и здравствених система, ризик од искључивања и дискриминације старијих, али и отвара нове могућности, попут економског доприноса старијих, њихове бриге о млађим генерацијама, потенцијалних бенефита од знања старијих и њиховог учешћа у друштву. Одговор међународних организација на измењену демографску слику света огледа се у измени приступа у политици старења, односно промоцији усвајања холистичког приступа, инкорпорирања импликација измењене демографске слике у политичка решења у различитим областима и напорима ка развоју права старијих грађана и грађанки. Приметно је да су истраживане импликације старења донекле препознате, али недовољно адресиране у националним политикама старења широм света.

Кључне речи: старење популације, глобално старење, изазови старења популације, прилике старења популације, глобална социјална политика, старији

* Истраживач-приправник, jelena.birmancevic@fpn.bg.ac.rs

1. Увод

Старење популације је једно од највећих достигнућа човечанства, али и један од највећих изазова, који доводи до нових социјалних и економских притисака на државе широм света. Недостатак политичких решења креираних у складу са овим изазовима води ка осиромашењу милиона старијих грађана, уместо до развоја друштава кроз препознавање потенцијалног активног економског и друштвеног доприноса старијих (INPEA et al., 2021). Реч је о глобалном демографском процесу чије се импликације могу осетити у практично свим сферама и на свим нивоима друштва. Излажењем у сусрет изазовима и приликама старења популације, кроз проактиван одговор глобалне заједнице, могу се предупредити опасности измењеног демографског (као и економског, социјалног, политичког и друштвеног) контекста и унапредити благостање људи трећег доба, као и целокупних друштава. Управо зато, неопходно је разматрати какве изазове, односно прилике носи са собом старење, који би требало да буду пропраћени изменама у политикама старења.

Предмет овог рада су кључни изазови и прилике глобалног старења популације и одговори међународне заједнице на њих. Сврха рада је да истражи промене у глобалној политици старења, односно измене у приступу политикама за које се актуелно залажу релевантне међународне организације, како би се одговорило на тренутне и будуће изазове и прилике које са собом носи тренд глобалног старења. Циљ рада састоји се у опису и анализи промена у глобалној социјалној политици, а које су покренуте као покушај да се одговори на глобално старење популације. Посебни циљеви рада су: (1) опис демографског тренда старења и његових кључних показатеља; (2) опис и објашњење кључних изазова и прилика датог тренда; (3) опис и објашњење кључних промена у глобалној социјалној политици, насталих као последица измењене демографске слике у свету.

У раду је коришћена метода анализе садржаја докумената, пре свега новијих публикација међународних организација, односно њихових аналитичких извештаја, истраживања, објава на сајтовима и сл. У посебном фокусу су се нашли извештаји о глобалном старењу и изазовима који из њега произлазе, те трендовима у политикама старења,

попут: Asian Development Bank Institute (2019), International Labour Office (2021), United Nations Population Fund & HelpAge International (2012), United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019, 2020a, 2020b), World Health Organization (2021b), INPEA et al. (2021). Осим тога, коришћени су додатни извори литературе, односно чланци објављени у домаћим и страним научним часописима и монографије на енглеском и српском језику.

Следећи постављене циљеве, рад полази од дескрипције тренда старења популације у глобалном контексту и његових кључних показатеља. Након тога, анализирају се неки од кључних изазова и потенцијала који произлазе из поменутог тренда, без претендовања на свођење истих на само оне поменуте у раду. Затим, истраживане су основне ставке у агенди политике према старијима које промовишу релевантне међународне организације (попут Уједињених нација (УН), Светске здравствене организације (СЗО) и Међународне организације рада (МОП)), што је праћено приказом најчешће усвајаних мера на националном нивоу које адресирају изазове и прилике старења популације.

2. Изазови и прилике старења популације

2.1. Глобални тренд старења популације

Светска популација стари, пре свега, као резултат продуженог животног века, са једне стране, и пада фертилитета, са друге. То је део демографске транзиције, дугорочног развоја у ком су високе стопе морталитета и фертилитета замењене супротним режимом, односно ниским стопама морталитета и фертилитета (United Nations Economic Commission for Europe, 2006), док су ниске стопе образовања замењене високим (Asian Development Bank Institute, 2019). Како масовне генерације рођене у време високог фертилитета сада живе дуже, а генерације рођене у време ниског морталитета су мање, на нивоу укупне популације посматрано, популација друштва стари (United Nations Economic Commission for Europe, 2006). Иако је опадање стопа фертилитета и морталитета кључан узрок старења популације, међу-

народне миграције такође доприносе промени старосне структуре популација неких земаља, односно региона. У земљама са високом имиграцијом може доћи до успоравања старења популације (макар привремено), будући да мигранти углавном припадају млађим, радно способним узрасним групама. Ипак, мигранти који остану да живе у земљи у коју су дошли временом ће припадати старијој популацији (United Nations, 2021).

Двадесет први век описан је као први у историји у коме светска популација више неће бити млада (Khan, 2018). До седамдесетих година прошлог века популација великог броја земаља је постајала млађа, као резултат напретка у стопама преживљавања деце у земљама у развоју, односно значајног пораста наталитета у развијеним земљама након Другог светског рата (познатог као “baby boom”). Међутим, након седамдесетих година дошло је до смањења удела деце у популацијама широм света. У наредним декадама демографском сценом почела је да доминира „фаза дивиденде” (значајан пораст у уделу радно активног становништва), која је и даље актуелна или ће тек наступити у неким земљама, попут земаља супсахарске Африке. У развијеном свету ова фаза је завршена, а у многим растућим економијама ускоро ће се завршити. Данас, удео старијег становништва у укупном расте више него икада раније, мада се опсег и брзина развоја овог тренда разликују од државе до државе. Старење је најизраженије у Јапану и многим европским земљама (попут Немачке, Италије или Шпаније), а очекује се да ће ниска стопа фертилитета и продужени животни век драматично убрзати старење и у земљама источне Европе, источне и југоисточне Азије (Asian Development Bank Institute, 2019: xi).

2.2. Кључни показатељи старења популације

Један од најчешће коришћених индикатора старења популације је проценат људи у укупној популацији старијих од 60 или 65 година (United Nations Economic Commission for Europe, 2006). У 2018. години први пут у историји удео популације преко 65 година старости на глобалном плану премашио је удео деце испод пет година старости (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population

Division, 2019). На глобалном нивоу, 2020. године популацију изнад 65 година старости чинило је 725 милиона људи, односно удео старијих у укупној популацији чинио је 9,3%. Према пројекцијама УН-а (2020), популација старијих на глобалном плану ће се до 2050. године више него удвостручити и достићи преко 1,5 билиона, односно удео популације изнад 65 година ће се увећати на 16%. Сви региони ће, у наредне три декаде, бити суочени са увећањем удела старије популације у укупној (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2020a). Иако је старење популације првобитно погодило високодоходовне земље (попут Јапана, где је удео старије популације у укупној већ достигао 30%), највеће промене сада доживљавају нискодоходовне и средњедоходовне земље. Очекује се да ће средином века многе земље, на пример Чиле, Кина, Иран и Русија, имати пропорцију старијих сличну јапанској и да ће 80% свих старијих живети у ниско и средњеразвијеним земљама. Тако је, на пример, 2018. године било 125 милиона људи старијих од 80 година на глобалном нивоу, а до 2050. процењује се да ће само у Кини живети 120 милиона, односно чак 435 милиона људи у овој старосној групи широм света (World Health Organization, 2018).

Стопе фертилитета на глобалном нивоу опадају, а скоро половина популације света живи у областима где је стопа фертилитета испод 2,1 рођења по жени. Пројекције су да ће глобална стопа фертилитета, која је пала са 3,2 рођења по женској особи колико је износила 1990. на 2,5 у 2019. години, наставити да опада, односно, да ће 2050. износити 2,2 (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019). Константни пад наталитета током протеклих година допринео је старењу популације, односно паду релативног удела младих у укупној популацији. О оваквом демографском развоју често се говори као о „старењу на дну популационе пирамиде” (Половина, 2020: 62).

Очекивани животни век продужен је на глобалном нивоу, иако у најсиромашнијим земљама људи живе у просеку 7 година краће у односу на глобални просек, углавном због високих стопа смртности деце и мајки, али и утицаја других фактора, попут насиља, конфликта и ХИВ епидемије. Овај показатељ је 1990. године износио 64,2 године на глобалном плану, 2019. се продужио на 72,6 година, а пројек-

ције су да ће наставити да се продужава, односно да ће 2050. износити 77,1 годину (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019). Осим померања граница на глобалном плану у очекиваном трајању живота, дошло је и до повећања очекиваног трајања живота у здрављу.

Индикатор очекиваног трајања живота у здрављу (HALE – *healthy life expectancy*) продужен је за 8% (односно за 5,4 године) у периоду од 2000. године (када је износио 58,3 године) до 2019. (63,7 године), што је пре последица пада морталитета него умањења година које људи проведу са здравственим тегобама. У истом периоду (од 2019. до 2020. године) очекивано трајање живота се продужило за 6,6 година, што значи да HALE спорије напредује (World Health Organization, 2021a). Главни циљ овог показатеља је да се утврде активне године живота, односно године током којих људи могу живети независно.

Потенцијални однос подршке (број радно способних, узраста 25–64 године, у поређењу са бројем људи изнад 65 година старости) опада широм света, а најнижи је у Јапану (1,8). У 29 земаља света опао је испод 3, а пројекције су да ће до 2050. године у 48 земаља (углавном у Европи, Северној Америци, источној и јужној Азији) опасти испод 2 (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019).

Индекс активног старења је збирни индекс у који је укључено 22 индикатора груписаних у четири области: рад; партиципација у друштву; независност, здравље и безбедност; те капацитет окружења да подржи активно старење. Овај индикатор омогућава да се старење популације сагледа мултидимензионално, насупрот ограничавајућим, ако не и дискриминаторним приступима. Применом овог приступа допринос старије популације друштву постаје видљивији, а креатори политика (и други кључни актери) могу боље разумети изазове који захтевају ефективније интервенције ради постизања друштва које ће подржати искуство старења (United Nations Economic Commission for Europe, 2019).

2.3. Кључни изазови старења популације

Старење популације има значајне импликације у различитим областима друштва, попут економије, демографије, преовлађујућих ставова у друштву и бриге о старијима. У условима рапидних демографских промена глобалне популације свака земља ће се суочити са изазовима, чије игнорисање може поткопати потенцијал који дужи животни век може понудити. Многе земље нису спремне за излажење у сусрет овим изазовима, а земље у развоју ће се вероватније суочити са више изазова у односу на развијене земље (Khan, 2018). Такође, захтевније је бавити се вишеструким транзицијама, па је тако превазилажење изазова старења популације теже у земљама које се истовремено суочавају са изазовима других транзиција. У земљама које се налазе у транзицији ка тржишној економији (попут земаља источне Европе, Кавказа и централне Азије) старење популације не може бити на врху политичке агенде, с обзиром на то да оне нису постигле богатство и ресурсе којима располажу економије Запада. У неколико земаља централне Азије и Кавказа, осим увећања удела старијих у укупној популацији, расте и број деце у односу на радно активно становништво. Како се број и пропорција старијих у друштву увећава пропорционално се увећавају и ресурси потребни за задовољење њихових потреба. Стога, главни фокус у адресирању изазова старења популације требало би да буде на прилагођавању оних области у којима ће увећани број старијих значајно утицати на одрживост јавних финансија, а те области су: системи социјалне заштите, тржишта рада, здравља и бриге. Како старење популације није краткорочан процес, односно одвијаће се у многим наступајућим декадама, мере које адресирају изазове старења морају бити дугорочно конципиране (United Nations Economic Commission for Europe, 2006). Главни изазови демографског старења, дакле, тичу се неповољног утицаја овог тренда на одрживост система социјалне сигурности.

Многе земље ће у наредним декадама бити суочене са фискалним притиском у својим напорима да створе и одрже јавне системе социјалне заштите, пензија и здравствене заштите за старије (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019). На глобалном плану, 77,5% људи који су испунили старосни

услов за пензионисање остварује право на неку врсту старосне пензије, али велике неједнакости остају, како између региона, односно руралних и урбаних подручја, тако и између полова. У развијеним земљама кључни изазов је одржати баланс између финансијске сигурности и адекватности пензија. Супротно томе, многе земље света се још увек боре да прошире и финансирају своје пензијске системе, углавном због ниске економске развијености, високог нивоа неформалне економије, ниског капацитета за доприносе, сиромаштва и сличних, структуралних проблема. Адекватност старосне пензије нарочито је изазов за жене, раднике ангажоване на ниско плаћеним пословима, у неформалној економији, на дигиталним платформама и за мигранте. Актуелна криза изазана КОВИД-19 вирусом донела је и додатне притиске за одрживост пензијских система, али, дугорочно посматрано, утицај кризе биће низак до умерен. Осим изазова обезбеђења универзалне покривености старосним пензијама, следећи битан изазов односи се на осигурање да они који имају пензије буду у могућности да живе достојанствено и у здрављу (International Labour Office, 2021).

Демографска транзиција праћена је епидемиолошком транзицијом: од доминације инфективних болести до незаразних болести, што резултира већим захтевима за здравственом и дуготрајном негом. У многим развијеним земљама главне бојазни тичу се квалитета здравствене заштите и увећавања трошкова здравственог система. Међутим, многе земље у развоју суочавају се са двоструким теретом трошкова: трошкови инфективних болести могу остати високи, док истовремени пораст незаразних болести представља додатни изазов за јавне буџете. Како популација стари важно је да се здравствени системи, као и тренинзи професионалаца у оквиру истих, на свим нивоима, прилагођавају потребама старијих (United Nations Population Fund & HelpAge International, 2012). Уобичајене болести у старијем добу укључују: губитак слуха, катаракту и грешке рефракције, болове у леђима и врату, остеоартритис, хроничну опструктивну болест плућа, дијабетес, депресију и деменцију, а како људи старе већа је и могућност да се суочавају са више болести истовремено. Осим тога, старење је праћено и појавом више комплексних здравствених проблема који се јављају само у старијем

добу и који се обично називају геријатријским синдромом (обично укључује крхкост, уринарну инконтиненцију, падове, делиријуме и декубитус). Геријатријски синдром се показао као бољи за предикцију смрти у односу на друге, специфичне болести. Ипак, у земљама које нису развиле геријатријску медицину овај синдром се обично занемарује у традиционалним здравственим службама и приступима истраживању (World Health Organization, 2018), што намеће изазов развоја ове специјалности у медицини.

Изазови за јавно здравље које идентификује СЗО су: (1) различитост старијих људи, односно широк опсег различитих потреба старијих које јавни здравствени системи морају узети у обзир; (2) неједнакости у здрављу, чије смањење, а не репродукција, треба да буде циљ јавног здравља; (3) стереотипи о старијим особама, који могу водити дискриминацији, утицати на начин развоја политика и на прилике за старије; (4) рапидно мењајући свет (глобализација, технолошки развој, урбанизација, миграције и промена родних улога) који утиче на животе старијих, чему одговор јавног здравља мора да се прилагођава (World Health Organization, 2018).

Лоши услови у окружењу старијих представљају ризик за њихово здравље и виталност. Обезбеђење подржавајућих окружења, која омогућавају активну партиципацију старијих у политичком, социјалном, економском и културном животу друштва, представља такође важан изазов старења популације. То подразумева да услови живота, укључујући на пример питања становања и јавног превоза, морају бити “age-friendly”¹, како би се осигурало да старија популација може да остане независна колико је то могуће (United Nations Population Fund & HelpAge International, 2012).

Старије особе често се у друштву посматрају као зависне, односно као терет. Овакви ставови могу водити дискриминацији, утицати на прилике за старије, као и на начин развоја политика (World Health Organization, 2018). Стога је неопходно предузимати и оне мере које нису мотивисане финансијским оптерећењем. Потребан је преокрет у доминантним ставовима, односно попуштање ставова о стереотипним улогама различитих животних фаза, ради усвајања флексибил-

¹ Прилагођени узрасту.

нијих погледа који промовишу активну партиципацију у друштву људи свих узраста. Другим речима, потребно је променити јавну слику о старијима: од портретисања старијих као зависних људи који представљају терет за јавне финансије треба извршити транзицију ка представљању старијих као људи који активно учествују у друштву, односно доприносе његовом развоју (United Nations Economic Commission for Europe, 2006). На глобалном нивоу, једна од две особе испољавају ејџизам (engl. *ageism*)² према старијим особама.³ Утицај ејџизма на старије везује се за краће трајање живота, слабије физичко и ментално здравље, слабији опоравак и опадање когнитивне функције. Ова појава утиче на њихов квалитет живота, подстиче социјалну изолацију и осећање усамљености (што може имати озбиљне импликације на здравствени статус особе), умањује могућности старијих да изразе своју сексуалност и може водити ка насиљу и злостављању старијих особа. Такође, доприноси финансијској несигурности старијих и кошта целокупно друштво (World Health Organization, 2021b).

2.4. Кључни потенцијали старења популације

Старење популације не треба посматрати као проблем, већ као изазов и прилику. То је природан ток демографског развоја, коме друштво треба да се прилагоди. Како је овај процес постепен и предвидив, могуће је и да се друштво прилагођава постепено, што је много јефтиније у односу на хитне акције, када старење популације и постаје проблем (United Nations Economic Commission for Europe, 2006). На овом месту биће указано на неке од кључних потенцијала старења популације.

² *Ејџизам* је термин који се односи на: „стереотипе (како размишљамо), предрасуде (како се осећамо) и дискриминацију (како се понашамо) усмерене ка људима на основу њихових година. Може бити институционални, интерперсонални или усмерен према себи” (World Health Organization, 2021b: XV).

³ У данашње време, као резултат бриге академске заједнице о ејџизму, неутралнији термин „старије особе” заменио је пређашњу терминологију „старе особе” или „остарели”, а застарелима се сматрају и многи други, раније коришћени термини. Ипак, креатори политика и медији и даље их понекад користе. Контроверзност ових термина у академској заједници служи као моћни подсетник да старост и повезане ствари представљају социјалне конструкте (Sattersten, Angel, 2011: 7).

Овај тренд је делимично последица продуженог животног века, вероватно најважнијег достигнућа у развоју човечанства током двадесетог века (Asian Development Bank Institute, 2019). Дужи животни век отвара нове могућности, не само за старије људе и њихове породице, већ за друштво у целини (World Health Organization, 2018). Популација старијих доприноси друштву, како финансијски тако и на друге начине: старији су медијатори, едукатори, радници, волонтери, пружаоци бриге и неге, извори знања и историјског сећања, те чувари културе и традиције. Они све више учествују у политичким процесима и оснивају сопствене организације које промовишу промене у друштву (United Nations Population Fund & HelpAge International, 2012). Тренд старења популације, на тај начин, може гурати друштво у смеру искоришћавања неискоришћеног потенцијала друштва. Како се трајање живота продужава старији људи стичу знања, стручност и искуство до нивоа који раније није био могућ, па могу и више да допринесу. Као примери добре праксе искоришћавања овог потенцијала могу се издвојити укључивање старијих и њихових организација у креирање политика многих земаља или подстицање каснијег одласка у пензију оних који то желе и могу (United Nations Economic Commission for Europe, 2006). Дужи животни век отвара шансу за нове активности старијих, попут: дужег образовања, грађења нове каријере или праћења дуго занемарених интересовања (World Health Organization, 2018), односно шансу да друштво ужива допринос старије популације кроз њихов рад, волонтирање, плаћање пореза, пружање бриге (Khan, 2018) и пружање финансијске подршке млађим генерацијама у оквиру породице. Брига о деци је област у којој старија популација (пре свега старије жене) пружају виталан допринос: породице се углавном ослањају на старије чланове за бригу о деци, како би родитељи могли да раде, односно углавном бабе и деде преузимају бригу о деци када родитељи умру (United Nations Population Fund & HelpAge International, 2012). Иако су радно активне кохорте мање, оне имају виши степен образовања и већу продуктивност. Старење популације стога може бити прилика за повећање захтева за страним радницима и прилива страних инвестиција високоразвијених земаља (Asian Development Bank Institute, 2019).

Осим тога, разматрани демографски тренд гура друштво у правцу стварања веће ефикасности услуга. Типичан пример добре праксе у постизању веће ефикасности услуга је замена скупе институционалне бриге бригом у кући. Породица и окружење препознати су као важни системи подршке, па тако мере влада могу бити директно усмерене ка одржавању породичних веза, кроз пружање подршке са радним обавезама људима који брину о остарелим члановима породице или кроз, на пример, компензацију за негу (United Nations Economic Commission for Europe, 2006).

3. Одговори на изазове и прилике старења популације

3.1. Одговор међународне заједнице

Прогрес у развоју инструмената за заштиту права старијих људи на глобалном, регионалном и националном нивоу у повећаној мери почиње да се сматра приоритетним питањем у многим земљама. Потенцијално доношење УН-ове Конвенције о људским правима старијих особа заокупља све већу пажњу међународне заједнице (United Nations Population Fund & HelpAge International, 2012). Све више учимо о правима у старости, како она све више постају фокус УН-а. Скоро 400 организација, као чланови Глобалне алијансе за права старијих (Global Alliance for the Rights of Older People)⁴, укључено је у напоре израде Конвенције која би изазвала правне и друштвене промене, те обезбедила бољи приступ услугама (HelpAge International, 2021). Доношење Конвенције је важно, између осталог, зато што постојећа међународна и регионална документа о људским правима не пружају довољну заштиту права старијих људи. Док се међународна документа (попут Универзалне декларације о људским правима) одnose на све, независно од узраста, регионална документа која штите права старијих, иако постоје, нису у довољној мери систематична и

⁴ Глобална алијанса за права старијих људи представља мрежу организација, успостављену 2011. године, ради заступања права и гласа старије популације глобално. Данас броји преко 380 чланова у 80 земаља широм света (Global Alliance for the Rights of Older People, 2021).

свеобухватна. Недостатак политика које адресирају изазове старења води милионе старијих људи у сиромаштво, уместо да се препознају економски и социјални доприноси које они могу да пруже како својим породицама и заједницама тако и друштву као целини. Како ће све већи број људи бити погођен ејдизмом повећава се притисак на владе да реагују, а учвршћивање права старијих препознато је као најадекватнији одговор. Конвенција би за државе које је ратификују донела:

- (1) борбу против ејдизма;
- (2) промене у животима старијих;
- (3) појашњење и унапређење одговорности у пружању заштите права старијих;
- (4) смернице за креаторе политика (INPEA et al., 2010).

У децембру 2020. године Генерална скупштина УН-а прогласила је наступајућу декаду (2021–2030) Декадом здравог старења. Резолуцијом УН-а 75/131 изражена је брига да, упркос предикцијама о старењу популације, свет није довољно спреман да одговори на права и потребе старијих. Препознато је да, осим што утиче на системе здравствене заштите, старење популације има свеопште импликације, а у складу са тим захтева приступ који укључује целокупно друштво у акцију. Датом Резолуцијом СЗО позвана је да, у сарадњи са другим организацијама УН-а, предводи имплементацију Декаде. Националне владе, међународне и регионалне организације, цивилно друштво, академска заједница и медији подстакнути су да пруже активну подршку прокламованим циљевима (Decade of Healthy Ageing, 2020). Декада здравог старења 2020–2030 (Decade of Healthy Ageing 2020–2030) представља десетогодишњи план за сарадњу кључних актера у адресирању старења популације. То је други акциони план СЗО-ове Глобалне стратегије за старење и здравље, а чију основу чине Мадридски међународни план акције за старење, Агенда УН-а 2030 о одрживом развоју и циљеви одрживог развоја. Декада издваја четири међусобно повезане области за акцију:

1. Промена начина на који се односимо према старости;
2. Подржавање способности старијих од стране заједница;

3. Обезбеђивање примарних здравствених услуга и интегрисану бригу за старију популацију оријентисану ка особи;
4. Обезбеђивање приступа дуготрајној бризи за старије (World Health Organization, 2020).

Уочљиво је да план СЗО адресира кључне изазове на које смо се осврнули, односно питања негативне јавне слике о старости и односа окружења према способностима старијима, а који могу, као што је претходно напоменуто, имати дугорочне, негативне последице како на старије тако и на целокупно друштво. Осим тога, као важан, препознат је развој примарне здравствене заштите и дуготрајне бриге, уз измену приступа који ће бити оријентисан ка особи.

Када је реч о изазовима који се намећу пензијским системима, многе земље спроводе реформе својих јавних пензијских система, како би одговориле на променљиве околности, односно осигурале њихову дугорочну одрживост.⁵ Иако су ове реформе важне, оне само делимично могу бити одговор у суочавању са макропојавама попут смањења плата, замрзнутих стопа доприноса, растућих неједнакости и опадајућег удела радно способног становништва у укупној популацији, односно њиховог доприноса (International Labour Office, 2021). Приватизација пензија, реформска кампања промовисана од стране Светске банке од 1994, заустављена је 2005. године, а убрзо је започела нова транснационална кампања делимично вођена од стране МОР-а за глобалну социјалну платформу, која је подразумевала и социјалне пензије. Ова алтернативна кампања добила је подршку УН-а, Г20 и СБ, те вратила МОР-у улогу једне од доминантних сила у глобалној социјалној политици (Оренштајн, Дикон, 2017).

⁵ Одрживост пензијских система директно је условљена рација зависности подршке и могућа је у економији где је тај однос 3,5 до 4 запослена према једном пензионеру (Антић, 2008, према: Перишић, 2016). Због константног пада рација зависности, све је више земаља у којима постоји дефицит у финансирању пензијских накнада, што намеће потребу за повећањем стопе доприноса, продужетком радног стажа и подизањем старосне границе за одлазак у пензију. Као резултат датих трендова, угрожена је одрживост јавних пензијских система и/или адекватност висине пензија (Перишић, 2016).

3.2. *Најчешће предузимане мере на нивоу држава*

Релевантност старења популације за националне политике широм света потврђена је Дванаестим истраживањем УН о становништву и развоју, спроведеном у периоду 2018–2019. године. Једна трећина влада (27 влада од 81 колико их је учествовало у поменутом истраживању) сматра да је старење популације у датом тренутку важна политичка бригаа, док преостале две трећине земаља то виде као бригу за надолазеће декаде (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2020b). Државе које не препознају импликације глобалног тренда старења популације као важну политичку бригу, без обзира на тренутни степен изражености старења у њиховим националним оквирима, могле би да се суоче са скупљим решењима у будућности. Међу земљама које су препознале важност овог процеса и преузеле проактивне мере за адресирање његових импликација мере су конципиране у складу са идентификованим изазовима старења популације и прилагођене националном контексту.

Најчешће коришћене политичке мере влада током последњих пет година усмерене ка адресирању изазова старења популације укључују: промоцију активног и здравог старења (76%), експанзију целоживотног учења (66%) и подстицање приватне штедње (65%). Политике које адресирају изазове старења се разликују по регионима. У земљама Европе, Северне Америке, Аустралије и Новог Зеланда мере промоције целоживотног учења, експанзије асистираниг живота и “age friendly” заједница су биле конзистентне у политикама влада. У централној и јужној Азији међу често коришћеним мерама је превенција злостављања и насиља над старијима. Владе у источној и североисточној Азији најчешће су усвајале мере против дискриминације старијих на радном месту. У земљама Латинске Америке и Кариба приоритетизовани су они програми за старије који одговарају на потребе оба пола. Северна Африка и западна Азија своје политике према старијима су углавном фокусирали на креирање шема дуготрајне и институционалне бригае. Владе многих земаља у супсахарској Африци приоритетизовале су увећавање доприноса које радно активни дају за пензије. Земље са старијим популацијама, односно које имају

изнад 11% удела старијих од 65 година у укупној популацији (лоциране у источној и североисточној Азији, Европи, Аустралији и Новом Зеланду) усвојиле су више мера (у просеку 9 или више мера) у односу на оне земље у којима је удео старијих од 65 година у укупној популацији испод 6%. Те земље са мање старом популацијом лоциране су доминантно у централној и јужној Азији и супсахарској Африци, а њихове владе усвојиле су максимално шест мера. Ипак, рана припрема за одговор на изазове старења евидентна је у политикама неких земаља са релативно ниским нивоом удела старије популације, као што су: Ангола, Зеленортска острва, Египат, Мали, Мароко, Мозамбик и Мијанмар, које су усвојиле 8 или више мера обухваћених истраживањем (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2020b).

4. Закључак

Старење популације на глобалном плану доминирајући је демографски тренд, пре свега, због постигнућа савремене цивилизације у различитим областима, што је резултирало продужењем очекиваног животног века, са једне стране, и падом фертилитета услед разних друштвених промена, са друге. Овај тренд може се сагледати кроз различите показатеље, а вероватно најјасније кроз удео старијих у укупној популацији, који је већи него икада раније. Иако је продужење животног века позитивна промена, стопе наталитета на глобалном плану су у опадању, а удео радно способних наспрам старијих несразмерно велики. Импликације овако измењене демографске слике света могу се осетити на свим нивоима и у практично свим областима друштва. Оне су многобројне и комплексне, а у овом раду указано је на неке од њих.

Неки од кључних изазова који се намећу државама у наступајућим декадама, на које је кроз рад пружен осврт, тичу се: обезбеђења одрживости и адекватности система социјалне сигурности, прилагођавања окружења старијим грађанима и борбе против искључености и еџизма, односно дискриминације засноване на годинама. Кључне прилике које нам овај демографски тренд доноси су, између осталих:

економски допринос старије популације, брига о млађим генерацијама, бенефити од знања старије популације и њиховог учешћа у политичким и друштвеним процесима. Државе би требало да политику старења инкорпорирају у све области, као и да предузимају посебне мере којима ће адресирати импликације старења становништва. Неопходно је усвајање холистичког приступа, како би се целокупно друштво укључило у промене, као и приступа заснованог на правима, како би се спречило искључивање и дискриминација старијих.

Међународне организације почеле су да испуњавају своју улогу у усмеравању напора држава да се прилагоде измењеном демографском контексту, а њихово приоритетизовање старења популације, и са овим процесом повезаних питања на политичкој агенди, резултираће повећаним напором држава, које имају кључну улогу у заштити права старијих, да унапреде своје политике старења. Потенцијално доношење конвенције којом би се регулисала права старијих представљало би велики искорак у заштити права старијих и, коначно, признавање једнаке важности статуса ове категорије становништва. Разлике међу регионима, односно државама, изражене су како у демографским трендовима тако и у степену економске и социјалне развијености, па су тако изражене и велике варијације у њиховим одговорима на изазове и прилике старења. Ипак, на глобалном нивоу посматрано, свет је остварио помак у развоју глобалне политике старења. Препознато је да игнорантски приступ измењеном демографском контексту води ка сиромаштву старијих, њиховој дискриминацији и искључивању. Стареење популације неминовно постаје приоритет политика на међународном, регионалном и националном нивоу, а будући правац развоја политика усмерен је ка усвајању холистичког приступа који ће укључити целокупно друштво у одговор на изазове, односно прилике старења популације. Широм света препозната је потреба да се, без обзира на израженост тренда старења у националним оквирима, мере које таргетирају стареење морају предузимати.

Литература

- Asian Development Bank Institute (2019). *Aging Societies Policies and Perspectives*. Tokyo: Asian Development Bank Institute.
- Decade of Healthy Ageing (2020). The Decade of Healthy Ageing: a new UN-wide initiative. Available at: <https://www.decadeofhealthyageing.org/find-knowledge/resources/decade-news/detail/the-decade-of-healthy-ageing-a-new-un-wide-initiative>. 19. 09. 2021.
- Global Alliance for the Rights of Older People (2021). The Global Alliance. Available at: <https://rightsofolderpeople.org/>. 23. 09. 2021.
- HelpAge International (2021). UN Convention on the rights of older people. <https://www.helpage.org/what-we-do/un-convention/>. 23. 09. 2021.
- INPEA, IFA, ILC-US, IAGG, IAHSa, HelpAge International, GAA, Age UK, AARP (2010). *Strengthening Older People's Rights: Towards a UN Convention: A resource for promoting dialogue on creating a new UN Convention on the Rights of Older Persons*. Available at: <https://www.helpage.org/silo/files/strengthening-older-peoples-rights-towards-a-un-convention.pdf>. 23. 09. 2021.
- International Labour Office (2021). *World Social Protection Report 2020–22: Social Protection at the Crossroads – in Pursuit of a Better Future*. Geneva: ILO.
- Khan, H. (2018). Population ageing in a globalized world: Risks and dilemmas? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(5), 754–760.
- Sattersten, R. A., Angel, J. L. (2011). Trends in the Sociology of Aging: Thirty Year Observations. In: R. A. Sattersten, J. L. Angel (Eds.). *Handbook of Sociology of Aging* (pp. 3–13). New York: Springer.
- United Nations (2021). *Global Issues: Ageing*. Available at: <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>. 16. 09. 2021.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *World Population Prospects 2019: Highlights: Ten Key Findings*, 2019. Available at: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WP-P2019_10KeyFindings.pdf. 20. 12. 2021.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020a). *World Population Ageing 2020 Highlights: Living arrangements of older persons*. New York: UN.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020b). *Government policies to address population ageing*. Geneva: WHO.
- United Nations Economic Commission for Europe (2019). *2018 Active Ageing Index: Analytical report*. Geneva: UN.
- United Nations Economic Commission for Europe (2006). *What UNECE does for you – Challenges and opportunities of population ageing*. Geneva: UNECE. Avail-

- able at: https://unece.org/DAM/pau/_docs/age/AGE_2007_Brochure_e.pdf. 26. 09. 2021.
- United Nations Population Fund and HelpAge International (2012). *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*. New York and London: UNFPA and HelpAge International.
- World Health Organization (2018). *Ageing and health*. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. 04. 09. 2021.
- World Health Organization (2020). *Decade of Healthy Ageing 2020–2030*. Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true. 26. 09. 2021.
- World Health Organization (2021a). *GHE: Life expectancy and healthy life expectancy: Situation and trends*. Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-life-expectancy-and-healthy-life-expectancy>. 17. 09. 2021.
- World Health Organization (2021b). *Global report on ageism*. Geneva: WHO.
- Оренштајн, М., Дикон, Б. (2017). Глобална политика у области пензија и социјалне заштите. У: Н. Јејтс (ур.). *Глобална социјална политика* (стр. 209–230). Београд: Универзитет у Београду – Факултет политичких наука.
- Перишић, Н. (2016). *Социјална сигурност – појмови и програми*. Београд: Универзитет у Београду – Факултет политичких наука.
- Половина, Д. (2020). Демографске, економске и социјалне импликације старења становништва у Европској унији и Републици Србији. *Геронтологија*, 2/2020, 53–74.

Jelena Birmancevic

RESPONSES TO THE CHALLENGES AND OPPORTUNITIES OF GLOBAL POPULATION AGING

Abstract

Population aging is a global demographic trend, which poses challenges but also provides new opportunities to societies. It is also a trend that needs to be addressed at the global level. The subject of this paper is the key challenges and opportunities presented by global population aging, and the responses of the international community to them, which are outlined using the method of content analysis of relevant reports of international organizations, scientific articles and monographs. The analysis concludes that population aging brings important challenges for society, including pressure on the sustainability of public pension and health systems, and a risk of exclusion and discrimination of the elderly, but also opens new opportunities, such as economic contribution of the elderly, their care for younger generations, knowledge-sharing by the elderly and their greater participation in society. The response of international organizations to the changed demographic picture of the world is reflected in the change of approach in aging policy, i.e. a shift toward the promotion of the adoption of a holistic approach, incorporating the implications of the changed demographic picture into political solutions in various areas, and efforts to develop the rights of senior citizens. While the researched implications of aging have been somewhat recognized, they remain insufficiently addressed in national aging policies around the world.

Key words: population aging, global aging, challenges of population aging, opportunities of population aging, global social policy, the elderly.

Прегледни рад

УДК 364.4-053.9:[616.98:578.834(497.11)“2020”

614.2-053.9(497.11)“2020”

Рад послат: 30.08.2021.

Рад прихваћен: 22.12.2021.

Александра Милићевић Каласић*

Факултет за медије и комуникације, Универзитет Сингидунум, Београд

Ђорђе Терзин**

Факултет за медије и комуникације, Универзитет Сингидунум, Београд

Ана Гавриловић***

ЗДРАВСТВЕНО-СОЦИЈАЛНИ ПРОБЛЕМИ СТАРИЈИХ У УСЛОВИМА КОВИД-19 ПАНДЕМИЈЕ

Резиме: Године живота су, уз одређене коморбидитете, препознате као основни и највећи фактор ризика за развој тешке клиничке слике болести КОВИД-19 и смрт. Међутим, поред стриктно медицинских аспеката болести, пандемија је током више од годину дана трајања изазвала читав низ видљивих, као и скривених проблема који погађају целокупну популацију, а нарочито старије као посебно рањиву групу. Мултидисциплинарним приступом у овом раду приказује се, прво, општи контекст, конјункција пандемија деменције и КОВИД-19, њихов утицај на ментално здравље старијих и изазови који су стављени пред здравствене службе и системе. Следи приказ демографских процеса и социјалних проблема који погађају старије, те немогућности система социјалне заштите у Србији да адекватно одговори на потребе старијих. Разматра се и проблем актуелне инфодемије која, осим последица по здравље појединаца услед доношења лоших здравствених одлука, такође носи последице по цело друштво, одлажући и компромитујући завршетак пандемије. Пажња стручне и научне јавности мора се подједнако усмерити на истраживање, разумевање и изналажење решења за наведене појаве и процесе, јер они несумњиво могу бити подједнако девастирајући као и сама болест.

Кључне речи: пандемија, старији, ментално здравље, социјални проблеми, инфодемија

* Ванредна професорица, aleksandra.milicevic.kalasic@fmk.edu.rs

** Асистент, djordje.terzin@fmk.edu.rs

*** Редовна професорица у пензији, dgavrilo@gmail.com

1. Увод

Светска здравствена организација (СЗО) прогласила је избијање и ширење КОВИД-19 ванредним стањем од јавноздравственог значаја 30. јануара 2020. године, а пандемијом 11. марта исте године. Тринаест месеци након тога, тачније 11. априла 2021. године, пријављено је 135.057.587 случајева заражавања са КОВИД-19 у свету, док је 2.919.932 људи умрло (WHO, 2021a). Према изјави директора СЗО-а за Европу, др Ханса Хенрија П. Клугеа, у Европи је до краја априла 2021. године умрло преко милион људи као последица КОВИД-19. Сваке недеље пријављује се 1,6 милиона нових случајева, тј. 9.500 сваког сата, а 160 сваког минута (WHO, 2021a).

Према последњим подацима, до 4. маја 2021. године регистровано је 154.233.987 случајева заражавања са КОВИД-19 у свету, са опорављених 131.676.264 и 3.228.427 умрлих особа (Worldometer, 2021). Према подацима из истог извора, који нису прецизни, у Србији је регистровано 693.169 случајева; од тога се 676.264 људи опоравило, а 6.432 умрло (Worldometer, 2021). Први ограничени подаци указивали су на то да је 95% од свих смртних исхода у свету евидентирано код старијих од 60 и више година, пре свега у институционалном смештају (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2020). У европском региону примећен је пад инциденце обољевања међу најстаријима. У истој групи смртност је пала за 30% од фебруара 2021. године. Позитивни епидемиолошки подаци повезују се са вакцинацијом ове популационе групе (WHO, 2021a).

Брзо ширење КОВИД-19 и могућност да се заразе људи свих узраста оставља многобројне последице по њихово психофизичко здравље, тренутне и дуготрајне. Оне су озбиљније по поједине групе, као што су старији и/или они са хроничним незаразним болестима, попут шећерне болести, кардиоваскуларних обољења, астме, али и са постојећим менталним сметњама. Иако старост није болест, са годинама расте коморбидитет (према подацима из САД, 39% старијих од 65 година болује од више хроничних болести); средње доба почетка моторних симптома Паркинсонове болести је 60 година; непроменљиви фактор ризика за настанак деменција су године – 81%

оболелих од Алцхајмерове деменције су старији од 75 година (WHO, 2020a).

Под посебним ризиком су маргинализоване, социјално изоловане и вулнерабилне групе људи, као што су мигранти, жене и деца изложени злостављању, психијатријски пацијенти, особе са инвалидитетом и старије особе које живе саме или су на институционалном смештају (WHO, 2020b; United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2020).

Методe и мере примењене зарад очувања здравља и живота, без обзира што испуњавају своју иницијалну сврху, несумњиво проузрокују сет специфичних проблема, односно „нежељених ефеката”, који су махом непознати с обзиром на то да се фактички, први пут, појављује пандемија са оваквом комбинацијом интензитета и трајања. Затварање и изолација, нарочито старијих особа, која траје годину и више дана, оставља велике последице по квалитет њиховог живота и последично по њихово ментално здравље. Срж проблема се, пак, налази у карактеристикама самих мера – осим што претендују да изолују од саме болести, уједно врше изолацију и од људи и институција који треба да одговоре на њихове проблеме и потребе, без обзира да ли су оне настале пре пандемије (као хроничне болести) или током саме пандемије, било као њена директна последица (депресија, анксиозност и др) или само у временској корелацији. Одлагање одласка у институције примарне здравствене заштите је само „врх леденог брега”.

Поред наведених, велики ризик, посебно за вулнерабилне категорије, међу којима старији људи имају значајан удео, представља и немогућност задовољавања њихових егзистенцијалних и социјалних потреба. Задовољавање социјалних потреба људи и заштиту најугроженијих категорија становништва преузеле су државе од самог свог настанка, остварујући их на различите начине, различито кроз време и различито између себе. У актуелном времену, Србија, важећим Законом о социјалној заштити, утврђује да човек, који не може сам да реши проблеме који му угрожавају живот, има право да се обрати за помоћ систему социјалне заштите, који му, под прописаним условима, одређеним правима и услугама, може пружити помоћ. Међу корисницима овог система старији чине значајну категорију.

Проблеми у заштити старијих, који су се испољили у пандемији, су: ниска материјална давања недовољна за задовољавање егзистенцијалних потреба; дуго трајање веома рестриктивних мера изолације у домовима за старе и онемогућавање контролираних посета најближих; недовољан број стручних радника у систему социјалне заштите (број запослених на неодређено време у 2019. мањи је за 15% него у 2015, а тенденција њиховог смањивања настављена је и у 2020, док је број корисника у истом периоду повећан за 6,2%), што индиректно смањује остваривање функција институција; раскорак између потреба и капацитета институција система да одговоре на потребе; неразвијеност социјалних услуга, нарочито у економски недовољно развијеним општинама и у руралним подручјима.

2. Потешкоће у адекватној примени метода истраживања

Поред свих здравствених, економских, социјалних и правно-институционалних изазова које собом носи, пандемија несумњиво отежава и научно-истраживачки рад. Ова тенденција је нарочито уочљива у истраживањима тема везаних за старије особе услед карактеристика вируса SARS-CoV-2 који највише угрожава управо ову популацију. Наведене мере узрокују велике методолошке потешкоће, нарочито у контексту приступа релевантном узорку за истраживање. Последице, новонастали проблеми и потребе који се јављају код старије популације остају махом скривени, недоступни истраживачима и без адекватног системског одговора. Скроман маневарски простор у овом смислу који је истраживачима остао на располагању је у домену истраживања на пригодном узорку, примени метода посматрања и испитивања (превасходно лични интервју) и анализе садржаја. Уз уважавање свих критика у односу на овакву методологију истраживања, сматрамо да, уз доследну примену одговарајућих теоријских поставки у датој области, она могу имати одређену вредност докле год се њихова ограничења озбиљно схватају – могу се третирати као мини пилот истраживања која могу прелиминарно отворити значајна питања и евентуално трасирати пут даљих, већих и озбиљније конци-

пираних истраживања бројних друштвених наука, с обзиром на то да се ради о изразито мултидисциплинарној области.

3. Резултати истраживања о важним аспектима утицаја КОВИД-19 на здравствено стање старијих и дискусија

3.1. Конјункција пандемија

Деменције и КОВИД-19 представљају удруженост пандемија где се сложеност превенције збрињавања инфекције усложњава код људи који живе са деменцијом. Са 50 милиона оболелих од деменција и растућом кривом познатог броја оболелих од КОВИД-19, на несрећу, јавља се конјункција пандемија (Wang et al., 2020).

Оболели од Алцхајмерове болести, са годинама, имају већи удружени ризик за развој компликација од КОВИД-19, већи ризик за хоспитализацију и интензивну негу и највећи КОВИД-19 удружени морталитет (Burns et al., 2021). Код оних који су озбиљно оболели од КОВИД-19, а који живе са деменцијом, делиријум се може погоршати. Проблеми памћења, измене понашања и личности и функционисања у свакодневном животу, воде ка томе да брига зависи од неговатеља, чија близина представља и ризик од заразе. Истовремено, проблеми памћења стварају проблеме у одржавању физичке дистанце и хигијене руку, доводе до смањене доступности и схватања научних информација, малих или непостојећих капацитета за коришћење интернета или социјалних мрежа (Wang et al., 2020).

Популација старијих у Србији са оваквим сметњама има исте проблеме. Тешко оболели, са потребом за хоспитализацијом, доживљавају стрес због промене места боравка и ризик за хипоксијом узрокованог делиријума. На пример, за оболеле од Паркинсонове болести, недостатак контакта са физиотерапеутима и немогућност вежби и шетњи ван куће негативно утичу на ток болести.

3.2. КОВИД-19 пандемија и ментално здравље

Пандемија КОВИД-19 представља троструки глобални изазов по ментално здравље:

- Како превенирати пораст броја менталних поремећаја и угрожавања менталног здравља у општој популацији;
- Како спречити заражавање и оболевање особа са већ присутним психичким сметњама и последицама које ова инфекција носи, узимајући у обзир њихову повећану осетљивост;
- Како обезбедити адекватну подршку здравственим радницима и неговатељима на лошој основи јавноздравственог стања и пре пандемије, чак и у развијеним земљама, и мерама које су предузимане у циљу спречавања ширења инфекције, као што су мере затварања и карантина (Campion et al., 2020; Holt-Lundsted et al., 2015).

КОВИД-19 инфекција је по живот претећи екстремни стресор, без лиценцираног лека за лечење, са надом у добре ефекте вакцинације, али која је, као таква, код неких особа изазвала тренутни одговор у виду:

1. Анксиозности, забринутости да се не заразе, да се неко из њихове околине не разболи, да некоме не пренесу вирус;
2. Поремећаја сна – тешког успављивања, тешкоће одржавања сна, раног буђења;
3. Физичких симптома: дијареје, мучнине, вртоглавице;
4. Иритабилности, депресивности;
5. Повећане учесталости ризичних понашања: повећана конзумација цигарета, алкохола, психоактивних супстанци;
6. Проблема пажње и концентрације.

Бриге, преокупације и стрепње могу развити пун спектар симптома и задовољити критеријуме за неки специфични душевни поремећај и могу погоршати стање особа са већ постојећим психичким поремећајима или особа које до сада нису имале слично искуство и које се сада обраћају први пут за помоћ (Fagiolini, 2020). Ако изложеност стресу траје дуже од месец дана може се развити и посттрауматски

стресни поремећај (поновно проживљавање догађаја, избегавање подражаја везаних за трауматске догађаје итд).

Мере изолације имале су додатне неповољне ефекте: појединци су постали депресивни, а повећавао се и ризик за суицидална понашања. Недостатак социјалне повезаности повећава ризике по здравље, као пушење 15 цигарета на дан или, на пример, злоупотреба алкохола, као двоструко штетнија од гојазности (Holt-Lundsted et al., 2015).

Када је реч о независним старијим особама, резултат дела квалитативне студије наших истраживача на малом узорку (Džamonja et al., 2020) био је да су се старије особе из тог узорка без већих потешкоћа прилагодиле и успеле да одрже задовољавајуће субјективно благостање упркос пандемији и рестриктивним мерама, а уз помоћ и подршку непосредног социјалног окружења и у контексту задовољства општим квалитетом дотадашњег живота. То је резултирало добрим адаптивним стратегијама и исходима, чак и у ситуацији угрожених потреба и незадовољства специфичним аспектима живота.

Ипак, налази истраживања указују на то да се код старијих особа реакције на пандемију разликују од реакција на уведене мере – толеранција старијих на угроженост личних потреба већа је него што је толеранција на угроженост права и личног достојанства. Док се брига за сопствено здравље знатно мање испољила, увођење ванредног стања, и посебно рестриктивних мера за суграђане старије од 65 година, доживљење је знатно теже. Мере изолације су се одразиле на појачана негативна осећања и пад квалитета живота, али и на угроженост личног достојанства.

3.3. Здравствене службе

Пандемија је показала значај здравствених служби у свим земљама, али и њихово стање развијености, као и бројне слабости узроковане њиховим вишегодишњим запостављањем. Хоспитализације су и даље интензивне у свим старосним групама, а одељења интензивне неге су у европском региону попунила расположиве капацитете. Доступност свих јавноздравствених и друштвених мрежа је критична.

Неопходна су прилагођавања на бази епидемиологије и способности здравствених служби и запослених да се боре са КОВИД-19 и да се одрже основне здравствене службе (WHO, 2021b). Нажалост, ова пандемија није потиснула остале здравствене проблеме (раније поменута удруженост пандемија).

Вакцинације су започете у 196 земаља у свету, а у тренутку закључивања текста, према подацима Блумберга, дато је 1,28 милијарди доза вакцина, углавном у богатим и средње-богатим земљама, док су земље са ниским дохоцима добиле само 0,2% доза вакцина (WHO, 2021b).

Упркос постојању ефективних јавноздравствених интервенција, њихова имплементација је слаба. У циљу спашавања живота изгубило се ментално здравље као приоритет, потиснуле су се незаразне хроничне болести из фокуса и њихова превенција, заборавило се да без поштовања јединства природе и човека нема здравља.

Проблеми у организацији здравствено-социјалних служби надокнађују се ентузијазмом, волонтерским активностима професионалаца и самоорганизовањем, што носи ризик за развој синдрома сагоревања, лоше здравствене исходе и повећан морталитет запослених здравствених радника.

Поред већ познатих, препоруке контроле преноса вируса, укључујући и вакцинације везане за популацију најстаријих, неопходно је нагласити значај: мултидисциплинарног рада, саветовања које је доступно неговатељима и програма за смањење стреса неговатеља и професионалаца (релаксација и медитација).

Окосницу здравствене заштите у Србији представља мрежа од 355 институција у власништву државе, у којима ради 112.000 запослених, а којима руководи Министарство здравља. Ова мрежа финансира се преко Републичког фонда здравственог осигурања. Приватни сектор још није укључен у шему јавноздравственог финансирања (Institute of Public Health of Serbia „Dr Milan Jovanovic Batut”, 2011). У новом закону о здравственој заштити (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, 2019) постоје наговештаји могућности промена власништва државних институција. У Србији постоје три нивоа здравствене заштите: примарни, секундарни и терцијарни.

Примарна здравствена заштита представљена је са 157 домова здравља, секундарни ниво са 77 болница, а терцијарни ниво односи се на високософистицирану опрему и особље за дијагностичке и терапијске сврхе. Задатак примарног и секундарног нивоа је да заштити терцијарни ниво, што се и дешавало у Србији дуго током пандемије КОВИД-19, до децембарског таласа, када је отворена болница у Батајници. Сви капацитети били су и јесу намењени за све добне групе у сврху лечења КОВИД-19 у појединим таласима.

4. Резултати истраживања о важним аспектима утицаја КОВИД-19 на социјално стање старијих и дискусија

4.1. Демографски контекст

Од шездесетих година почео је процес старења становништва Србије, да би почетком 2020. године удео старијих у укупној структури становништва порастао на 21%. То значи да је сваки пети становник Србије био старији од 65 година, а просечна старост је достигла рекордних 43,4 године, што Србију сврстава међу најстарије популације у свету (Penev, 2020). У периоду процеса старења садашњих старијих радикално су се мењали и сви други битни елементи који утичу на квалитет њиховог живота у актуелном времену – од доминантне идеологије, промене друштвено-политичког система, распада земље и ратова на просторима неких њених република, до санкција, хиперинфлације, НАТО бомбардовања, отцепљења дела државе, сиромаштва, девастираних и уништених економије и отпочињања процеса опоравка и пандемије изазване вирусом КОВИД-19. Све то заједно имало је синергијско дејство, а у неким случајевима и продужено, јер траје још увек у значајним размерама. Ово се нарочито односи на социјалне проблеме старијих, који, заједно са децом, спадају у најрањивију и најугроженију категорију становништва. Зашто је то тако, зашто се узроцима не поклања довољно пажње и зашто се често истиче да је велики удео старијих у структури становништва социјални проблем број један, нарочито када се говори о пензијама, здравственој и социјалној заштити. Таква схватања преносе се и у друге сфере

живота и односе према старијима, што доприноси њиховој социјалној искључености, дискриминацији и маргинализацији, а код њих ствара осећање потиштености, сувишности, бескорисности и беспомоћности.

Занемарује се чињеница да се велики удео старијих у структури становништва дугује продужењу људског века узрокованог напредовањем медицине, пре свега, али и других битних услова живота. Посматрано са становишта развитка људског друштва, то јесте велика цивилизацијска тековина, коју треба позитивно вредновати, бар као и друга достигнућа која су мењала свет, природу и услове живота у корист човека. Фокус само на тај велики цивилизацијски искорак заклања једну другу неповољну демографску компоненту код нас на коју старији никако не могу да утичу – недовољно рађање. Познато је да умирање и рађање одређују природни прираштај, односно величину становништва и његову старосну структуру, способност становништва да опстаје, ради, производи и развија се у непрекидном обнављању. Због тога су старење, умирање и рађање демографски процеси једнаког значаја. У последњих неколико деценија и миграције су избиле у исту равн, па су то питања која производе тектонске поремећаје у развоју становништва, али се о њима ретко расправља и немају третман приоритетних питања. И када се понекад ова питања нађу у фокусу пажње и када се, затим, уведу и одређене мере, оне се поништавају или мењају сменама гарнитура на власти, јер је постало уобичајено да се у области популационе политике стално одвијају дисконтинуитети, што је супротно научним принципима на којима се она заснива. Политике према становништву не дају резултате на кратак рок, па је потребно континуирано бављење демографским поремећајима, увођење мера заснованих на научним сазнањима мултидисциплинарних истраживања, анализи њиховог учинка током времена трајања, домаћим и страним искуствима, потребама и очекивањима потенцијалних и будућих родитеља. Мере треба да важе на дуги рок и да се унапређују, такође, континуирано, како би људи стекли поверење у њих, знали на шта могу рачунати – ако планирају потомство, и изградили свест о значају рађања као и сопственој одговорности у томе. Како се међу детерминантама недовољног рађања налази читав низ фактора који делују, популациона политика треба да буде широко постављена и да покрива све сфере живота, односно да подржава

родитељство као целоживотну улогу човека, која је истовремено и лепа и тешка.

Нови фактор који утиче на демографска кретања је и пандемија изазвана КОВИД-19. У овом тренутку, статистички подаци показују да је код нас половина преминулих старија од 70 година, а да две трећине умрлих чини мушка популација. Слично је стање и у другим земљама света. Дакле, КОВИД-19 највише погађа старије и они највише умиру од свих оболелих. Осим КОВИД-19 и познатих, неповољних биолошких промена, старији људи погођени су и другим интерним и екстерним неповољним процесима: психолошким, социјалним, материјалним, личним, приватним и другим, који делују синергијски и кумулативно. На ублажавању дејства ових фактора треба да раде сами старији људи, њихове породице, држава, локалне заједнице, предузећа, институције у системима социјалне сигурности, здравства, образовања, културе, невладине организације, удружења грађана, волонтери, уметници, познате личности и сви други хумани људи. У домаћим условима све ово постоји, али су садржаји и активности који се остварују сиромашни и недовољни, понекад само повремено, више оријентисани на старије људе у смислу колективитета, односно категорије становништва, без настојања да се развија и индивидуални приступ старом човеку, на шта обавезује и од наше земље потврђена Ревидирана европска социјална повеља (*Zakon o potvrđivanju Revidirane evropske povelje*, 2009). Она је обавезала све земље које су је потврдиле да омогуће старијима да слободно одаберу свој начин живота и да воде независан живот у свом породичном окружењу све док то желе и могу.

4.2. Последице транзиције

Промена друштвено-политичког система, транзиција и неолиберални модел друштвене организације за велики број садашњих старијих су неповољни јер су оспорили њихову идеју о друштву социјалне правде и принципе на којима је она почивала. Транзиција својине од друштвене у приватну изведена је лоше, много људи остало је без посла и без основне социјалне сигурности, поништен је допринос

садашњих генерација старијих људи стварању материјалних добара и вредносног система, чему су оне посветиле своје продуктивно доба. Они млађи, којима је на почетку промена остало још доста година до пензије, нису били одговарајућа радна снага за нове послодавце, па су искусили и године без прихода и без уштеђевине, жалећи за прошлим временом у којем се живело сигурно, без обзира што за то није постојала реална материјална основа. Садашњи старији нису имали више ни времена, ни могућности да створе уштеђевину и капитал који би им у старости допуњавали приходе, ублажавали недостатности система социјалне сигурности и, колико толико, одржавали ниво стандарда којим су живели у свом радно активном добу. Промењене су и вредности у које се веровало и на којима се све градило. Прокламује се неолиберални капитализам као бољи систем, али тај бољитак не стиже до свих у друштву, нарочито не до тзв. „жртва транзиције”, међу којима су садашњи старији доминирали. Настајање нових вредности и принципа у организацији друштва и положају људи, у домаћем осиромашеном друштву и девастираној економији, не отвара нове перспективе старијим људима зато што они не могу више да раде, одживели су свој радно-активни део живота и потребна им је мирна старост и сигурност у задовољавању основних животних потреба.

Наступило је и раслојавање друштва: нестала је средња класа, у ниском животном стандарду су и они који су запослени, променио се и положај људи у сфери рада, у смислу неостваривања радних права или њиховог грубог кршења, што се споро смањује (1,1% мање него у 2018. години). У истој години, положај старијих био је нешто бољи, пошто је проценат њиховог ризика од сиромаштва био 21,1%. Праг ризика од сиромаштва (месечни просек) у РСД био је тада 19.381,00 динара. Просечна пензија је, у 2019. години, износила око 48% просечне плате, а били су ниски износи и других социјалних давања. Секуловић (2020) наводи да у Србији пола милиона становника не може да задовољи своје основне потребе, што смањује ефективност социјалних трансфера.

У најтежем положају су корисници новчане социјалне помоћи у систему социјалне заштите, што потврђују и последњи објављени подаци (01. октобар 2020) о новчаним износима тог права:

- за појединца висина износа новчане социјалне помоћи је 8.626,00 динара;
- за сваку наредну одраслу особу у породици помоћ износи 0,5 од основице или 4.313,00 динара;
- за дете до 18 година старости износ је 0,3 од основице или 2.588,00 динара (Rešenje o nominalnim iznosima novčane socijalne pomoći, 2020).

Просечна нето зарада у октобру 2020. износила је 60.109 динара нето, вредност потрошачке корпе (новембар 2020) износила је 73.930,22 динара, а минималне потрошачке корпе 37.872,31 динар. Појединац, корисник новчане помоћи у систему социјалне заштите може, за њен износ, обезбедити себи 22,77% минималне потрошачке корпе, што је, по Секуловићу (2020), „значајно испод адекватног”.

У условима пандемије, прошле и ове године, новчана помоћ државе свим грађанима делимично је ублажила материјалне проблеме старијих.

Укупан број корисника у центрима за социјални рад у 2019. години био је 741.205, а број старијих (65+) био је укупно 127.549 (17,20%) (Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2019). У недостатку одговарајућих података, а на основу неких индикатора (услови за остваривање права на новчану помоћ, информисаност старијих о правима у социјалној заштити, одсуство превентивног социјалног рада итд.) може се претпоставити да новчану помоћ не користе сви они који би требало да је користе.

4.3. Емиграција младих

Одласци младих у иностранство су интензиван процес, који је, својим непрекидним одвијањем, обележио крај прошлог и почетак овог века, али и животе великог броја садашњих старијих људи. Колико год да је запошљавање младих у иностранству решење њихових егзистенцијалних проблема, проблема запошљавања, осамостаљивања,

стварања могућности за заснивање породице и остваривање квалитетнијег живота, за њихове родитеље (садашње старије људе) то је губитак у вредносном, психолошком, емоционалном и социјалном смислу за који се они нису припремали и тешко га подносе. У вредносним системима и животним плановима већине садашњих старијих људи породични живот имао је посебан значај. Током зрелог доба (радно активног) главни животни циљ већине њих био је да подигну и ишколују своју децу, да се она запосле, заснују своју породицу и да се дочекају и чувају унуци. Ако се то оствари „вредело је живети” и може се очекивати лепа старост, испуњена сигурношћу и радошћу због остварених животних циљева који истовремено доносе моралну и психолошку сатисфакцију и социјалну и материјалну сигурност. Одласци младих то поништавају и обесмишљавају, остављајући нерешиве психолошке и емоционалне проблеме, јер се у душе тих старијих људи настањује туга, несигурност и страх од немоћи и болести. Материјалне дознаке које им стижу од деце, редовно или повремено, не ублажавају њихове дубоке психолошке тешкоће, а ни нови облици комуникације не могу заменити учествовање у међусобним животима старијима ни празнину због одсуства могућности да гледају како им унуци расту и сазревају без њиховог учешћа. За те проблеме социјална заштита нуди мали избор облика рада, а у руралном подручју ни то. За те потребе старијих људи, за сада, нема решења. Пандемија је оспорила и наду да ће их уопште бити. Тако је широм отворен простор за усамљеност, депресију, социјалну искљученост, а тиме и болест и старост која је тужнија од оне по себи. Унутрашњи свет старијих људи као да се разграђује, за изградњу неког новог нема више ни времена, ни капацитета, а друштво те потребе не третира као проблем.

5. Дефицитарност система социјалне заштите – Шта недостаје?

5.1. Институционални смештај

Систем социјалне заштите је у процесу реформи од 2005. године. Стратегијом развоја овог система дефинисан је и један број стратешких циљева који се односио и на старије људе. Поред тога, Влада Републике Србије усвојила је и Националну стратегију о старењу за период 2006–2015. године, којом су потпуније дефинисани циљеви заштите старијих и који су усклађени са релевантним документима ОУН и ЕУ. Међутим, њихово остваривање тече споро и неравномерно, па ниску и недовољну новчану социјалну помоћ прате и недостатак капацитета за институционални смештај у јавном сектору и неразвијеност социјалних услуга.

У институционалном смештају овог сектора, последњих година, не повећавају се капацитети, па је њихов недостатак и даље актуелан, а с обзиром на пораст удела старијих у структури становништва може се основано претпоставити да ће расти и даље. Крупне промене, пак, дешавају се у приватном сектору – долази до значајног развоја приватних институција – домова за старе, које могу себи да обезбеде они са натпросечним пензијама/приходима. Према расположивим подацима Републичког завода за социјалну заштиту, „на листама чекања у 2020. години било је укупно 1.477 корисника, што је за 17% мање него у 2019. години. Од 2015. до 2019. године забележен је континуирани раст броја корисника који се евидентира на овој листи у свим установама, без обзира на оснивача. У 2020. години тај тренд је прекинут и у свим установама је забележен пад броја корисника на листама чекања за смештај. Као образложење овог тренда наводе се услови рада у време пандемије и чињеница да је корисничка група 65+ година, као најугроженији део популације, генерално била подвргнута ригорозним превентивним мерама, пре свега рестрикцијама у кретању” (Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2019). Од укупног броја корисника смештених у установама за одрасле и старије, њих 8.444 смештено је у јавном сектору, а 6.853 у приватном. У односу на 2015. годину, број корисника у јавном сектору повећан је за 4,2%, а у приватном за 425,5% (Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2019).

Евалуација резултата Националне стратегије о старењу Владе Републике Србије за период 2006–2015. године показала је да је највише учињено у великим градовима – Београд, Нови Сад, Крагујевац и Ниш, да је отпочео процес развоја услуга за старије у градовима, али не и у руралном подручју, да није довољно учињено на смањењу сиромаштва старијих, побољшању њихове здравствене заштите и доживотног образовања, укључивања НВО сектора у заштиту старијих и предузимању превентивних мера њихове заштите од дискримације, занемаривања и насиља. Препоручено је да се и у наредном планском периоду задржи стратешки оквир из 2006, када је ова стратегија усвојена, са истим стратешким опредељењима. Нова стратегија још није усвојена, а такође ни нова Стратегија развоја социјалне заштите за текући период (Kozaračanin, Milojević, 2016).

Положај старијих људи у једногодишњем трајању пандемије био је посебно отежан у домовима за старије – трајањем, више од годину дана, веома рестриктивних мера изолације, без могућности контакта и посета најближих, што је погоршавало ионако тешко стање корисника у колективним смештајима.

5.2. Социјалне услуге

Социјалне услуге су у домаћим условима новији тренд у развоју социјалне заштите и заснивају се на правима човека утврђеним документима УН и ЕУ. Међународна организација рада усвојила је 2012. године препоруке државама чланицама у погледу нивоа социјалне заштите, а које се, између осталог, односе и на „успостављање јавних услуга високог нивоа квалитета и узимање у обзир различитих метода и приступа у финансирању и пружању услуга, као и на то да националним стратегијама треба омогућити више нивое заштите што већем броју лица у што краћем року” (Sekulović, 2020). Међународна федерација социјалних радника оценила је ове препоруке као „иновативну промену у глобалној социјалној и развојној политици у правцу отклона од примата финансијских питања успостављеног Вашингтонским консензусом, ка социјалној заштити за све заснованој на

људским правима. Ова стручна асоцијација је, такође, истакла да социјална заштита стабилизује привредни развој, јер је показано да на сваки уложени долар у социјалну заштиту стопа повраћаја у привреди износи три долара” (Sekulović, 2020).

Важећа законска регулатива дефинише социјалне услуге у пет група: 1) услуге планирања – процена стања, потреба, снага и ризика корисника у његовом окружењу; 2) дневне услуге у заједници; 3) услуге подршке за самосталан живот; 4) саветодавно-терапијске и социјално-едукативне услуге и 5) услуге смештаја, са истовременом класификацијом појединачних услуга према наведеним групама. Ова класификација не спречава њихово даље развијање и обликовање, пошто су оне усмерене на задовољавање индивидуалних потреба, што значи великог броја различитих потреба, које су и саме променљива категорија. Одлучивање о организовању и финансирању социјалних услуга у надлежности је локалних самоуправа. Није регулисано праћење њиховог стања и развоја на нивоу државе. Према истраживању „Мапирање услуга социјалне заштите у надлежности јединица локалне самоуправе у Републици Србији” (Matković, Stranjaković, 2020), коришћењем индикатора величине програма и обима интервенције, утврђено је да услуге социјалне заштите у Србији нису развијене у довољној мери и да су неравномерно доступне, а да се у општинама Босилеград, Гацин Хан, Оџаци, Пожега, Сврљиг, Трговиште, Уб и Житорађа не организују, као и да постоји још десетак општина које их организују у симболичном обиму (имају мали број корисника и ниске расходе).

У развијеним срединама потребе су много веће од обима и врста услуга које се организују, па се за њихово коришћење чека на ред, а некад се дешава да се и не дочека.

Из једног броја докумената Републичког завода са социјалну заштиту, одређени показатељи или информације који су везани за старије људе потврђују наведене констатације. Тако, на пример, у материјалу „Евалуација Националне стратегије о старењу Владе Републике Србије 2006–2015”, Козарчанин и Милојевић (2016) указују на потребу обезбеђивања веће доступности услуга дугорочног збрињавања, односно социјалне и здравствене заштите, у смислу пружања организоване подршке старењу код куће, затим, развоја неопходних

институционалних капацитета и алтернативних видова смештаја и развоја невладиног и приватног сектора услуга. Услуга помоћ у кући је најзаступљенија и у 2019. години, када ју је користило 16.184 пунолетних корисника, од којих су 45,2% особе са инвалидитетом, а 54,8% корисници којима је потребна додатна подршка у активностима дневног живота, неге и надзора, јер им породична подршка није довољна или није расположива (Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2019). Основано се може претпоставити да су лица старија од 65 година, међу овим корисницима, заступљена у проценту од око 50%.

Матковић и Страњаковић (2020) утврдиле су да приближно пети-на јединица локалне самоуправе обезбеђује само једну услугу, углавном, помоћ у кући за старије и остале. Од других услуга организују се још и следеће: лични пратилац детета и дневни боравак за децу са сметњама у развоју и са инвалидитетом. Све ово показује да социјалне услуге нису развијене у складу са потребама, да су потребе знатно веће од капацитета, да су услуге, и када се организују, сиромашне по врстама и садржајима. Институције социјалне заштите немају довољно капацитета за ефикасније и ефектније бављење социјалним услугама.

5.3. *Запослени*

Смањење броја запослених у систему социјалне заштите смањило је и његове ионако недовољне капацитете што је, поред недостатка средстава, још један од главних разлога за споро остваривање функција и циљева овог система. Број радника у центрима за социјални рад смањен је у периоду од 2016, закључно са 31.12.2020, са 3.097 на 2.602, или за 16%, а у односу на 2014. за 18%. Да би се одвијали само текући послови, који стално расту у квантитативном, а мењају се и у квалитативном смислу, ангажован је један број радника на одређено време, што није довољно. Занимљиво је да је послове стручног рада, на дан 31.12.2020, обављао 1.671 запослени на неодређено време, што је 13,6% мање стручних радника него 2015. године. Посматрано према врсти послова, у 2020. години било је ангажовано 1.037 водитеља случаја, што је мање за 4,5% него у 2019. На пословима супервизора

ангажовано је 115 стручних радника, њих 108 су и водитељи случаја и супервизори, док њих 411 обавља друге стручне послове. Када се упореди број корисника са врстама њихових социјалних потреба и проблема које треба решавати јасно је да је овај систем дефицитаран у људским ресурсима. Пандемија овај проблем увећава, јер доноси нове потребе на које треба одговорити, истим тим недовољним људским ресурсима (Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2019; Republički zavod za socijalnu zaštitu, 2020).

У домену социјалних услуга, посебно за старије, који их највише користе, проблеми се јављају и због промене приступа услугама и начину њиховог организовања. Реч је о напуштању фокуса на колективну и униформну заштиту и преоријентацији на индивидуалну, примерену индивидуалним потребама које треба да се задовољавају у животном окружењу корисника, докле год је то могуће. Увид у услуге које се пружају показује изразиту доминацију услуге неге и помоћи у кући, на коју се углавном чека на ред, у неким срединама, и по години дана. О потребама старијих за дружењем, социјалним контактима, укључивањем у друге активности, целоживотном учењу, правовременој и лако доступној здравственој заштити, тешко је говорити. Малобројни клубови за старије који постоје, као врста услуге, у градовима, не могу поправити недостатност овог важног система, а о његовом превентивном деловању не може се ни говорити, што потврђује да недовољан број стручних радника у систему социјалне заштите онемогућава боље вршење његових сложених функција.

6. Инфодемија

6.1. Основне поставке истраживања

КОВИД-19 пандемију је, очекивано, пратила и инфодемија – брзо и надалеко ширење погрешних информација везаних за многе аспекте болести. Старија популација се испоставила нарочито рањивом када је у питању селекција информација. Истраживањем смо покушали да одговоримо које су се дезинформације најчешће усвајале, коришћењем анализе садржаја као методског поступка, а која се односила

на објаве („статусе”) које су кружиле друштвеним мрежама, поруке у популарним апликацијама за комуникацију и клипове на платформи *YouTube*. За контролу информација коришћене су објаве релевантних домаћих и међународних институција (*WHO, CDC, ECDC*), доступне научне студије (портали *The Lancet, PubMed, Nature, Johns Hopkins Medicine*) и *Reuters Fact Check* сервис.

Од мноштва дезинформација, често истих тврдњи, али различитих форми, издвојили смо неколицину нарочито проблематичних које смо сврстали у следеће групе:

1. „Вирус је створен у лабораторији из које је побегао случајно, или се намерно користи као биолошко оружје.”
2. „Вирус не изазива болест тежу од обичне прехладе, већ владе држава циљано драматизују ситуацију како би спроводиле закулисне радње.”
3. „Не можемо веровати званичним каналима информисања и медијима јер су они у служби фармакомафије, права истина се заташкава.”
4. „Маске не штите од вируса, а изузетно су штетне јер изазивају гушење, психолошке проблеме и брзу смрт.”
5. „Вакцине су штетне јер садрже нано чип за контролу ума; изазивају стерилитет; недовољно су испитане и служе интересима фармакомафије; служе брзој депопулацији тако што уништавају органе примаоца.”

Истраживање смо наставили полуструктурираним интервјуом, заснованим на пет генерализованих питања која су служила испитивању наведених тврдњи:

1. Да ли је вирус природан или створен вештачки?
2. Да ли вирус заиста изазива тешке облике болести?
3. На који начин и где се информисете о пандемији?
4. Да ли је потребно да носимо маске?
5. Да ли су вакцине штетне и да ли ћете се вакцинисати?

Критеријум избора наведених тврдњи, од мноштва са којима смо се срели, првенствено је штетност њиховог усвајања – у којој мери могу нашкодити појединцу који своје понашање усклађује у односу на њих.

Испитаницима је остављено простора да образлажу тврдње и ставове, уз евентуална потпитања у случајевима где је то било индиковано циљевима истраживања.

Интервју је спроведен на пригодном узорку од 20 испитаника старости од 65 до 78 година. Услед сумњи у веродостојност одговора, три интервјуа нису узета у финално разматрање. Преосталих 17 интервјуа је кодирано према релевантним категоријама. Од 17 испитаника, 11 поседује високо образовање, а преосталих шест има завршену средњу стручну спрему.

Интервјуи су спроведени у децембру 2020. и јануару 2021.

6.2. Резултати интервјуа

Најпроблематичнија тврдња, односно питање, било је под редним бројем 3, где је чак девет од 17 испитаника изразило снажне сумње у тачност података и информација које добијамо преко средстава јавног информисања. Према исказима, основи леже у неповерењу у Кризни штаб и пратећу политизацију пандемије у нашој земљи („информације су контрадикторне”; „слуђују нас од почетка, час кажу једно, час друго”), док је двоје испитаника истицало светску заверу и контролу медија од стране светских моћника (као извор информација су навели емисије на *YouTube*-у).

Следећа тврдња по проблематичности је под редним бројем 1 – седам од 17 испитаника сматра да Sars-Cov-2 није настао природним путем. Испитаници су навели (лажну) вест о тврдњи јапанског професора и нобеловца Тасуку Хоња да је вирус вештачки створен (професор је демантовао да је то изјавио) и изјаву 88-годишњег француског вирусолога и нобеловца Лука Монтањеа као извор овог уверења.

Већина испитаника изразила је одређен степен резерве у односу на вакцине, од чега је 11 испитаника изјавило да ће се вакцинисати, два испитаника су рекла да се сигурно неће вакцинисати, док преостала четири испитаника наводе да желе да виде још података о штетности и ефикасности пре него што се одлуче.

Најмање проблематичне биле су тврдње о тежини болести коју вирус изазива и неопходности ношења маски. Само један испитаник

био је изричит у ставу да маске не треба носити и да је вирус заправо обична прехлада. Од осталих испитаника сви су носили маске (двоје испитаника је још изразило сумњу у њихову ефективност, али одбацило тврдње о штетности) и били свесни о могућој тежини болести. Сви осим једног, већ наведеног испитаника, познају бар по једну особу која је умрла или била хоспитализована због КОВИД-19, што несумњиво опредељује њихов став по овом питању.

У истраживању, услед проблема и недостатака везаних за узорак који су изнети у уводном поглављу, нису се могле извући индикације везане за степен образовања и пријемчивост усвајању дезинформација, те остаје да би будућа истраживања на адекватно примењеном узорку (када се за то стекну услови) могла дати одговор на то питање.

6.3. Остали налази и контекст

Током годину дана пандемије могли смо препознати два основна канала инфодемије: дезинформације (лажне вести) и теорије завере. Ове две појаве могу се посматрати одвојено с обзиром на то да свака поседује уникатне карактеристике, међутим, често иду руку под руку и деле заједничку основу – ослањају се на контекст опште неизвесности, незнања, неинформисаности и страха, који представљају основу за њихову даљу репродукцију. Иако њихово усвајање и даља репродукција није ексклузивна за старију популацију, према иницијалним опсервацијама она ипак у томе предњачи. Друштвене мреже (*Facebook, Twitter, Youtube*), мобилне апликације за комуникацију (*Viber, WhatsApp*) испоставиле су се као жаришне тачке за креирање и ширење инфодемије, уз поједине опскурне интернет портале. Спецификум популације која усваја теорије завере и лажне вести је немогућност разликовања средстава информисања (нарочито новинских агенција и релевантних институција) од средстава и платформи намењених забави, услед чега долази до забрињавајуће фузије информативних и забавних садржаја. Старија популација је нарочито на удару јер у основи теже усваја нове технологије, односно теже разграничава реалне и утврђене чињенице од кориснички креираног садржаја специфичног за мреже и платформе које смо навели.

Током пандемије појавио се велики број самопрокламованих експерата који потпуну научну неутемељеност својих тврдњи компензују фалсификовањем чињеница, самопоуздањем у наступу и неадекватним, али привидно утемељеним аналогијама. По правилу, пласирају питање и лако разумљив наратив који се лакше усваја од теже разумљивих научних постулата и налаза. Истиче се група *QAnon*, која потиче из Америке, и чије се теорије завере преводе и шире преко друштвених мрежа свуда по свету. Лако се препознају услед коришћења *Google Translate* алгоритма у превођењу на друге језике – поједине речи се преводе погрешно па се налазе ван контекста, а склоп реченице често није у духу језика, те заиста делују као да их је писао робот.

Иза лажних вести и теорија завере, по правилу, постоји врло конкретна агенда – економска корист која се остварује у многим областима као резултат усвајања ових лажних поставки. Механизми остваривања користи су многоструки – од једноставних посета интернет страницама и пласмана реклама, преко продаје књига, до потенцирања и продаје одређених суплемената или конкретних фармаколошких препарата као лажних лекова за КОВИД-19. Ова економска корист може бити веома скупа за самог појединца који дезинформације усвоји – последице понашања према тим поставкама могу бити веома штетне. Битно је напоменути да је свака од ових дезинформација из аспекта науке у целисти одбачена као потпуна бесмислица. Међутим, две су пратеће појаве веома проблематичне: прво, евидентно је да се дезинформације потпуно некритички усвајају, иако их је веома лако проверити, без обзира на могућност коришћења технологије – уколико се неко сретне са тврдњом да маске не треба носити јер ће нас угушити, није ли за очекивати да се прво запита како хирурзи, којима посао налаже да цео дан проведу под маскама, ипак доживе старост? Друго, иако је огроман напор уложен од стране низа релевантних међународних институција да се дезинформације јасно и недвосмислено оспоре, људи којима су презентоване исправне чињенице нису склони да одбаце већ усвојене дезинформације, а чак и када успеју у томе по правилу су склони поновном усвајању нових дезинформација (особу коју су истраживачи успели да убеду да корона ипак постоји, после је било поново потребно убеђивати да је маска неће угушити, а затим да вакцине нису штетне за здравље и сл). Наведена

тенденција скреће пажњу на веома забрињавајућу могућност – да се дезинформације и теорије завере инкорпорирају у основна веровања људи и да постају матрица за тумачење реалности. Поменуто стање страха и неизвесности им у том смислу изузетно погодује, имајући у виду негативан утицај који остварује на ментално здравље људи, чинећи их подобнијим за такав вид манипулација – у стању опште узбуне и великих непознаница, еволутивни механизми људи наводе их да усвајају и реагују на прву информацију која до њих дође. Природа није предвидела да би она могла бити лажна.

Наведено илуструје због чега је популација старијих особа рањивија од остатка популације – услед кумулативног ефекта специфичне комбинације заједничких карактеристика за општу популацију, уз тескобе које условљава парцијална адаптација старије популације на нове технологије, заједно са карактеристикама вируса, који је посебно таргетира, и ефеката који по ментално здравље узрокују примењене мере изолације. Како је у питању изразито мултидисциплинарна тема, решења се морају симултано и усклађено тражити у низу научних дисциплина (психологија, комуникологија, социјални рад, медицина, па и криминологија). Тренутна кампања оспоравања дезинформација веома личи на игру звекни кртицу или митолошку хидру – како се једна дезинформација оспори одмах се појави једна или више нових. Такође, испоставило се да пружање ваљаних информација и доказа није увек довољно – појединци који су усвојили дезинформације то доживљавају као атак на њихова уверења, те су их спремни бранити. Системска решења би се морала базирати на покушају да се прекине механизам усвајања дезинформација, те је основно питање које се поставља: како оснажити и едуковати људе да сами филтрирају садржај? Заиста, многе од ових дезинформација не захтевају висок ниво образовања да би се одбациле као нетачне, те се може сматрати да се кључ налази управо у таргетирању механизма усвајања. Последице изостанка системских решења треба понављати, могу бити велике и по појединца и по друштво. Претходних недеља присутне су веома снажне кампање против вакцинисања. У међуљудским односима се већ одлази у крајности, па се људи који су на основу заблуда постали противници вакцина љуте на своје пријатеље који оду да се вакцинишу и сматрају то издајом. Такви односи и поставка делују дестимула-

тивно на појединце када је у питању одлука да се вакцинишу, што у крајњој инстанци има немерљиве последице за цело друштво јер компромитује и одлаже коначни крај пандемије.

7. Закључак

Пандемија КОВИД-19 велика је хуманитарна криза и упозорење, али и шанса да појединачно и као заједница промислимо о приоритетима у којима, у наредном периоду, треба да се нађу системи здравствене и социјалне заштите.

Како су у овој пандемији у посебном ризику, између осталих, и старији, ово истраживање показало је да њихов положај у друштву није задовољавајући: раст пензија заостаје за растом зарада (просечна пензија, почетком ове године, износи 46% просечне плате), а систем социјалне заштите, од којег у високом степену зависи положај најугроженијих старијих, није у довољној мери остварио стратешке циљеве свог развоја (који су истовремено реформски), па је препоручено да се они пренесу у наредни период, који је већ почео, али без усвојеног новог стратешког плана. У још драстичнијој ситуацији је и „Национална стратегија о старењу Владе Републике Србије, 2006–2015”, јер је период за који је утврђена политика према старијима истекао пре шест година, а нова, такође, још није усвојена.

Закључак који се намеће као императив је потреба за променом односа према старијима у смислу њиховог бољег третмана и бољег укупног положаја у друштву, не само из цивилизацијских разлога, већ због доприноса који су старији дали друштвеном развоју и права која им заслужено припадају. Друштвени системи и институције треба да буду носиоци унапређења положаја старијих људи у материјалном, социјалном и психолошком смислу.

Налази упућују да је потребно променити наратив о томе колико коштају старији људи и промовисати међугенерациске односе на принципима солидарности, узајамности, социјалне правде, толеранције, међусобног уважавања, поштовања биолошких разлика које доносе поједине фазе људског живота и неговања хуманог и културног односа међу људима.

Систем социјалне заштите не сме бити маргинализован и дискриминисан, већ третиран равноправно са другим друштвеним системима у погледу оспособљености (људским и материјалним ресурсима), видљив у друштву, не само по ономе што није учинио, или је лоше учинио, већ и по успесима у проналажењу решења да људи успешно излазе из стања социјалне потребе, егзистенцијалне и социјалне угрожености и осећања безнађа.

За крај, у контексту инфодемије, поучна је студија из Јапана, објављена у швајцарском научном часопису *Frontiers in Psychology*, почетком августа 2020. године, која истиче да је главни разлог што Јапанци, као народ, веома дисциплиновано носе маске, и тиме ефикасно спречавају трансмисију вируса, заправо притисак остатка друштва и других људи да се маске носе (Nakayachi et al., 2020). Истраживање је указало да је у појединим случајевима породични притисак давао резултате приликом доношења одлуке да се члан породице вакцинише, те не треба одбацити могућност да се један од коначних одговора тражи и у овом домену, кроз снажан колективни притисак друштва да појединци одбаце дезинформације и теорије завере. Чињеница је да је тренутно спонтани друштвени одговор изузетно благ и своди се махом на игнорисање, уместо на неопходну конфронтацију, чиме се даје простор за њихову даљу репродукцију уместо сузбијања.

Литература

- Burns, A., Lobo, A., Rikkert, M. O., Robert, P., Sartorius, N., Semrau, M., Stoppe, G. (2021). COVID-19 and dementia: experience from six European countries. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 1–7.
- Campion, J., Javed, A., Sartorius, N., Marmot, M. (2020). Addressing the public mental health challenge of COVID-19. *Lancet Psychiatry*; [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)302406](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)302406).
- Džamonja Ignjatović, T., Stanković, B., Klikovac, T. (2020). Iskustva i kvalitet života starijih osoba tokom pandemije Kovida-19 i uvedenih restriktivnih mera u Srbiji. *Psihološka istraživanja*, 23(2), 201–231.
- Fagiolini, A. (2020). What is the immediate and long-term impact of Covid-19 on mental health in general; <https://progress.im>

- Holt-Lundsted, J., Smith, T. B., Baker, M. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for Mortality: A meta analytic Review. *Perspective on Psychological Science*, 10(22); <https://doi.org/10.1177%2F1745691614568352>.
- Institute of Public Health of Serbia „Dr Milan Jovanovic Batut” (2011). *Statistical Yearbook of Republic of Serbia*. Belgrade: Institute of Public Health of Serbia „Dr Milan Jovanovic Batut”.
- Kozarčanin, L., Milojević, S. (2016). Evaluation of Implementation of the National Strategy on Ageing of the Government of the Republic of Serbia, 2006–2007 and Proposals for the New Strategic Framework; <https://serbia.unfpa.org/en/publications/evaluation-implementation-national-strategy-ageing-government-republic-serbia-2006-2007>
- Matković, G., Stranjaković, M. (2020). *Mapiranje usluga socijalne zaštite u nadležnosti jedinica lokalnih samouprava u Republici Srbiji*. Beograd: Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva Vlade Republike Srbije.
- Nakayachi, K., Ozaki, T., Shibata, Y., Yokoi, R. (2020). Why Do Japanese People Use Masks Against COVID-19, Even Though Masks Are Unlikely to Offer Protection From Infection? *Frontiers in Psychology*; <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01918>
- Penev, G. (2020). *Srbija je postala zemlja staraca*; www.nezavisnost.org-goran-penev-Srbija-je-postala-zemlja-staraca
- Republički zavod za socijalnu zaštitu (2019). *Izveštaj o radu centara za socijalnu rad za 2019. godinu*. Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu.
- Republički zavod za socijalnu zaštitu (2020). *Izveštaj o radu centara za socijalnu rad za 2020. godinu*. Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu.
- Republički zavod za statistiku (2019). *Saopštenje br. 238 – god. LXX*, 15.10.2020, *Anketa o prihodima i uslovima života, Siromaštvo i socijalna nejednakost*. Beograd: Republički zavod za statistiku.
- Rešenje o nominalnim iznosima novčane socijalne pomoći, koje se primenjuje od 01.10.2020; www.pravniportal.com/novi-iznosi-novcane-socijalne-pomoci
- Sekulović, I. (2020). *Analiza Nacrta Strategije socijalne zaštite za period 2019–2025*. Beograd: Fondacija centar za demokratiju.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs (2020). *Covid 19 and Older Persons: A Defining Moment for an Informed, Inclusive and Targeted Response*; www.un.org/development/desa/publications
- Wang, H., Li, T., Barbarino, P., Gauthier, S., Brodaty, H., & Molinuovo, J. L. (2020). Dementia care during Covid-19. *The Lancet*, 1190–1191.
- WHO (2020a). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*, <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/mental-health-and-covid-19>.

- WHO (2020b). *Vulnerable populations during COVID 19 response*; https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/446340/
- WHO (2021a). *WHO European Region*; <https://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/statements/2021/statement-surgin-pandemic-surpasses-1-million-deaths-in-the-who-european-region>
- World Health Organization (2021b). *Epidemiological update on Covid-19*; www.who.int/publications: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---13-april-2021>
- Worldometer (2021). *Worldometers.coronavirus data*; www.worldometers.info/coronavirus/: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- Zakon o potvrđivanju revidirane evropske povelje, *Službeni glasnik RS – Međunarodni ugovori broj 42/09*; <https://ravnopravnost.gov.rs/wp-content/uploads/2012/11/images-files-Revidirana%20Evropska%20socijalna%20povelja%20SE.pdf>.
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti. *Službeni glasnik*, 25/2019.

Базе података

- Bloomberg Mapa vakcinisanosti, <https://www.bloomberg.com/graphics/covid-vaccine-tracker-global-distribution/>
- CDC Covid portal, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>
- ECDC Covid portal, <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19>
- PubMed, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Reuters Fact Check, <https://www.reuters.com/fact-check>
- The Lancet Covid portal, <https://www.thelancet.com/coronavirus>
- WHO Covid portal, <https://covid19.who.int/>

Aleksandra Milicevic Kalasic, Djordje Terzin, Ana Gavrilovic

HEALTH AND SOCIAL ISSUES AMONG THE ELDERLY DURING THE PANDEMIC

Abstract

Since the beginning of the COVID-19 pandemic, scientists, experts and the public have predominantly focused on the medical aspects of the disease. More than a full year into the pandemic, we have learned a lot about the virus and the management of the

disease. We have developed several safe and effective vaccines, and the vaccination process is well under way in many countries. However, we can observe quite a few underlying issues that to date have not been adequately addressed, many of which primarily lie in the domain of vulnerable population groups. The elderly (aged 65+) have been placed in a particularly difficult position, as well-known factors that contribute to their vulnerability, such as poverty, institutionalization, social exclusion, deterioration of health, etc. were further exacerbated by the characteristics of the disease itself, which exhibited substantially higher death rates and increased impacts among this age group. Through the application of a multidisciplinary approach, this paper aims to analyze the following: the general context of the COVID-19 pandemic and its conjunction with the increased prevalence of dementia, as well as the mental health issues developing among the elderly and the challenges that these pose to public health systems. The socio-economic status, demographic issues, and the consequential social problems (poverty, exclusion, etc.) that plague the population of elderly in Serbia are also analyzed, along with problems arising from these, including the inability of the public social care system to address the needs of an aging population. Finally, the paper focuses on the current 'infodemic' (to which the elderly appear to be particularly susceptible); an overabundance of false and misleading information that has the effect of undermining the public health effort and protective measures that have been implemented, and leads to poor decision-making by individuals in regard to their health choices, thus simultaneously prolonging the pandemic and delaying (or even compromising) its end. Needless to say, these problems can be as devastating as the disease itself. The popular physical/social isolation measures taken by governments – and enforced over the elderly in particular – presented a unique methodological challenge in conducting the research for this paper.

Key words: pandemic, elderly, mental health, social problems, infodemic.

Оригинални научни рад

УДК 613.98:616.89%008.454(497.11)“2016”

159.922.63

Рад послат: 25.12.2021.

Рад прихваћен: 28.12.2021.

Милутин Врачевић*

Црвени крст Србије, Београд

Наташа Тодоровић**

Црвени крст Србије, Београд

УЧЕСТАЛОСТ ДЕПРЕСИВНОСТИ КОД СТАРИЈИХ ОСОБА У СРБИЈИ

Резиме: Циљ истраживања је да се утврди учесталост депресивности или депресивних симптома код старијих особа и да се пронађе веза између нивоа социјалне активности старије особе и ризика од депресије. Рад поставља следеће хипотезе: 1. Учесталост депресивности код старијих је чешћа код особа које имају мањи ниво социјалних активности; 2. Учествовање у неком облику редовног дружења је повезано са ређим јављањем депресивне симптоматологије. Група која је била предмет истраживања садржала је старије особе чланице група самопомоћи (социјално активније), као и старије особе које користе услуге помоћи у кући (социјално мање активне). Истраживање је обављено у току маја и јуна 2016. године у следећим градовима Србије: Јагодина, Крагујевац, Лозница, Неготин, Пирот, Пожаревац, Велика Плана, Владимирци и Врбас. По дизајну истраживања ради се о студији пресека. Инструмент истраживања је био 9 PHQ (The Patient Health Questionnaire). Ради се о упитнику самопроцене који је изведен из PRIME-MD-a (The Primary Care Evaluation of Mental Disorders). У овом скраћеном облику односи се само на депресивне поремећаје, уједно мерећи сваки од 9 DSM-IV (МКБ-10) критеријума потребних за постављање дијагнозе депресивног поремећаја. У статистичкој анализи коришћене су методе дескриптивне и диференцијалне статистике. Подаци су анализирани дескриптивним (апсолутни и релативни бројеви, мере централне тенденције) и аналитичким статистичким методама. У истраживању је учествовало 616 испитаника старије животне доби, од тога 358 (58,1%) оних који примају неку врсту услуге

* Доктор медицине, мастер из јавног здравља, стручни саветник за здравствену делатност, milutin@redcross.org.rs

** Дипломирани психолог, мастер из јавног здравља, стручни саветник за здравствену делатност, natasa@redcross.org.rs

помоћи у кући и у истраживању су дефинисани као социјално мање активне особе и 258 (41,9%) старијих особа волонтера и чланова група самопомоћи које су у истраживању дефинисане као активни чланови заједнице и социјално активне особе. У резултатима је уочено да је учесталост депресивности код старијих чешћа код особа које имају нижи ниво социјалних активности. Симптоми који указују на присуство тежих форми депресивних поремећаја нађени су код 19,6% мање социјално активне популације и само код 5,4% социјално активније популације. Такође је примећено да се код блажих (супклиничких) облика депресије не може уочити значајна разлика између социјално активније и мање активне старије популације, али да је код њих преваленца релативно висока. Ово је значајно с обзиром на то да ови облици депресивних поремећаја не добијају довољно пажње од стране здравственог система, а да су истраживања супклиничких облика ових поремећаја показала да исходи по здравље и ризици које ови поремећаји носе нису значајно различити у односу на клиничке форме депресије.

Кључне речи: депресија, особе старије од 60 година, социјална укљученост, активно старење

1. Увод

1.1. Демографско старење

Феномени демографског старења, демографске транзиције и демографских промена присутни су у јавном дискурсу последњих деценија, а са преласком из 20. у 21. век друштва почињу интензивније да се баве узроцима старења становништва, као и последицама које оно повлачи. Демографска структура становништва се приметно мења са трендом продужења очекиваног животног века како на рођењу тако и са навршених шездесет година. То је позитиван резултат развоја, али у комбинацији са сниженом стопом фертилитета са собом доноси и озбиљне изазове (Age International, 2015: 13).

Демографско старење повлачи бројне друштвено-економске, здравствене, културне и научне последице и представља комплексан догађај и никако га не треба посматрати једнозначно. Изазове треба идентификовати и у њима пронаћи прилике и могућности – све државе ће бити принуђене да раде на прилагођавању својих јавних политика, привреде, тржишта рада, здравствених и социјалних услуга како би их ускладиле са потребама растуће популације старијих. На овај начин ће се обезбедити квалитетна нега, сигурност прихода

у старости, флексибилније запошљавање, унапређење социјалне инклузије и могућност укључивања старијих у све сфере друштва. Последњих неколико деценија карактерише развој политика усмерених на смањење неједнакости и дискриминације засноване на годинама, као и унапређење социјалне инклузије, али поштовање људских права старијих је још увек глобални изазов (UNFPA, 2014: 10).

Према подацима из 1980. године, 8,6% популације било је старије од 60 година, у 2014. се тај број повећао на 12%, што у апсолутним бројкама значи да је 868 милиона људи у светској популацији старије од 60 година. Очекује се да ће до 2050. године чак 22% светског становништва чинити старији од 60 година. Јапан је једина држава у свету где старији од 60 година чине више од 30% популације, али пројекције су да ће до 2050. године још 64 државе света имати исту демографску слику (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013: 3–5). Најстарији континент ће у 2050. години бити Европа, где ће старији од 60 година чинити 33,6% целокупне популације. На глобалном нивоу, број старијих од 60 година у становништву расте брзином од око милион особа месечно (HelpAge International, GAWI, 2014: 5–10).

За последњих педесет година очекивано трајање живота на рођењу повећало се за безмало 20 година. Очекивано трајање живота у периоду од 2010. до 2015. године у развијеним земљама било је 78,6 година, док је у земљама у развоју било 68,1 година. Према пројекцијама, очекивано трајање живота на рођењу између 2045. и 2050. године у развијеним земљама биће 83 године, а у земљама у развоју 74 године (UNFPA, HelpAge International, 2012: 19–22).

Унутар саме популације старијих најбрже расте удео старијих од 80 година и то у већини земаља, независно од географског положаја или привредне развијености. Удео 'старијих старијих' расте брже од било ког другог сегмента популације старијих. Глобално, у периоду између 1950. и 2050. године очекује се просечан годишњи пораст особа старијих од 80 у популацији од 3,8%, што је два пута веће од пораста популације старијих од 60 година – 1,9%. Ово значи да је 1950. године једна од петнаест особа старијих од 60 имала 80 или више година, 2000. је то била једна од девет, а предвиђа се да ће у 2050. години свака пета старија особа имати више од 80 година (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2002:

24–25). До 2050. године број старијих од 80 година увећаће се четири пута и на глобалном нивоу износиће 395 милиона (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2013: 31). Попис из 2011. године у Србији даје следеће податке: старији од 65 година чине 17,4% укупне популације, а старији од 80 година чине 3,5%. У 2013. години је просечна старост становника Србије износила 42,4 године. Републички завод за статистику предвиђа да ће удео старијих од 60 година у популацији већ 2030. године бити виши од 21%, а 'старији старији' ће чинити 5% (Devedžić i Stojilković Gnjatović, 2015: 21–34). Очекивани животни век за жене и мушкарце у Србији са навршених 60 година износи 79 година (HelpAge International, GAWI, 2014; Petrušić et al., 2015: 8).

1.2. Депресија

Депресија представља озбиљан јавноздравствени проблем. Према истраживању СЗО, у просеку једна од двадесет особа старијих од 65 година је пријавила да је имала депресивну епизоду у претходној години (Yasami et al., 2013: 6). Депресија значајно доприноси глобалном оптерећењу болешћу и процењује се да 350 милиона људи пати од неке форме депресивних поремећаја, што је чини најчешћим менталним поремећајем у општој популацији (World Health Organization, 2016). Депресивни поремећаји често могу имати рекурентан ток болести или бити хронични поремећаји и морамо имати на уму да се депресивне епизоде током живота могу понављати. Половина особа које су имале једну депресивну епизоду имаће поновљену епизоду током животног века; за чак 80% особа које су имале две или више депресивних епизода долази до поновног јављања депресивне епизоде до краја живота (Burgusa, Iacono, 2007: 1).

По пројекцијама с почетка двехиљадитих година, до 2020. године у свету други водећи узрок оптерећења болешћу, рачунато у годинама живота коригованих у односу на неспособност, биће депресија (World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001: 6), као и да ће у државама средњег и вишег дохотка

до 2030. године депресивни поремећаји бити водећи узрок оптерећења болешћу (Rodda et al., 2011: 1).

Процењује се да трошкови повезани са депресијом у САД износе 210 милијарди долара годишње. Мање од 50% ових трошкова су директни трошкови лечења, док преко 50% трошкова чине трошкови повезани са радним местом (одсуствовање са посла и смањена продуктивност) и трошкови повезани са самоубиством (Greenberg et al., 2015: 156–159).

Према резултатима Истраживања здравља становништва Србије за 2013. годину, присуство депресивних симптома је значајно више код старијих особа у поређењу са општом популацијом. У општој популацији проценат становника са депресивним симптомима износио је 4,1%, док је у старосној групи 65–74 овај проценат 6,8%, а код особа старијих од 85 година чак 21,1% (Grozdanov et al., 2014: 87–88).

Депресија спада у групу поремећаја расположења. Она обухвата у већој или мањој мери изражене симптоме као што су: нерасположење, губитак интересовања и задовољства, доживљај смањења енергије и губитка воље, оштећена концентрација и пажња, смањено самопоуздање и самопоштовање, осећање кривице и безвредности, суморан и песимистичан поглед у будућност, идеје о самоповређивању или суициду, поремећај циклуса спавање/будност, као и снижен апетит. Ови проблеми могу постати хронични или рекурентни и воде до приметних умањења способности особе да се стара о себи и испуњава дневне обавезе. У најгорем случају, депресија може довести до самоубиства. Готово милион живота годишње буде изгубљено због самоубиства, што је еквивалент 3.000 смрти дневно. На сваку особу која изврши самоубиство двадесет или више ће га покушати (Marcus et al., 2012: 6).

1.2.1. Клиничке форме депресије

Према класификацији менталних обољења DSM 5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2013: 155–188), најчешће форме клиничке депресије су депресија мајор и дистимија. Симптоми 'Велике депресије' (депресија мајор) су: депресивно расположење, губитак интересовања и задовољства (губитак интереса за активности које су раније биле извор

задовољства); психомоторна агитираност, узнемиреност; поремећаји спавања; осећања безвредности, безнађа и кривице; доживљај смањене енергије са осећањем слабости и физичког умора; мисли су успорене, размишљање, концентрација и памћење су отежани, доношење одлука је тешко и често се избегава; промене апетита и тежине, сталне мисли о смрти, самоубиству или намерама о самоповређивању у трајању од најмање 2 недеље. Њена учесталост је код старијих 1–4%, при чему је чешћа код жена него мушкараца (American Psychiatric Association, 2013: 155–188). Депресивни поремећаји се готово дупло чешће јављају код жена него код мушкараца и ова карактеристика је скоро универзална, тј. понавља се у свим земљама и у различитим културама (Sadock, Sadock, 2007: 1901–1904).

Преваленца депресије мајор износи приближно 7%, а постоје значајне разлике међу узрасним групама: преваленца у групи између 18 и 29 година троструко је већа него код групе особа старијих од 60. За жене је учесталост 1,5 до 3 пута већа него код мушкараца, а ова разлика се уочава још у раној адолесценцији (American Psychiatric Association, 2013: 155–188).

Дистимија се односи на депресивно расположење током периода од 2 године са периодима нормалног расположења који не трају дуже од неколико недеља, без хипоманичних епизода и присуством најмање 2 пратећа симптома: промена апетита (смањен или повећан апетит); несаница или претерано дуго спавање; умор или мањак енергије; низак степен самопоштовања; смањена концентрација и отежано доношење одлука; осећај безнадежности. Преваленција дистимије у општој популацији и у популацији старијих особа је 2% (Sadock, Sadock, 2007; Gellis et al., 2009/2014: 2).

1.2.2. Супклиничке форме депресије

У новијој литератури, а у контексту ревизије система класификација менталних обољења се све више пажње поклања димензионалном, а не категоричком приступу афективним поремећајима.

Димензионални приступ уводи идеју континуума са претпоставком да се депресивни поремећаји боље концептуализују у виду спектра у коме озбиљност симптома расте. Ти симптоми са своје стране

могу варирати од неспецифичних депресивних симптома (који у збиру не испуњавају критеријуме за постављање дијагнозе неке од клиничких форма депресије) до депресије мајор (Ayuso-Mateos et al., 2010: 365, 368, 370).

Џад и сарадници су 1994. године предложили следећу дефиницију супклиничке депресије: „Било која два или више симултаних симптома депресије који су присутни већину времена или све време, током најмање две седмице, а повезани су са присуством социјалне дисфункције, када се појављују код особа које не испуњавају критеријуме за дијагнозу мале депресије, депресије мајор и/ или дистимије” (Judd et al., 1994; Rivas Rodríguez et al., 2012: 2).

Особе са супклиничким поремећајем имају лошије исходе од пацијената без депресије. У много случајева исходи субклиничког поремећаја нису значајно различити од исхода клиничке депресије, па чак и депресије мајор (Grabovich et al., 2010: 5–6).

1.2.3. Карактеристике депресије код старијих особа

Депресија представља најчешћи поремећај менталног здравља код старијих особа. Иако старење са собом носи мултипле губитке (ближњих, умањење аутономности и слично) депресија у старости није „нормална”. Предрасуда да је она у старијем добу нормална и очекивана доводи до тога да се депресивни поремећаји код старијих особа превиђају или игноришу.

Преваленца депресије мајор у узорцима старијих одраслих особа из заједница показује значајно опадање у односу на преваленце из средњих година и за жене и за мушкарце. Насупрот томе, већина студија које мере увећане резултате на листама симптома депресије (а не дијагнозе депресивног поремећаја) пријављују увећане учесталости клинички значајних депресивних симптома међу одраслима у средњим годинама (Newmann, 1989: 161). У сваком случају, присуство депресивних симптома неповољно утиче на здравствене исходе код других хроничних обољења (кардиоваскуларна обољења, дијабетес...) повећава вероватноћу већег броја компликација, повећава трошкове лечења и доводи до смањења функционалности и инвалидитета (Gellis et al., 2009/2014: 5, 10).

Лонгитудинална студија становништва стратификована на основу старосне доби пронашла је да одрасле особе између 70 и 84 године са депресијом имају виши ризик од морталитета од оних особа које немају депресију. У просеку оне умиру три године раније. Овај ризик превађава над ефектима старосне доби, пола и присуства деменције, кардиоваскуларних и других соматских обољења, али се не одржава код најстаријих старијих особа, оних старости између 85 и 101 године (Rodda et al., 2011: 5).

Неколико студија је показало да је вероватноћа да ће старије одрасле особе препознати депресивне симптоме значајно мања него код млађих особа. Оне их приписују нормалном току старења или физичким обољењима, а поред тога и пацијенти и њихови лекари често депресију гледају као проблем који се прихвата уместо као објективну болест коју треба лечити (Rodda et al., 2011: 3).

Нека истраживања показују да је само 20% старијих особа које пате од неког депресивног поремећаја дијагностиковано или лечено (Cole, Dendukuri, 2003: 1147).

За одређене сегменте старијег становништва, учесталост депресије мајор варира. Преваленца је најмања код старијих пацијената који живе у заједници: 1–5%. Код старијих пацијената на амбулантном лечењу она је 5–10% (мада процене јако варирају), пацијената на болничком лечењу 10–12%, а код оних који бораве у установама дуготрајне неге је 14 до 42% (Blazer, 2003: 120; Djernes, 2006: 6; Fiske et al., 2009: 2–4).

Неки аутори тврде да се депресија може на различите начине испољити у различитим животним добима. Код старијих особа се сматра вероватнијим да ће оне пријављивати соматске симптоме, док је мање вероватно да ће пријављивати дијагностичке симптоме, депресивних расположења и анхедоније (Gallo et al., 1994: 260–261; Karel, 1997: 852; Christensen et al., 1999: 336; Jorm, 2000: 16; Hybels and Blazer, 2002: 363; Scott et al., 2008: 2). За старије одрасле особе је мање вероватно да ће показати когнитивно-афективне симптоме депресије, укључујући дисфорију и осећај безвредности/кривице, него што је код млађих (Gallo et al., 1994: 260). Поремећаји сна, замор, психомоторна ретардација, губитак интересовања за живљење и безнадежност у погледу будућности могли би бити превалентнији у депресији

у каснијем животном добу него у депресији код млађих или средовечних одраслих (Christensen et al., 1999: 326). Субјективне притужбе о лошем памћењу и концентрацији су такође уобичајене код депресивних старијих одраслих (Fiske et al., 2009: 4).

Депресивни поремећаји се код старијих особа могу разликовати и по животним добима у којима се болест први пут испољила. Ово је важно због разлика у етиологији и прогнози депресивних поремећаја. Код особа које су прву депресивну епизоду имале пре 65. године чешће постоји породична историја депресије, што може да указује на наследну основу поремећаја. Код особа са касним почетком болести етиолошки узроци су пре свега структурне промене мозга (Fiske et al., 2009: 5–6). Већина депресивних епизода у каснијој животној доби ће бити рекурентне, а не прве епизоде у нечијем животу (Rodda et al., 2011: 1).

Депресивни поремећаји често долазе са неким коморбидитетима (попут деменције) или органским поремећајима. У таквим случајевима депресија може бити симптом примарне болести. Такође, у студијама које су се бавиле депресивним одраслим особама (Gellis et al., 2009/2014: 4; Fiske et al., 2009: 8–11) утврђено је да особе са депресивним симптомима, без обзира да ли имају клинички дијагностификован депресивни поремећај, имају слабију функционалност, која се може упоредити са оном код особа које пате од хроничних здравствених стања, попут болести срца или плућа, артритиса, хипертензије и дијабетеса, или је и лошија. Поред тога што доприноси слабљењу функционалности, депресија увећава и субјективни доживљај слабог здравља, повећава коришћење медицинских услуга, као и трошкове здравствене заштите (Cole, Dendukuri, 2003: 1147).

Код старијих се чешће срећу когнитивни поремећаји, поремећаји сна, губитак интересовања, као и осећај кривице (Charman, Perry, 2008: 3–4; Cole, Dendukuri, 2003: 118). Неки истраживачи су сугерисали да постоји синдром депресије без туге, за који се мисли да је учесталији код старијих одраслих особа или синдром истрошености који се манифестује повлачењем у себе, апатијом и недостатком енергије (Blazer, 2003: 119).

На основу података СЗО, пропорционално више особа старости преко 65 година извршава самоубиство од било које друге узрасне групе, а већина њих има депресију мајор. Старије особе које покушају самоубиство имају већу вероватноћу да ће умрети од млађих особа, а за оне који преживе прогнозе су лошије ако су старије одрасле особе (Rodda et al., 2011: 1). Мушкарци старији од 75 година представљају групу са највишом инциденцом самоубиства (World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence, 2001: 34).

Недавно рађена свеобухватна метаанализа показује да је преваљенца депресије мајор код особа старијих од 75 година између 4,6% и 9,3%, док је учесталост за депресивне симптоме испод прага (симптоми који не испуњавају критеријуме за клиничке форме депресије) између 4,5% и 37,4% (Rodda et al., 2011: 1). Године 1989. Велс и сарадници су известили да су депресивни симптоми који се не квалификују за депресију мајор повезанији са социјалним ограничењима него са многим физичким обољењима (Wells et al., 1989: 4).

Негативне здравствене последице повезане са супклиничком формом депресије у старости су на истом нивоу као оне које се сусрећу код многих хроничних медицинских и психијатријских стања, укључујући увећано коришћење здравствене заштите и увећане трошкове, умањење когнитивних функција, опадање физичког здравља, смањене капацитете и увећање суицидалне идеације (Meeks et al., 2011: 1).

1.2.4. Фактори ризика

Комбиновани резултати 20 студија фактора ризика за депресију међу старијим особама указују да постоји пет фактора (жалост због губитка, поремећај сна, инвалидитет, претходна депресија, као и женски пол) који су значајни фактори ризика за депресију. Требало би приметити да се три фактора од ових пет потенцијално могу модификовати – жалост, поремећај сна и инвалидитет. Према томе, велики део случајева депресије међу старијим особама може се приписати једном од ових фактора ризика. Како су ови фактори ризика учестали међу старијима, може се очекивати да њихово модификовање проузрокује важан јавноздравствени ефекат. Зато је важно указати на

значај потенцијалног организовања скрининга старије популације како би се идентификовале особе са високим ризиком за депресију са потенцијалним мултиплим факторима ризика (на пример, жене у жалости због губитка, са претходном депресијом, инвалидитетом и поремећајем сна) (Cole, Dendukuri, 2003: 1153).

1.2.5. Протективни фактори

Могући фактори који у одређеној мери штите од депресије су: виши ниво субјективног доживљаја здравља, осећај подршке од стране заједнице, осећај контроле и самопоштовање (Yang, George, 2005; Fuller-Iglesias et al., 2008).

Истраживања показују да су боље социјално интегрисане старије особе изложене мањем ризику од развоја депресивних поремећаја (Schwarzbach et al., 2013: 3).

2. Циљ истраживања

Основни циљ истраживања био је да се утврди учесталост депресивности, односно депресивних симптома код старијих особа.

Посебни циљеви односили су се на: 1. Процену учесталости депресивности или депресивних симптома код старијих особа у оквиру група самопомоћи; 2. Процену учесталости депресивности или депресивних симптома код старијих особа које користе услуге помоћи у кући; 3. Идентификовање фактора ризика за развој депресивне симптоматологије код старијих особа.

Постављене су следеће хипотезе: 1. Учесталост депресивности код старијих је чешћа код особа које имају мањи ниво социјалних активности; 2. Учествовање у неком облику редовног дружења повезано је са ређим јављањем депресивне симптоматологије.

3. Метод

3.1. Тип студије, време и место истраживања

Истраживање је обављено у току маја и јуна 2016. године у следећим градовима: Јагодина, Крагујевац, Лозница, Неготин, Пирот, Пожаревац, Велика Плана, Владимирци и Врбас. По дизајну истраживања ради се о студији пресека.

3.2. Инструмент истраживања

Инструмент истраживања је био 9 PHQ (The Patient Health Questionnaire), који је дистрибуиран анкетарима у дванаест градова у Србији. Упитник 9 PHQ (The Patient Health Questionnaire) одабран је на основу прегледа литературе (научних радова и препорука добре праксе) и преведен је на српски језик. Ради се о упитнику самопроцене који је изведен из PRIME-MD-a (The Primary Care Evaluation of Mental Disorders). PRIME-MD користи се за евалуацију најчешћих психијатријских поремећаја на нивоу примарне здравствене заштите, док се овај скраћени упитник односи само на депресивне поремећаје, уједно мери сваки од 9 DSM-IV (МКБ-10) критеријума потребних за постављање дијагнозе депресивног поремећаја. Питања су следећа:

1. Слабо интересовање или задовољство да радите нешто.
2. Малодушност, депресија или безнадежност.
3. Проблеми да заспите, спавате у континуитету или превише спавања.
4. Осећај замора или недостатка енергије.
5. Лош апетит или преједање.
6. Лоше мишљење о себи – или осећај да сте промашај или да сте разочарали себе или своју породицу.
7. Тешкоћа да се концентришете на ствари, као што су читање новина или гледање телевизије.
8. Толико успорено кретање или говор да су други то могли да примете. Или супротно – толико сте узврпољени или немирни да сте се кретали много више него обично.
9. Мисли о томе да би Вам било боље да сте мртви или о томе да се повредите на неки начин.

Одговор на свако од ових девет питање будује се од 0 (без тегоба) до 3 (скоро сваки дан):

Укупни скор	Тежина депресије
1–4	Минимална депресија
5–9	Блага депресија – супсиндромска
10–14	Умерена депресија
15–19	Умерено тешка депресија
20–27	Тешка депресија

Пре попуњавања упитника 9 PHQ испитаници су имали сет питања која се односе на социо-демографске податке, укупно 15 питања: корисник помоћи у кући или члан група самопомоћи, пол, године живота, године школовања, начин издржавања, претходно занимање, брачно стање, број чланова домаћинства, ко је носилац домаћинства, висина прихода и два питања која се односе на здравствено стање. Просечно време попуњавања упитника било је 45 минута. Попуњавање упитника било је анонимно и добровољно.

3.3. Узорак

Истраживањем су обухваћене две популационе групе особа старијих од 60 година: (1) особе које живе у свом домаћинству, корисници су услуга помоћи у кући и нису укључени у рад организација цивилног друштва, и (2) особе које живе у свом домаћинству, нису корисници услуга помоћи у кући и који су укључени у рад организација цивилног друштва кроз групе самопомоћи.

Укупан број испитаника је 616. Прва популациона група је анкетирана у свом домаћинству, а друга популациона група је анкетирана у просторијама организација цивилног друштва где се окупљају старије особе. Истраживање је спроведено у току маја и јуна 2016. године.

3.4. Методе статистике анализе

У статистичкој анализи коришћене су методе дескриптивне и диференцијалне статистике. Подаци су анализирани дескриптивним

(апсолутни и релативни бројеви, мере централне тенденције) и аналитичким статистичким методама. У униваријантној логистичкој регресионој анализи израчуната је повезаност депресивних симптома са низом различитих група варијабли, као што су: социо-демографске карактеристике испитаника (пол, године, претходно занимање, године школовања); учесталост депресивних симптома и социјална изолација/учествовање у активностима група самопомоћи.

4. Резултати истраживања

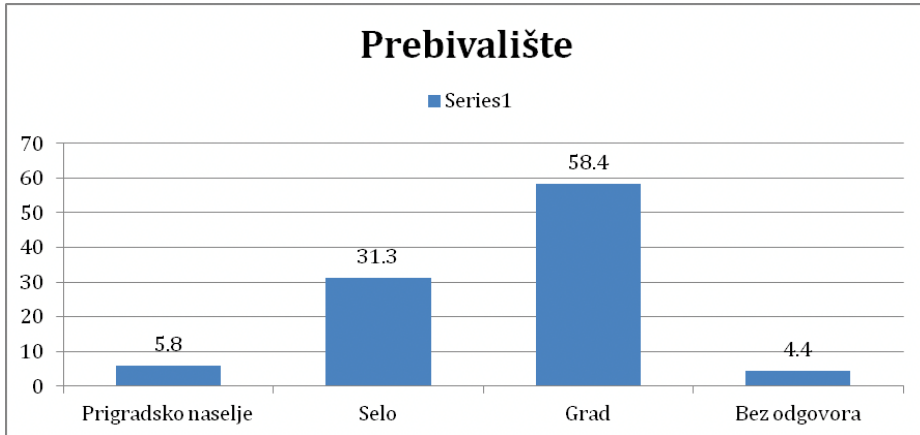
4.1. Социо-демографске особине испитаника

У истраживању је учествовало 616 испитаника старије животне доби, од тога 358 (58,1%) оних који примају неку врсту услуге помоћи у кући, и у истраживању су дефинисани као социјално мање активне особе, и 258 (41,9%) старијих особа волонтера и чланова група самопомоћи, које су у истраживању дефинисане као активни чланови заједнице и социјално активне особе. Испитаници су старије особе из девет општина у Србији: Јагодина, Крагујевац, Лозница, Неготин, Пирот, Пожаревац, Велика Плана, Владимирци и Врбас.

У истраживању је било укупно 369 жена (59,9%) и 235 мушкараца (38,1%). У узорку имамо мањи број мушкараца, што је у складу са подацима који показују да постоји феминизација старења, па у популацији имамо већи број жена, али и када је волонтирање у питању жене чешће волонтирају од мушкараца.

По месту пребивалишта највише је оних који живе у граду, 360 (58,4%), 193 испитаника живи на селу (31,3%) и 36 (5,8%) живи у приградском насељу, док 27 (4,4%) испитаника није одговорило на ово питање. Овде је испитивано где сада живе, а не где су рођени, нити да ли су се преселили након пензионисања из града у село или приградско насеље (Графикон 1).

Графикон 1. Пребивалиште испитаника



Просечна старост испитаника је била 73 године и 8 месеци, најстарији испитаник имао је 95 година. Највише испитаника је у категорији од 75 до 84, укупно 251 (40,9%), следи категорија од 65 до 74 (39,8%), најмање је оних преко 85 и више година – укупно 45 (7,3%) (Табела 1).

Табела 1. Дистрибуција испитаника по годинама

		Број	%
	85 и више	45	7,3
	до 64	66	10,7
	65–74	245	39,8
	75–84	252	40,9
	Тотал	608	98,7
Без одг.		8	1,3
Тотал		616	100,0

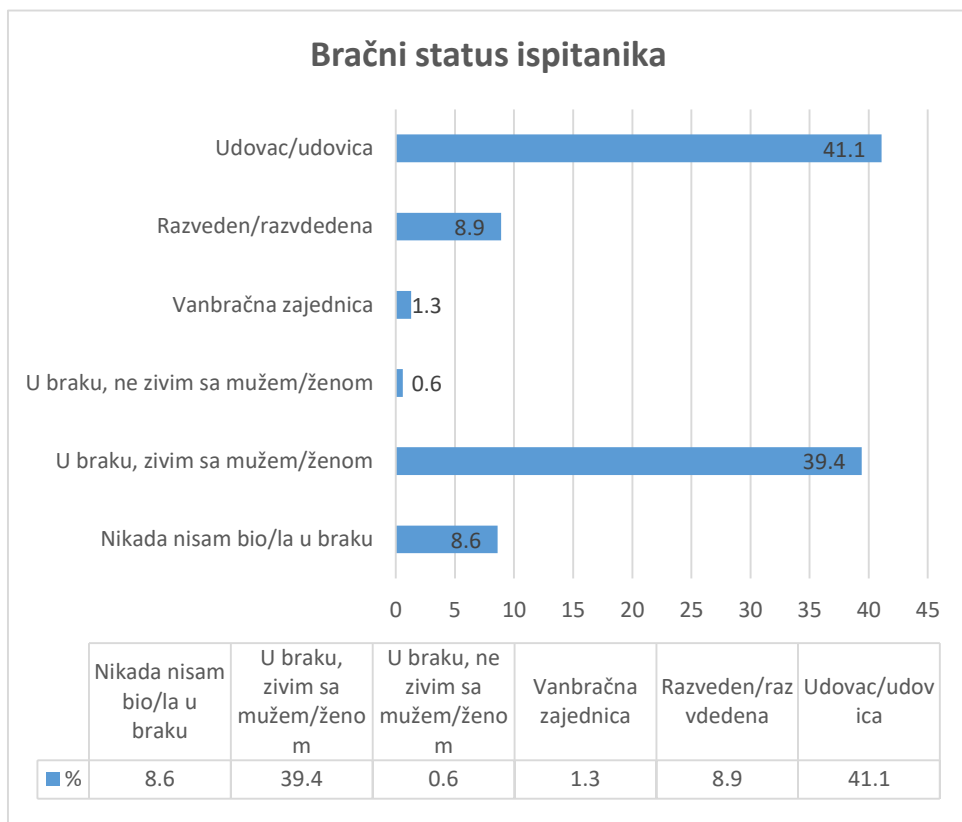
У односу на године школовања, највећи број испитаника има завршену средњу школу, њих 214 (34,7%), следе испитаници са завршеном основном школом, 162 (26,3%), најмањи број испитаника има

више од 16 година школовања (магистратура или докторати), само 3 испитаника (0,5%).

У испитиваном узорку највише је оних који су удовци/удовице, 253 (41,1%), затим они који живе са брачним другом, 243 (39,4%), разведених у узорку је 55 (8,9%), затим они који никада нису били у браку 53 (8,6%) (Графикон 2 и Табела 2).

Графикон 2. Брачни статус испитаника

Табела 2. Брачни статус испитаника



Када говоримо о броју чланова домаћинства, највећи број старијих особа у испитиваном узорку живи само, 211 (34,3%), затим оних који живе у двочланом домаћинству је 163 (26,5%), у трочланом живи 58 (9,4%), а у четворочланом 59 (9,6%).

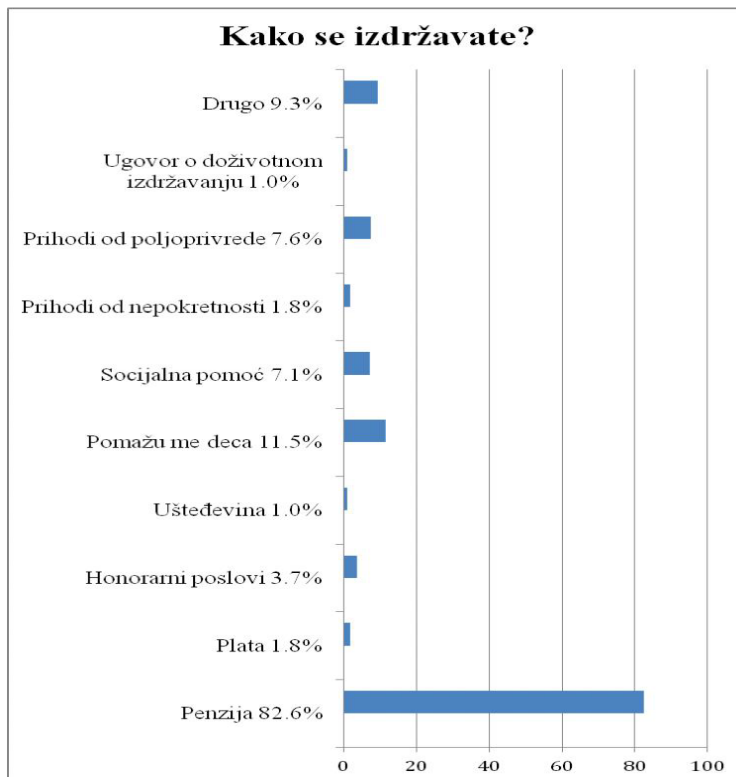
4.2. Економски статус старијих особа

Највећи број испитаника је у пензији 507 (82,3%), 105 (17,0%) испитаника нема пензију, 4 (0,6%) није одговорило на питање. Међу оним који су остварили пензију највише је испитаника који су остварили старосну пензију, 341 (55,4%), затим следе испитаници који су остварили право на превремену због болести, њих 88 (14,3%), 25 (4,1%) испитаника није остварило право на пензију.

На питање колико сте дуго у пензији највише је у категорији оних који су у пензији више од 15 година (40,1%), једнак број испитаника, 83 (13,5%), је у пензији од 10 до 15 година и од 5 до 10 година, до 5 година у пензији је (9,3%), без одговора или нема пензију (23,7%).

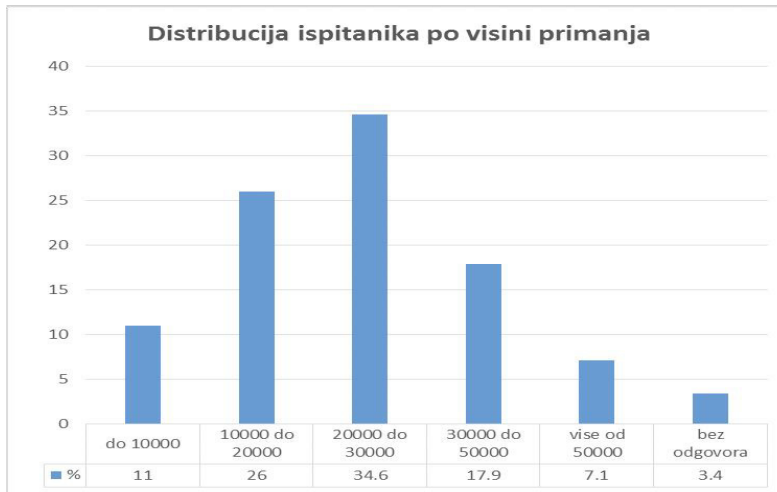
Половина испитаника остварила је право на старосну пензију, 341 (55,4%), 88 (14,3%) је отишло у инвалидску пензију због болести, 68 (11,0%) испитаника су корисници породичне пензије, а 25 (4,1%) испитаника није остварило право на пензију, 16 (2,6%) испитаника има неки други извор прихода. Међу овим последњим највише је оних који имају пољопривредну пензију, 12 (1,9%), следе они који имају инострану, 2 (0,3%). Основни извор прихода старијих особа је пензија, 509 (82,6%), 71 (11,5%) изјављује да их, између осталог, помажу и деца, 47 (7,6%) испитаника има приходе од пољопривреде, 44 (7,1%) прима социјалну помоћ, а 23 (3,7 %) обавља хонорарне послове/активности (Графикон 3).

Графикон 3. Дистрибуција испитаника према начину на који се издржавају



Када је реч о висини прихода, највише је оних који примају између 20.000 и 30.000 динара – 213 (34,6%), приходе између 10.000 и 20.000 динара има 160 (26,0%) испитаника, нешто виша примања од 30.000 до 50.000 динара има 110 (17,9%), 44 (7,1%) има примања већа од 50.000 динара и 68 (11,00%) има примања мања од 10.000 динара (Графикон 4).

Графикон 4. Дистрибуција испитаника према висини примања, у динарима, у процентима



На питање да ли одлучујете о средствима, 492 (80%) испитаника сами одлучују о својим средствима, а 118 (19%) је одговорило да не располаже у потпуности својим финансијским средствима, 6 (1%) испитаника није одговорило на питање. Већина старијих испитаника, 503 (81,7%), троши расположива средства на личне или породичне трошкове, а 104 (16,9%) не користи за личне потребе. Један део старијих помаже чланове породице, 143 (23,9%), а 29 (4,7%) издржава чланове породице, док је 94 (15,3%) старијих изјавило да њих издржавају, јер њихови приходи нису довољни да покрију њихове трошкове.

4.3. Здравствено стање испитаника

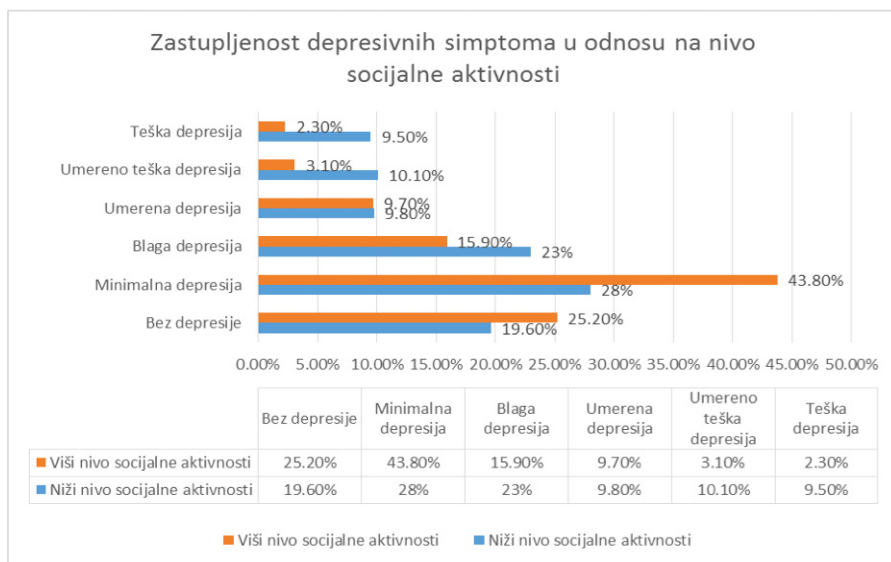
У овом делу подаци показују да више од пола испитаника има дијагностиковану неку хроничну болест, 395 (64,1%), а 216 (35,1%) одговара да нема никакву хроничну болест, без одговора 5 (0,8%) испитаника.

Поред дијагностиковане хроничне болести, питали смо испитанике и да ли их њихово здравље ограничава у обављању свакодневних активности – 238 (38,6%) одговара потврдно, а 377 (61,2%) негативно, без одговора 0,2% испитаника.

У истраживању је коришћен упитник PHQ-9 како би се утврдила заступљеност различитих облика депресивних поремећаја у односу на њихову тежину. Овај тест омогућава провизоран увид у тежину депресивне симптоматологије. На основу добијених резултата у узорку, проценат испитаника без депресивних симптома је 22%, супклиничке форме депресије су заступљене са 55%, благе форме клиничке депресије (дистимија и депресија мајор) чине 17% и тежи облици клиничке депресије чине 6% узорка.

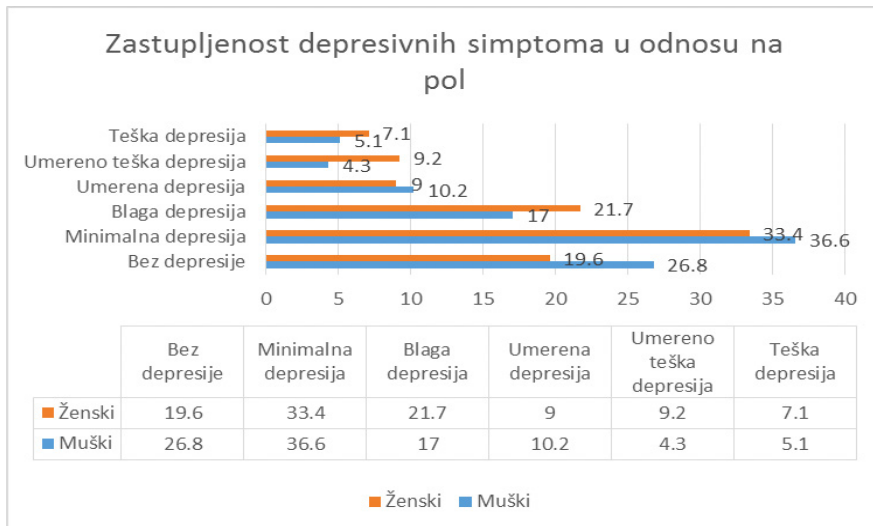
Графикон 5. Заступљеност депресивних симптома у односу на ниво социјалне активности

Табела 3. Заступљеност депресивних симптома у односу на ниво социјалне активности



У односу на ниво социјалне активности испитаника, депресивни симптоми нису присутни код 25,2% активнијих испитаника и 19,6% мање активних испитаника. Супклиничке форме депресије су присутне са 43,8% у популацији активнијих и 28% у популацији мање активних. Блаже и умерене форме клиничке депресије присутне су са 28,7% у популацији активнијих и 42% у популацији мање активних, док су симптоми који се могу квалификовати као тежи облици депресије присутни са 2,3% у популацији активнијих и 9,5% у популацији мање активних. Тестирана је нулта хипотеза, да не постоји узајамна зависност између социјалне активности испитаника и присуства депресивних симптома, и радна хипотеза, којом се тврди да постоји повезаност између горенаведених обележја. Резултат добијен Хи квадрат тестом указује да се прихвата радна хипотеза која говори у прилог постојању инверзне корелације (Пирсонов коефицијент корелације износи $-,0215$) између социјалне активности и присуства депресивних симптома.

Графикон 6. Заступљеност депресивних симптома у односу на пол
Табела 4. Заступљеност депресивних симптома у односу на пол



У односу на пол испитаника, симптоми депресије нису присутни код 26,8% мушке популације и 19,6% женске. Супклиничке форме депресије присутне су са 36,6% код мушкараца и 33,4% жена. Блажи и умерени клинички депресивни симптоми могу се уочити код 31,5% мушкараца и 39,9% жена. Симптоми који се могу квалификовати као тежи облици депресије присутни су код 5,1% мушкараца и 7,1% жена. Уочена је слаба инверзна корелација (Пирсонов коефицијент корелације износи $-0,11$).

У односу на године живота, може се приметити да особе старије од 85 година живота најмање учествују у популацији без депресивних симптома – са 11,1%, док је њихово учешће у популацији са израженим симптомима који указују на теже облике депресије високо, са 26,7%. Особе које имају између 75–84 године учествују у популацији без депресивних симптома – са 15,9%, док је њихово учешће у популацији са израженим симптомима који указују на теже облике депресије високо, са 5,6%. Особе које су учествовале у нашем истраживању и имају између 65–74 године учествују у популацији без депресивних симптома – са 29%, док је њихово учешће у популацији са израженим симптомима који указују на теже облике депресије високо, са 3,7%. Особа млађих од 64 године без депресивних симптома је 27,3%, док је њихово учешће у популацији са израженим симптомима који указују на теже облике депресије високо, са 7,6%.

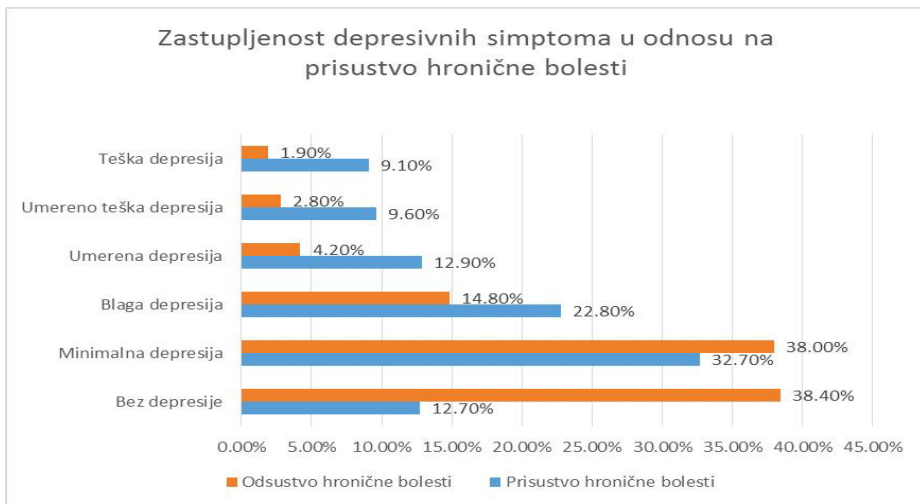
У односу на дужину школовања примећује се да је особа без школског образовања и са само четири завршене године основне школе 25,5% популације без депресивних симптома, а 32,5% популације са симптомима тешке депресије. Уочена је слаба корелација (Спирменов коефицијент корелације износи $0,215$).

У односу на брачно стање, 30% особа у браку које живе са својим супружником немају никакве симптоме депресије, а свега 2,9% ове популације има симптоме који указују на могућност тежих облика депресивних поремећаја. Тестирајући нулту и радну хипотезу између радног стања и присуства депресивних симптома добили смо претпоставке о инверзној зависности утицаја брачног стања на присуство депресивних симптома са депресивним стањима (Спирменов коефицијент корелације износи $-0,289$).

У односу на број чланова породице/домаћинства, особе које живе саме имају одсуство депресивних симптома у 11,9% случајева, а присуство симптома који указују на могућност тежих облика депресивних поремећаја постоји у 9,5%. Уочена је слаба корелација (Пирсонов коефицијент корелације износи 0,188).

У односу на висину прихода, особе са месечним приходима до 10.000 динара су заступљене са 8,8% у популацији особа без депресивних симптома и са високих 17,6% у популацији са симптомима који указују на могућност тежих облика депресивних поремећаја. Уочена је слаба инверзна корелација (Спирменов коефицијент корелације износи -0,315).

Графикон 7. Заступљеност депресивних симптома у односу на присуство хроничне болести

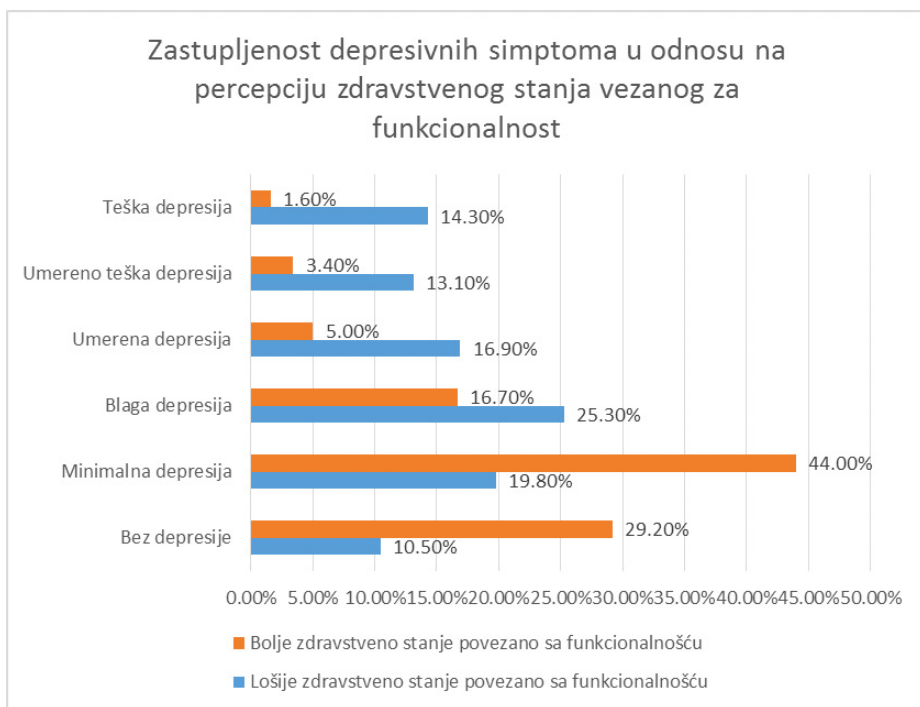


У односу на присуство хроничне болести код испитаника, особе које не пате од неке хроничне болести учествују у узорку без депресивних симптома са 38,4%, а у делу узорка са симптомима који указују на могућност умерено тешких и тешких облика депресивних поремећаја са 4,7%. Супротно, особе које пате од неке хроничне болести учествују у узорку без депресивних симптома са 12,7%, а у делу узорка са симптомима који указују на могућност умерено тешких и тешких

облика депресивних поремећаја са 18,7%. Уочена је слаба инверзна корелација (Пеарсонов коефицијент корелације износи $-0,335$).

У односу за перцепцију здравственог стања према функционалности, особе које имају неко функционално умањење због присуства болести у 10,5% случајева немају депресивне симптоме, а у 14,3% случајева имају симптоме који указују на могућност умерено тешких и тешких облика депресивних поремећаја. Уочена је умерена инверзна корелација (Пеарсонов коефицијент корелације износи $-0,442$).

Графикон 8. Заступљеност депресивних симптома у односу на перцепцију здравственог стања везаног за функционалност



4.4. Дискусија резултата

Према резултатима истраживања, присуство депресивних симптома у испитиваној популацији распоређено је на следећи начин: проценат испитаника без депресивних симптома је 22%, супклиничке форме депресије су заступљене са 55%, благе форме клиничке депресије (дистимија и благе форме депресије мајор) чине 17% и тежи облици клиничке депресије чине 6% узорка. Ове вредности су нешто веће од преваленце депресивних симптома у општој популацији старијих особа, што се донекле може очекивати с обзиром на то да у узорку учествује 58% социјално мање активних старијих особа (то су особе које примају неку врсту помоћи у кући а што имплицира да имају неку форму функционалне зависности, што представља фактор ризика). По доступним истраживањима (Blazer, 2003: 251), преваленца клиничких форми депресије је од 1 до 4%, а супклиничких 8 до 16%. По истим истраживањима, старије особе које примају неку врсту помоћи у кући имају преваленцу клиничких форми депресије од 12,4%, а супклиничких форми депресије од 35%.

Када је реч о хипотези овог рада, да је учесталост депресивности код старијих чешћа код особа које имају мањи ниво социјалних активности, корелација између присуства депресивних симптома и нивоа социјалних активности се може уочити. Не ради се о јакој корелацији, али важно је уочити да су симптоми који указују на присуство тежих форми депресивних поремећаја нађени код 19,6% мање социјално активне популације и само код 5,4% социјално активније популације. Такође је важно приметити да код блажих (супклиничких) облика депресије не може да се уочи значајна разлика између социјално активније и мање активне старије популације, али да је код њих преваленца релативно висока. Ово је значајно с обзиром на то да ови облици депресивних поремећаја не добијају довољно пажње од стране здравственог система, а да су истраживања супклиничких облика ових поремећаја показала да исходи по здравље и ризици које ови поремећаји носе нису значајно различити у односу на клиничке форме депресије. За значајан број случајева показује се да се исходи супклиничког поремећаја не разликују у значајној мери од исхода клиничке депресије. Ово се примећује у погледу погоршања депресивних

симптома у оквиру једне године, суицидалне идеације, анксиозности, когниције, функционалног статуса и оптерећења система здравствене заштите (Grabovich et al., 2010: 5).

Све ово треба имати у виду с обзиром на то да се депресија још увек посматра као нормалан и очекиван део старења, како од стране самих старијих особа и њихових породица, али у одређеној мери и међу здравственим професионалцима, што води ка ризику да супклиничке форме могу бити потпуно предвиђене. Ово говори у прилог важности што раније дијагнозе и адекватних одговора на депресивне поремећаје код старијих особа, узимајући у обзир и супклиничке форме депресије. На тај начин би се смањили ризици које депресивни поремећаји носе са собом (функционални статус, анксиозност, поремећај когниције, лошији исходи хроничних обољења – васкуларних обољења, дијабетеса итд) и допринело смањењу оптерећења система здравствене заштите.

Када је реч о другим факторима који утичу на развој депресивних симптома, умерена корелација уочена је у односу на перцепцију здравственог стања повезаног са функционалношћу, односно њеним смањењем. Особе чије здравствено стање не умањује значајно функционалност немају депресивне симптоме у 29,2% случајева, док се најтежи симптоми налазе само код 1,6% испитаника који спадају у ову групу. Супротно, 14,3% особа чије здравствено стање умањује функционалност имају симптоме који указују на постојање најтежих облика депресије, а свега 10,5% ових особа је потпуно без симптома. Ово је у складу са већином истраживања која налазе корелацију између функционалне умањености (инвалидности) и депресије (Cole, Dendukuri, 2003: 1152).

Слична корелација се може уочити у односу на присуство хроничне болести. Особе без присуства хроничне болести у 38,4% случајева немају симптоме, а само 1,9% има најтеже депресивне симптоме. Супротно, 9,10% особа које пате од неке хроничне болести има симптоме који указују на постојање најтежих облика депресије, а свега 12,7% ове популације нема никакве симптоме.

Пронађена је и корелација, додуше слаба, у односу на године живота. Особе старије од 85 година далеко најмање учествују у популацији без симптома – само 11,1% ових особа нема симптоме, а

далеко највећи проценат ове популације има симптоме који указују на постојање најтежих облика депресије – 26,7%. Разлика у односу на нека претходна истраживања која су указивала да годиште није значајан фактор ризика постоји, а може се делом објаснити специфичним узорком у коме је више од половине испитаника функционално умањено и прима неку врсту помоћи, што су фактори који утичу на ризик од депресије.

Пронађена је и корелација између висине прихода и присуства депресивних симптома. Особе са најнижим приходима само у 8,8% случајева немају симптоме, а чак 17,6% ове популације има присуство симптома који указују на постојање најтежих облика депресије. Може се претпоставити и да особе са најнижим приходима имају најмањи приступ здравственим и социјалним услугама које могу бити корективни фактор у погледу развоја депресивних поремећаја.

Уочена је и корелација са годинама школовања. 18,2% особа са завршена четири разреда основне школе, али и свега 7,3% особа са мање од завршена четири разреда основне школе, немају никакве симптоме. Међутим, 12,1% особа са завршена четири разреда основне школе има симптоме који указују на постојање најтежих облика депресије, а чак 17,1% особа са мање од завршена четири разреда основне школе има те исте симптоме. Код особа са завршеном средњом школом само 4,7% има симптоме који указују на постојање најтежих облика депресије, а код особа са вишим и високим образовањем ови симптоми нису уочени.

Оно што је интересантно јесте да је пронађена слаба корелација између пола и присуства депресивних симптома, с обзиром на то да женски пол представља значајан фактор ризика за развој депресивних симптома код жена свих старосних доби. Ипак, код најтежих облика депресивних поремећаја уочено је да су они троструко присутнији код женских испитаника него код мушких, што је у складу са очекивањима.

5. Закључак

Депресија код старијих особа представља озбиљан јавноздравствени проблем. С обзиром на последице депресије на здравље и квалитет живота у старости, као и да негативно утиче на ток и исходе других хроничних обољења од којих особа са депресивним симптомима пати, потребна је, као што је већ поменуто, што ранија дијагноза и адекватан одговор здравственог али и система социјалне заштите. Нарочито треба имати на уму негативне стереотипе који се тичу старења, а који воде ка нормализацији депресије код старијих, чиме се смањује могућност да се она на време препозна и адекватно лечи. Редовни скрининзи (једном или два пута годишње) на нивоу примарне здравствене заштите омогућили би да се депресија препозна у њеним блажим формама, а посебно повећали вероватноћу препознавања њених супклиничких форми које често ни сами старији не препознају као поремећај. На овај начин би се значајно смањио развој тежих облика депресије, што би унапредило опште здравствено стање старијих, смањило оптерећење здравственог система и умањили трошкови повезани са депресијом.

Подаци добијени овим истраживањем указују на неке од фактора ризика развоја депресивних поремећаја код старијих. Ниво социјалне активности идентификован је као један од фактора, што сугерише колико је важно створити подстицајан амбијент за укључивање старијих у социјалну сферу. Са једне стране, ово претпоставља активности у локалним заједницама попут волонтирања, ангажовања старијих у културним, уметничким и другим активностима заједнице, целоживотног учења итд. Са друге стране, потребан је напор читавог друштва да се превазиђу негативни стереотипи и предрасуде везани за старије и перцепцију њиховог очекиваног здравственог стања и потенцијала за учествовање у животу заједнице. Никако не треба сметнути с ума да сами старији често носе у себи такве стереотипе и предрасуде и да их треба подстицати да их превазиђу.

Пронађене су и корелације са здравственим стањем и функционалном способношћу, што говори о важности приступачности здравствених услуга и адекватне терапије, али и других услуга које компензују смањење функционалности.

Материјално стање и висина прихода су такође незанемарљиви фактори, што говори о потреби да се на дугорочнији начин размишља о финансијској сигурности у старости. Ово упозорава на то да и системи здравствене заштите треба да буду посебно осетљиви на материјални статус корисника у погледу доступности и цене услуга.

Такође, потребно је обратити пажњу на старије особе умањених когнитивних функција, постојања претходне депресије, поремећаја сна, присуство жалости због губитка, социјалне изолације.

На крају, важно је још једном подвући потребу за додатним истраживањима која би се бавила депресијом код особа старијих од 60 година, али и више података који би се рутински прикупљали кроз систем здравствене заштите а све у функцији дизајнирања ефикаснијих јавноздравствених стратегија у превенцији депресије у овој популацији.

Литература

- Age International (2015). *Facing the Facts: The Truth about Ageing and Development*. London: Age International. Available at: https://www.ageinternational.org.uk/Documents/Full%20Report_Facing%20the%20Facts_Age%20International.pdf
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ayuso-Mateos, J. L., Nuevo, R., Verdes, E., Niadoo, N. and Chatterji, S. (2010). From Depressive Symptoms to Depressive Disorders: The Relevance of Thresholds. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 365–371. doi: 10.1192/bjp.bp.109.071191
- Blazer D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A(3), 249.
- Burcusa, S. L. and Iacono, W. G. (2007). Risk for Recurrence in Depression. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 959–985. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.02.005>
- Chapman, D. P. and Perry, G. S. (2008). Depression as a Major Component of Public Health for Older Adults. *Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice, and Policy*, 5(1), 1–9. Available at: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2008/jan/pdf/07_0150.pdf

- Christensen, H., Jorm, A. F., Mackinnon, A. J., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Henderson, A. S. and Rodgers, B. (1999). Age Differences in Depression and Anxiety Symptoms: A Structural Equation Modelling Analysis of Data from a General Population Sample. *Psychological Medicine*, 29(2), 325–339.
- Cole, M. G. and Dendukuri, N. (2003). Risk Factors for Depression Among Elderly Community Subjects: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147–1156. doi: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.160.6.1147>
- Devedžić, M. i Stojilković Gnjatović, J. (2015). *Demografski profil starog stanovništva Srbije*. Beograd: Republički zavod za statistiku.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and Predictors of Depression in Populations of Elderly: A Review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(5), 372–387. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x
- Fiske, A., Wetherell, J. L. and Gatz, M. (2009). Depression in Older Adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363–389. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Fuller-Iglesias, H., Sellars, B. and Antonucci, T. C. (2008). Resilience in Old Age: Social Relations as a Protective Factor. *Research in Human Development*, 5(3), 181–193. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15427600802274043>
- Gallo, J. J., Anthony, J. C. and Muthén, B. O. (1994). Age Differences in the Symptoms of Depression: A Latent Trait Analysis. *Journal of Gerontology*, 49(6), 251–264. Available at: http://www.statmodel.com/bmuthen/articles/Article_052.pdf
- Gellis, Z. D., Kenaley B. L. and McCracken S. G. (2009/2014). Depressive Disorders in Older Adults. In: G.-E. Center (Ed.), *Mental Health Resource Review* (pp. 1–34). Alexandria, VA: Council on Social Work Education. Available at: <http://www.cswe.org/File.aspx?id=23509>
- Grabovich, A., Lu, N., Tang, W., Tu, X. and Lyness, J. M. (2010). Outcomes of Subsyndromal Depression in Older Primary Care Patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(3), 227–235. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181cb87d6
- Greenberg, P. E., Fournier, A. A., Sisitsky, T., Pike, C. T. and Kessler, R. C. (2015). The Economic Burden of Adults with Major Depressive Disorder in the United States (2005 and 2010). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(2), 155–162. Available at: http://www.psychiatrist.com/JCP/article/_layouts/ppp.psych.controls/BinaryViewer.aspx?Article=/jcp/article/Pages/2015/v76n02/v76n0204.aspx&Type=Article
- Grozdanov, J. et al. (2014). *Rezultati istraživanja zdravlja stanovništva Srbije: 2013. godina*. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije i Institut za javno zdravlje Srbije Dr Milan Jovanović Batut. Dostupno na: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/IstrazivanjeZdravljaStanovnistvaRS2013.pdf>

- HelpAge International, GAWI (2014). *Global AgeWatch Index*. London: HelpAge International, GAWI. Available at: <http://www.helpage.org/download/542b0adfb65fb>
- Hybels, C.F. and Blazer, D. (2002). Epidemiology and Geriatric Psychiatry. In: M. T. Tsuang, M. Tohen (Eds.), *Textbook in Psychiatric Epidemiology* (pp. 603–628). New York: Wiley-Liss Inc.
- Jorm, A. F. (2000). Does Old Age Reduce the Risk of Anxiety and Depression? A Review of Epidemiological Studies across the Adult Life Span. *Psychological Medicine*, 30(1), 11–22. doi: 10.1017/S0033291799001452
- Judd, L. L., Rapaport, M. H., Paulus, M. P. and Brown, J. L. (1994). Subsyndromal Symptomatic Depression: A New Mood Disorder? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (Supplement), 18–28. doi: 10.1002/1520-6394(2000)12:1<30::AID-DA4>3.0.CO;2-P
- Karel, M. J. (1997). Aging and Depression: Vulnerability and Stress across Adulthood. *Clinical Psychology Review*, 17(8), 847–879. doi: 10.1016/S0272-7358(97)00053-6
- Marcus, M., Yasami, M. T., van Ommeren, M., Chisholm, D. and Saxena, S. (2012). Depression: A Global Public Health Concern, WHO | *Depression: A Global Crisis | World Mental Health Day*. Available at: http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf
- Meeks, T. W., Vahia I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G. and Jeste, D. V. (2011). A Tune in “a minor” can “b major”: A Review of Epidemiology, Illness Course, and Public Health Implications of Subthreshold Depression in Older Adults. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), 126–142. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.015>
- Newmann, J. P. (1989). Aging and Depression. *Psychology and Aging*, 4(2), 150–165. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2675927>
- Petrušić, N., Todorović, N. i Vračević, M. (2015). *Uvod u starenje i ljudska prava: pilot studija o finansijskom zlostavljanju starijih*. Beograd: Crveni krst Srbije. Dostupno na: http://redcross.org.rs/slika_4009_Uvod_u_starenje_i_ljudska_prava_starijih.pdf
- Rivas Rodriguez, M., Nuevo, R., Chatterji, S. and Ayuso-Mateos, J. L. (2012). Definitions and Factors Associated with Subthreshold Depressive Conditions: A Systematic Review. *BMC Psychiatry*, 12(181), 1–7. Available at: <http://bmc-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-181>
- Rodda, J., Walker, Z. and Carter, J. (2011). Depression in Older Adults. *BMJ: British Medical Journal*, 343(7825), 683–687. doi: 10.1136/bmj.d5219

- Sadock, B. J. and Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Schwarzbach, M., Luppá, M., Forstmeier, S., König, H. H. and Riedel-Heller, S. G. (2013). Social Relations and Depression in Late Life – A Systematic Review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(1), 1–21. doi: 10.1002/gps.3971
- Scott, K. M., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Fernandez, A., Gureje, O., He, Y., Kessler, R. C., Kovess, V., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., Mneimneh, Z., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Tachimori, H. and Williams, D. (2008). Age Patterns in the Prevalence of DSM-IV Depressive/Anxiety Disorders with and without Physical Co- morbidity. *Psychological Medicine*, 38(11), 1659–1669. doi: 10.1017/S0033291708003413
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2002). *World Population Ageing (1950–2050)*. New York: United Nations. Available at: <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Ageing 2013*, ST/ESA/SER.A/348. New York: United Nations. Available at: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
- UNFPA (2014). *Report of the Expert Meetings ICPD Beyond 2014 Review in the UNECE Region*. Geneva: UNFPA United Nations. Available at: http://eca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ICPD_Beyond_2014_review_in_the_UNECE_region_WEB.pdf
- UNFPA, HelpAge International (2012). *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge*. New York and London UNFPA: HelpAge International. Available at: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>
- Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R. D., Burnam, M. A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S. and Ware, J. (1989). The Functioning and Well-being of Depressed Patients: Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 262(7), 914–919. doi: 10.1001/jama.1989.03430070062031
- World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence (2001). *Mental Health: A Call for Action by World Health Ministers*. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence. Available at: http://www.who.int/mental_health/media/en/249.pdf

- World Health Organization (2016). *Depression: Fact Sheet N°369*, World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Yang, Y. and George, L. K. (2005). Functional Disability, Disability Transitions, and Depressive Symptoms in Late Life. *Journal of Aging and Health*, 17(3), 263–292. doi: 10.1177/0898264305276295
- Yasamy, M. T., Dua, T., Harper, M. and Saxena, S. (2013). A Mental Health of Older Adults: A Growing Concern, *WHO | World Mental Health Day*. Available at: http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/WHO_paper_wmhd_2013.pdf

Milutin Vravecic, Natasa Todorovic

THE PREVALENCE OF DEPRESSION AMONG OLDER PEOPLE IN SERBIA

Abstract

The goal of this paper is to explore the frequency of depression or depressive symptoms in older persons and to determine any correlation between older persons' social activity levels and their risk of depression. The main hypotheses of this paper are that: i) the frequency of occurrence of depression among older people is higher for those with lower levels of social activity; ii) participation in some form of regular social activity is correlated to lower incidences of depressive symptoms. The target group of the study contained older persons, members of self-help groups (socially more active) and older persons receiving home care services (socially less active). The research was undertaken during May and June 2016 in the following cities and municipalities in Serbia: Jagodina, Kragujevac, Loznica, Negotin, Pirot, Požarevac, Velika Plana, Vladimirci and Vrbas. The research employed a cross-sectional study approach. The research tool used was 9 PHQ (the Patient Health Questionnaire), derived from PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders). This abridged version focuses exclusively on depressive disorders and measures each of 9 DSM-IV (MKB-10) criteria required for a diagnosis of depression. The statistical analysis used both descriptive and differential statistics (absolute and relative figures, measures of central tendency) as well as analytical statistical methods. The research utilized a sample of 616 older persons, 358 (i.e. 58.1%) of whom receive some form of home care services and are defined as socially less active, and 258 (i.e. 41.9%) of whom are volunteers and/or members of self-help groups and are defined as socially more active. The results show that frequency of depressive disorders is higher

among persons with a lower level of social activity. Symptoms indicating more severe depressive disorders were identified among 19.6% of the less socially active population and only 5.4% of the more socially active population. It was also recognized that there is no significant difference between less and more socially active older populations in terms of less severe (subclinical) forms of depression, but that the prevalence of these symptoms is relatively high. This is important, as such forms of depressive disorders typically receive less attention from the healthcare system, in spite of the fact that research into such forms of depressive disorder has shown that health outcomes for populations in which such forms of depressive disorders are manifested do not differ significantly from those for clinical depression.

Key words: depression, older adults (60 plus), social inclusion, active aging.

Стручни чланак
УДК 364-783.44(497.11)
364.4-053.9:616.892.3(497.11)
Рад послат: 18.12.2021.
Рад прихваћен: 24.12.2021.

Сања Николин*

НВО „Amity – Снага пријатељства”, Београд

Надежда Сатарих**

НВО „Amity – Снага пријатељства”, Београд

Наталија Перишић***

Универзитет у Београду – Факултет политичких наука, Београд

ПОДРШКА НЕФОРМАЛНИМ НЕГОВАТЕЉИМА ОСОБА КОЈЕ ЖИВЕ СА ДЕМЕНЦИЈОМ

Резиме: Проблематика неге о члану породице који живи са деменцијом заокупља све више пажње у националним оквирима. Ова нега изузетно је комплексна и захтева велику посвећеност породице. Полазиште овог рада представља значај односа између породице и њеног члана који живи са деменцијом, те потребе за опремањем породице знањима, вештинама и компетенцијама за разумевање и пружање неге њеном члану који живи са деменцијом. Циљ рада је да се мапирају и анализирају бојазни које чланови породице имају у погледу неге свог члана који живи са деменцијом. Методолошки приступ је обухватио преглед постојеће литературе о породици као „локалитету” у ком се пружа нега, као и анкетно истраживање 29 корисника „Амиту” Саветовалишта за неформалне неговатеље зависних старијих особа које живе са деменцијом у Београду, Крагујевцу и Чачку. Закључци истраживања указују на прекомерну заступљеност жена у активностима неформално неговања члана породице који живи са деменцијом. Они указују и на оснаженост неформалних неговатеља да се баве својом неговатељском улогом уз одређену подршку стручних радника у форми саветодавног рада.

Кључне речи: неформални неговатељи, породица, нега, особе које живе са деменцијом, услуге, саветовалиште

* Мастер социјалне политике, publicandprivate.nikolin@gmail.com

** Председница НВО „Amity” – Снага пријатељства, nada@amity-yu.org

*** Ванредна професорица, natalija.perisic@fpm.bg.ac.rs

1. Увод

Највећим делом 20. века деменција је посматрана из био-медицинског угла. Последично, особе које су живе са деменцијом сматране су и третиране као пацијенти и болесници (Sabat, 2018), штавише као „празне љуштуре” (Spiker, 2013: 316), да би се тек у последње три до четири деценије почела мењати перцепција о њима. Почине да се уважава њихов капацитет за одлучивање, те да се придаје значај њиховом гласу и субјективним искуствима (Linč, 2016). Овај преокрет можда је најбоље сажет у опсервацији: „једно је знати о болести коју особа има, а друго је знати о особи која има болест” (Sabat, 2018: 50). У контексту промене парадигме, присутан је и наратив о тзв. старој, насупрот новој култури, тј. приступу деменцији, које је описао Томас Китвуд. Неке од одлика старе културе деменције, које је Китвуд навео, јесу: смештање дементних у резиденцијалну негу, коју пружа особље са ниским квалификацијама и ниским амбицијама; брига око њиховог физичког здравља; посматрање личности и идентитета као уништених деменцијом; контролисање понашања дементних итд. Насупрот томе, стварност особа које живе са деменцијом много је комплекснија, наводи Китвуд. Свака особа поседује јединствену личност и животну историју, док потребе свакога, а тиме и оних који живи са деменцијом, нарочито су угрожене код потоњих. Рад са и на специфичним потребама – потребом за идентитетом, за укључивањем, за бављењем смисленим активностима и за везаношћу, представља, према његовом мишљењу, срж нове културе (Marshall, Tibbs, 2006). Неке од карактеристичних одлика новог начина рада јесу „тимски рад професионалаца, рад са породицама и другим механизмима подршке, учење и мотивисање, фокусираност на особу” (Marshall, Tibbs, 2006: 17). Деменција је сасвим сигурно велики изазов – „како за онога ко је оболео тако и за онога ко се стара о оболелом, али и за професионалце” (Spiker, 2013: 316). Пружање подршке породици особе која живи са деменцијом и оснаживање породице да обезбеди негу свом члану који живи са деменцијом нарочито добија на значају са јачањем покрета деинституционализације, нагласком на грађанству и промописању људских права.

Полазиште овог рада представља значај односа између породице и њеног члана који живи са деменцијом (Linč, 2016), те потребе за опремањем породице знањима, вештинама и компетенцијама за разумевање и пружање неге њеном члану који живи са деменцијом. Циљ рада је да се мапирају и анализирају бојазни које чланови породице имају у погледу неге свог члана који живи са деменцијом. Методолошки приступ је обухватио преглед постојеће литературе о породици као „локалитету” у ком се пружа нега, као и анкетно истраживање 29 корисника „Амиту” Саветовалишта за неформалне неговатеље зависних старијих особа које живе са деменцијом у Београду, Крагујевцу и Чачку. У првом делу рада приказани су теоријски приступи о породици, као неформалном сектору благостања и пружаоцу услуга, као и о специфичним изазовима са којима се породица суочава у настојању да обезбеди неформалну бригу свом члану који живи са деменцијом. У другом делу рада представљени су и дискутовани резултати анкетног истраживања. У закључном делу резултати анкетног истраживања посматрани су унутар теоријског оквира презентованог у раду, са становишта могућих праваца развоја програма и политика.

2. Породица као неформални неговатељ члана који живи са деменцијом

Производња, организација и пружање услуга неге и подршке у савременим друштвима подељени су између више сектора социјалног благостања – државе, тржишта, невладиног сектора, цркве и породице (Razavi, 2007; Spiker, 2013). Историјски, породица (или неформални сектор) обезбеђивала је највећи сегмент услуга својим члановима којима су оне биле потребне, из било којих разлога – година живота, болести, инвалидности итд. Упркос укључивању преосталих сектора, неформалност је и данас сасвим извесно најизразитија карактеристика неге која се пружа старијим члановима породице, као и онима који су оболели од различитих симптома. Разлику, међутим, чини то што породица добија помоћ и подршку друштва (тј. преосталих сектора) у пружању својих услуга неге. Ова подршка која се таргетира према породицама разликује се међу друштвима. Теорије о

класификовању држава благостања пружају убедљиве доказе у прилог томе да се државе знатно разликују са становишта развијености услуга за породице (Esping-Andersen, 1990; Cousins, 2005; Ferrera, 2013). Међутим, те разлике су велике и унутар појединачних држава. По правилу, компаративно више пружају се услуге подршке породицама у одређеним сегментима – попут бриге о деци. Додатно, упркос развијању услуга подршке породицама за негу старијих чланова, одређени сегменти, којима припада и нега члана породице који живи са деменцијом, остају и даље занемарени.

Уобичајено навођени разлог за укљученост породице у негу својих чланова јесте реципроцитет у односима између чланова породице заснован на афективној везаности и љубави, дужности и обавезама, заједничкој прошлости итд: „стриктно говорећи, имамо обавезу да се старамо једни о другима. Једни без других не можемо преживети” (Johnstone, 2003: 23). Штавише, као резултат неге, односи између чланова породице, по правилу, постају квалитетнији и бољи (Razavi, 2007). Излазак из институција и промовисање заштите у заједници такође представља аргумент у прилог томе да ће се нега обезбеђивати у породици. Заједница није апстрактан локалитет и излазак у заједницу најчешће подразумева боравак у (некој) породици. Улога коју породица у томе има не може се довољно нагласити – „улога државе је допунска у односу на негу коју пружају други. Функција планирања је да то не изостави” (Spiker, 2013: 237).

Међутим, проблематици укључености породице у негу могу се упутити приговори и може се указати на бројне дилеме. Пре свега, именоване породице као сектора благостања доживело је процват са успоном феминистичке литературе. Феминисткиње су указале на то да заштита у заједници није само друго име за подршку коју пружа породица, него да се под породицом заправо подразумева жена. Тако, када се каже да чланови породице пружају негу, у ствари женски члан породице пружа негу. Очекивања друштва од жена у том погледу су висока и неупитна, а „жене су суштински експлоатисане заштитом коју називамо 'неформалном'” (Ungerson, 1999: 70). Ова очекивања нарочито могу бити неправедна према старијим женама, којима такође може бити потребна нега, а оне ће бити принуђене да је пружају другоме (Linč, 2016). Ова врста неге сматра се бесплатном,

иако није. Трошкови по породицу су вишеструки и нису само материјални. Трошкови неге су и емотивни, и психолошки, и често су повезани са губитком социјалних интеракција са другим члановима друштва. Материјални трошкови, пак, могу бити и директни и индиректни. Директни су они трошкови који се односе на куповину различитих потрештина за негу члана породице, а индиректни су они који се односе на пропуштену зараду или чак њено одсуство, због немогућности запослења услед неге члана породице. На тај начин, држава је највећи добитник неформалне неге, јер бројне трошкове које би имала она елиминише из свог бруто националног производа укључивањем породице и преносом тих трошкова на неформални сектор. Питање финансирања нових и додатних услуга по тржишним ценама остаје отворено такође. У том погледу, нема великих помака, а ангажовање жена и даље је најзаступљенија опција – било тако што оне директно преузимају бригу, било тако што се породица стара да купи услуге од жене на нерегулисаном тржишту често потплаћених услуга и даље превише скувих за породицу.

Квалитет услуга које пружа породица ретко се преиспитује. Упркос намери породице да пружа најбољу могућу негу, нега не мора бити високог квалитета, из различитих разлога. Често породице неће бити компетентне да пружају негу, а може се десити и да је породица окружење у ком постоји занемаривање и/или злостављање (Perišić, 2016). Другим речима, породица може бити „скривени пацијент, понекад се понашајући као дисфункционална, неподржавајућа породица, са високом перцепцијом оптерећења негом” (Florea, Puia, Sorina Pop, 2020: 1). Објективни разлози који доводе у питање капацитет породице да остане „главно место за задовољавање потреба старијих” (Linč, 2016: 15) указују на потребу за подробнијим разматрањем улоге породице у обезбеђивању неге у будућности. У многим земљама се увелико траже алтернативе ослањању на улогу коју је раније имала породица, односно жене у породици. Наиме, у многим друштвима дошло је до атомизације породице и веће мобилности њених чланова. Продуже-так радног века умањило је прилике за пружање услуга неге и бриге унутар породице.

Истраживања фокусирана на специфичности неге члана породице који живи са деменцијом показују да „у почетку више пати појединачно, а у каснијим фазама, када ментална контрола ослаби и болест окупира особу, сматра се да више пати породица, односно неговатељ” (Laklija, Milić Babić, Rusac, 2009: 72). Циклус неге о особи оболелој од Алцхајмерове болести, као најчешћој форми деменције, пролази кроз три фазе, које су по правилу временски распоређене:

– од 1. до 18. месеца, неговатељ је самопоуздан, добро се суочава са изазовима, добија помоћ других чланова породице и шире средине;

– од 19. до 36. месеца, чланови породице се повлаче, примарни неговатељ остаје и једини, а редовне контакте има са здравственим службама. Стога, почиње да користи различите фармацеутске производе, како би могао да обавља своје неговатељске дужности;

– од 37. до 50. месеца, неговатељ користи средства за смирење, а и његово физичко здравље је све лошије. Суочава се са све већим потешкоћама приликом неге члана породице, а тешко му је и да пронађе подршку. Најчешће у овој фази породица прискаче у помоћ, а уколико се то не деси и сам неговатељ постаје болестан, те се може десити да је и њему потребан неговатељ (Laklija, Milić Babić, Rusac, 2009).

Један од највећих проблема у неговатељском односу ове врсте јесте изостанак реципроцитета: неговатељ има осећај да је уложио изузетно велике напоре у негу, што члан породице који живи са деменцијом не може уопште да препозна. Време проведено у нези износи и до три четвртине дана, а повећава се са напредовањем деменције (Laklija, Milić Babić, Rusac, 2009). Стога се наглашава важност тзв. партнерског односа између социјалних радника и неформалног неговатеља: „формалне организације имају боље техничко знање и веће друштвене изворе, те развијене опште принципе рада, док су неформални пружаоци неге бољи у пружању помоћи у свакодневним непредвидивим задацима, нпр. разумевању свакодневних потреба оболелог” (Rusac, 2016: 443).

С тим у складу, вештине социјалног рада потребне за рад у области деменције јесу центрираност ка особи, која обухвата емпатичност и поимање сваке особе као јединствене, те одговарајућу културолошку и етичку свест. Развијање инклузивнијих услуга за особе које живе са деменцијом односи се једним делом на рад и комуникацију са

њиховим неформалним неговатељима (Linč, 2016). При томе, саветовање се сматра једном од најважнијих услуга које социјални радници могу пружити неформалним неговатељима особа које живе са деменцијом:

Неговатељи стално саопштавају да је њима потребно да их неко саслуша. Они знају да често одговори не постоје и да се мало тога може урадити, али желе да искористе прилику да разговарају са неким ко може да им помогне у разради њихових планова и приступа. Сви знамо користи од овога, али понекад заборављамо да неке ствари не могу да се поделе са породицом и да разговор са емпатичним аутсајдером може да буде од изузетне помоћи (Marshall, Tibbs, 2006: 190).

Овакво саветовање, сматра се, помаже неговатељима да јасније сагледају ситуацију и импликације своје неге. И групни рад са неговатељима високо се вреднује у социјалном раду, а често се наглашава да је група изузетно важна за размену информација. Сматра се да тако формирана група има потенцијал да прерасте у групу за самопомоћ. На крају, породична терапија такође може имати велики потенцијал, стога што посматра деменцију као породични „проблем”, а не као „проблем” особе која живи са деменцијом или ње/њег и неговатеља (Marshall, Tibbs, 2006). Учење вештинама неговања члана који живи са деменцијом такође спада у домен социјалног рада (Linč, 2016).

3. Истраживање потреба за услугама саветовалишта за неформалне неговатеље особа које живе са деменцијом

У сврхе истраживања потребе за развијањем услуге саветовалишта за неформалне неговатеље особа које живе са деменцијом и промовисања прерасподеле неплаћеног рада, у току 2020. године спроведено је анкетно истраживање 29 корисника „Амиту” Саветовалишта за неформалне неговатеље зависних старијих особа које живе са деменцијом у Београду, Крагујевцу и Чачку.¹ Упитник је послат

¹ Поред анкетног истраживања које је овде представљено, подаци су прикупљани и упитником за кориснике Саветовалишта за неговатеље и неговатељице особа које живе са деменцијом у Чачку и Крагујевцу и у Волонтерском сервису Зве-

електронском поштом оним корисницима услуге који су је користили најмање три пута. Од укупног броја одговора, 93% испитаника потврдило је да обавља неговатељске послове. У том скупу, жене су чиниле 72%, а мушкарци 28%, што је у складу са традиционалном поделом родних улога, у којој се послови неге и бриге за друге, углавном, везују за жене.

Испитанице/ци су у највећем проценту били из Чачка (44%), те Крагујевца (34%), а затим и Београда (22%). Више од половине неформалних неговатељица и неговатеља било је у старосној групи 46–65 година, а више од трећине (34%) у распону од 31 до 34 године. Назад, 14% неформалних неговатеља и неговатељица у узорку имало је више од 65 година. Жене су представљале већину оних о којима неговатељице/неговатељи брину: око две трећине корисника услуга неформалних неговатељица чиниле су жене (65,5%), а једну трећину мушкарци (34,5%).

Расподела неговатељица и неговатеља у узорку у односу на њихово искуство бриге о члану породице који живи са деменцијом сведочи о разноврсности њихових искустава у обављању ових послова. Највећу групу (38%) чинили су они који су нези друге особе, најчешће сродника, посветили од једне до три године. Следећу групу чинили су они који су тек стицали искуство и бавили се овим послом до годину дана. Последњу трећину делиле су две групе неговатељица и неговатеља: они који су у том послу од 3 до 5 година (17%) и они који су већ више од 5 година (14%) укључени у рутину бриге о другој особи. Искуства и потребе неговатеља и неговатељица у ове четири групе су се разликовали, али сви су навели да им је подршка потребна.

здара из Београда; интервјуима са локалним координаторкама Пројекта („Родно одговорно управљање – Прерасподела неплаћеног неговатељског рада”, који је реализовала Агенција за родну равноправност и оснаживање жена у Србији (UN Women), у сарадњи са Координационим телом за родну равноправност, а уз подршку Владе Уједињеног Краљевства и Британске амбасаде у Београду) у Крагујевцу и Чачку и стручњакињама које раде на реализацији услуге Саветовалишта; интервјуима са координаторком и особљем Волонтерског сервиса београдске општине Звездара, који пружају услуге саветовалишта за неформалне неговатеље особа које живе са деменцијом. Резултати анализе представљени су у публикацији „Анализа корисности и процена одрживости услуге Саветовалишта за неформалне неговатеље зависних старијих особа” (Nikolin, 2020).

Највећи број испитаница и испитаника је навео да је њихов посао неговања комбинација менталног и физичког напора и преоптерећености који непрекидно трају у једном дугом континуитету обележеном неизвесношћу и страхом за чланове породице о којима брину, као и за последице стања на укупне породичне односе и здравље. Поред исцрпљености, недостатка времена за сопствена интересовања, па чак и плаћене послове, код њих провејава и страх да ли посао неговања обављају довољно добро, као и свест о томе да је то оптерећење за целу породицу и да у окружењу не постоји довољно разумевања за све тешкоће са којима се они суочавају. Показало се и да су жене, због родних улога које су им наметнуте, додатно оптерећене тим константним осећањем кривице које је повезано са (не)преузимањем терета бриге за друге. У Табели 1 приказани су одговори на питање о томе шта неговатељима најтеже пада у обављању њихових активности.

Табела 1. Одговори испитаника и испитаница на питање шта им најтеже пада у вези са негом

<i>Ништа.</i>	<i>Стрес.</i>
<i>Моје здравље је угрожено, нервозна сам, раздражљива, једва издржавам, тешко ми падају оптужбе са очеве стране.</i>	<i>Да прихватим да моја мама више није моја мајка него се најчешће понаша као да сам ја њој родитељ.</i>
<i>Моја бака је добра, слушам је, као и њеног сина, уживање је радити социјалну помоћ, тако да ми ништа није тешко. Једино бих желела да прохода, али то је немогуће, нажалост.</i>	<i>Што морамо 24 сата да дежурамо, син болује од деменције, ставили смо камере у двориште, да случајно не оде негде; најтеже ми пада кад размишљам шта ће се десити са њим кад супруге и мене више не буде.</i>
<i>Емоције, оптерећеност целе породице.</i>	<i>Умор.</i>
<i>Све.</i>	<i>Неразумевање.</i>
<i>Што не могу ништа да променим, што знам да мом оцу неће бити боље, већ све горе.</i>	<i>Недостатак времена.</i>

<i>Потпуно сам немоћна, супругу је све горе, најтеже ми је што најмлађи син ово веома тешко подноси.</i>	<i>Најтеже ми је да гледам своју жену и не препознајем је више. Њене изливе љубоморе и агресије.</i>
<i>Тешко је сачувати своје здравље, и ја сам се разболела у међувремену.</i>	<i>Што тешко уклапам обавезе неге своје сестричине и послове које радим за новац.</i>
<i>Несигурност и неизвесност – здравствена, физичка, финансијска.</i>	<i>Више се не бавим тиме, али ми је најтеже било што нисам сигурна да ли сам све добро обављала.</i>
<i>Свакодневне обавезе.</i>	<i>Стална обавеза 24 сата.</i>
<i>Неконтролисање сфинктера, бојазан од повреде.</i>	<i>Да ли бригу обављам добро.</i>
<i>Спремање ручка, давање терапије.</i>	<i>Немам довољно искуства.</i>

У одговорима на питање: „На кога се ослањате када вам је потребна подршка?“ јасно је указано на родно условљене границе бриге о члановима породице. Већину неговатеља чиниле су жене, а оне су се даље, углавном, ослањале на друге женске особе: ћерке, пријатељице, сестре. Од 21 испитанице, само њих 5 (24%) навело је да се ослања на свог супруга. Од осам мушкараца укључених у неговање, њих четворица (50%) се ослања на своју супругу. Седам жена (33%) навело је да се ослањају на породицу. Четири жене (19%) немају на кога да се ослоне, као ни два мушкараца (25%). Још по четири женске особе (19%) наводе да се ослањају на пријатељице или на децу, најчешће на ћерке. Две испитанице (9,5%) помињу докторку и медицинско особље, а по једна (5%) своју пријатељицу и своју сестру. Појединачни одговори мушкараца односе се на браћу, односно на сина и унуке.

У односу на радни статус, највећи је био број запослених са пуним радним временом (45%). Након тога, заступљена је велика група (28%) оних који су изабрали одговор друго и коју би даље требало истражити. Учешће пензионера било је 17%. Две жене (7%) су у инвалидској пензији, док једна ради са скраћеним радним временом.

Већина испитаника/ца (12 или 41%) брине о родитељу. О супружницима брине 5 испитаника/ца (17%). Исти је број (5 или 15%) испитаника/ца који брину о некој другој особи, док по двоје (7%) води бригу о снахи или зету, односно о особама са којима нису у сродству.

Табела 2. Одговори испитаника о најважнијим користима услуга Саветовалишта за неформалне неговатеље

Саветодавна помоћ	Информације и вршњачка подршка	Помагање другима
Докторка ме саслуша, да ми прави савет, много ми је лакше кад се њој обратим.	Изузетно ми помажу предавања, али фали ми нека група подршке, где би могли да размењујемо искуства ми неговатељи. Мада има тога мало после предавања.	Ја имам срећу да се цела моја породица укључила и организовала. Многа наша искуства пренела сам другим корисницима саветовалишта.
Осећам да ме неко разуме.	Зато што сазнајемо ствари које не знамо.	Већ дуго бринем о оцу, све сам научио и урадио шта је требало.
Много ми помаже разговор са докторком.	Значи ми да ме саслушају, чујем друге људе који су у сличној ситуацији као ја...	До сада смо све прочитали, проучили, протумачили, пронашли лекара у Београду који је успоставио праву дијагнозу – деменција, иако наш син има 46 година. Ослањамо се на све што каже лекар у Београду. Син има инвалидску пензију и туђу негу и помоћ, то нам је довољно да можемо да подмиримо све основне трошкове.
Дођем, саслушају ме, исплачем се.	Значи ми у смислу информација и савета које добијем и који су конкретни, а не општи.	
Саветодавна помоћ.	Разговор ми највише прија, једино људи који имају исто искуство могу ово да разумеју.	

Психо-социјална подршка.	Моја супруга се разболела у време ванредног стања, ни сањао нисам да ће дијагноза бити деменција. Све ми је ново, битна ми је свака информација, али и да чујем искуства других. Користи ми да се информисем.	
Због емоционалне и психичке подршке.	Имала сам доступне информације које иначе нисам имала прилику да добијем ни у једном систему.	
Могу у сваком тренутку да се посаветујем око својих сумњи.	Увек је добро чути нешто ново, разменити мишљење са људима који такође негују своје најближе.	
Прија ми прича, мишљење, искуство и савет стручног лица са којим разменујемо искуства.	Имам са ким да поделим своје проблеме.	
Значи ми разговор.		
Имам са ким да се посаветујем.		
Полако учим све када су нега и брига у питању.		
Добила сам савете како да организујем обавезе и да се одморим.		
Разговор ми је помогао да се боље осећам.		
Разговор са стручним лицем.		
ОК је имати тако нешто.		

Као што је већ наведено, особа о којој неговатељи/це воде бригу најчешће је женског пола (65,5%). Услугу Саветовалишта већина корисника/ца (55%) користила је од три до пет месеци. Око 24% корисника/ца услугу користи између једног и два месеца, а 14% мање од месец дана. Једна испитаница користила је услугу већ годину дана, а једна је одабрала одговор друго, без навођења детаља. Одговори на питање колико им услуга саветовања значи груписани су у три скупа. Највећа група (45%) изјаснила се да им услуга „значи прилично”, а следећа по величини (38%) тврди да им услуга „значи јако много”. Најзад, 17% испитаница и испитаника кажу да им услуга значи средње и да им добро дође, али да им није неопходна. Нико од испитаника/ца није одабрао одговоре да им услуга значи релативно мало или ништа. Одговори испитаника о најважнијим користима услуге Саветовалишта за неформалне неговатеље и неговатељице приказани су у Табели 2.

Кориснице и корисници у истраживању су препознавали да добијају стручну подршку психолошкиња, психијатара и психијатарки, социјалних радница и радника. Ређе су помињали да подршку пружа читав тим, а три испитаника су навела организацију која им пружа услугу. На питање како се осећају када користе услугу, већина њих (16 или 55%) определила се за следећа два понуђена одговора: „као да ме неко разуме” и „као да имам коме да се пожалим”. Девет одговора било је (31%) усмерено на стицање нових знања. Седам особа (24%) имало је осећај као да су се мало одмориле када дођу у Саветовалиште. У шест одговора (21%) је истакнуто да, захваљујући Саветовалишту, имају осећај да ће моћи да истрају. Четворо (14%) се осећало као да раде нешто важно, двоје (7%) је навело да има више воље, а један да се осећа као да је борац (3%).

Сви мушкарци (7 или 100%) изабрали су да је значајно што имају коме да се пожале. Овај одговор изабрало је и 9 (43%) жена. Мушкарци су још често (4 или 57%) бирали одговор „као да ме неко разуме”. Овај је одговор изабрало и 10 (48%) жена. Чак је 8 жена (38%) – и ниједан мушкарац – одабрало одговор „као да имам више знања”. Осећај да раде нешто важно имале су 4 жене (19%), а да ће моћи да истрају захваљујући овој услузи препознале су 3 жене (14%). Одговор „као да сам се мало одморио/ла” изабрало је 2 испитаника мушког пола (28%)

и 5 (24%) женског пола. Остали одговори су појединачно навођени. Према томе, иста услуга има различите ефекте на жене и мушкарце који су њоме обухваћени. Ово треба да се има у виду када се услуга развија и унапређује. Из угла родне равноправности посебно је важан тај женски премор који је глобално женско искуство настало наталоженим умором због гомиле неплаћених и невидљивих послова које жене обављају у домаћинству и у економији неге.

Учесници су питани да ли им је услуга довољно често доступна. Већина (76%) тврди да јесте сасвим довољно. Разложени по полу, подаци указују да је у овој групи, коју чини укупно 22 учесника, од чега 6 мушкараца (86%) и 15 жена (71%). Још 4 жене (19%) кажу да је довољно, али би било још боље да им је чешће доступна услуга. Могло би и ређе рекли су 1 особа женског и 1 особа мушког пола. Најзад, није довољно али и ово значи за једну особу женског пола. Према томе, женама у узорку је потребна већа учесталост у приступу Саветовалишту него мушкарцима. Овај налаз ваљало би да се потврди на већем узорку, јер, ако се потребе разликују, то треба имати у виду приликом планирања услуге.

На крају анкете, учесницима и учесницама је постављено питање да ли имају неки савет или жељу у вези са унапређењем ове услуге. Сугестије корисница и корисника ишле су у правцу разгрананања подршке, увођењем нових услуга (професионалних неговатељица и неговатеља, центра који би објединио све потребе неговатеља, група подршке и за самопомоћ, размену искустава и стручне едукације). Један одговор отворио је питање предности и мана у вези са успостављањем услуге Саветовалишта у Центру за социјални рад (Табела 3). Најзад, постављено је и питање адекватности политика и мера за особе са деменцијом и потребе за препознавањем професије (плаћених) неговатељица или неговатеља, што би довело до побољшања њиховог статуса. На овај начин могло би се позитивно утицати на јачање родне равноправности у економији неге.

Табела 3. Одговори испитаника/ца о правцу развоја услуге

<i>– Да се уведе помоћ у виду професионалног неговатеља, који би бар накратко одменио неговатеље.</i>
<i>– Да постоји центар који би објединио све потребе неговатеља и група у којој би били неговатељи који би разменили искуства и мало олакшали душу.</i>
<i>– Неопходно је бити са људима који вас разумеју јер имају сличну ситуацију и брину о болесној блиској особи. Мислим да би то помогло нашем психичком здрављу.</i>
<i>– Групе подршке са другим неговатељима, размена искустава и стручне едукације.</i>
<i>– Групе самопомоћи.</i>
<i>– За ову услугу не, али за државу да, јер мој муж не може да оствари ни инвалидску пензију, ни туђу негу и помоћ, не можемо да га сместимо ни у једну установу, јер не примају људе са деменцијом.</i>
<i>– Ја бих је изместила из просторија Центра за социјални рад.</i>
<i>– Ово је веома потребно за људе који су тек сада почели да се суочавају са овом ситуацијом. Њима је много потребније.</i>
<i>– Волела бих да ово буде легалан посао, са пензионим и социјалним, а не рад на црно. А савет да свако ко прихвати да се стара о осетљивој категорији људи свој посао обавља као да га сам Бог гледа, савесно, разумно, од срца.</i>

4. Закључак

Расположива теоријска сазнања, подједнако као и искуства из праксе, указују на бројне подесности и користи од укључености породице, тј. неформалних неговатеља у негу о члану породице који живи са деменцијом за његово благостање, али и благостање породице. При томе, потребно је водити рачуна и о свим ограничењима изреченим по питању благостања породице и нарочито оног њеног члана који се стара о члану који живи са деменцијом, а што се може завршити и распадом породице. Додатно, неформални неговатељски рад представља јефтинију опцију за државе, од нуђења резиденцијалних и сродних услуга, које су умногоме рестриктивне. Чак и плаћени неговатељи представљају мањи трошак за државу, јер ову сферу и даље мимоилази принцип једнаке плате за рад једнаке вредности.²

² Често се наводи пример сектора грађевине, где често мушкарци без високих формалних квалификација обављају посао који је физички захтеван, помало и

Важан налаз анкетног истраживања, који је такође заједничко место у теорији, јесте презаступљеност жена у улози неговатеља, тј. актера који се баве неформалним неговањем. Без обзира на бројне напретке и промене, жене су те које пружају негу у највећем проценту. Стога се намеће закључак о дискриминаторности родно неутралних политика у области неформалног неговања. Било би очекивано да се ова прекомерна заступљеност жена препозна, кроз увођење измена у законској регулацији која би се једним делом односила на подршку и помоћ неговатељима у систему социјалне заштите, а другим делом у систему радног права, кроз нуђење различитих врста одсустава са (плаћеног) рада женама које су у неговатељској улози. Постоје реалне бојазни да нега члана породице који живи са деменцијом ефективно спречавају припаднице женског пола да се анагажују у области плаћеног рада. Истовремено, занемарују се специфичне потребе великог броја старијих жена које пружају услуге неге својим партнерима и за које су такође потребна системска решења. Додатно, адекватно препознавање и евидентирање вредности неплаћеног рада у националним оквирима могло би резултовати остваривањем различитих права од стране неформалних неговатеља, што би свакако имало позитивне последице по њихово благостање.

Све наведено не значи да не би требало подстицати укључивање мушкараца у послове неговања. Управо супротно, промовисањем значаја прерасподеле посла неге у породици и у заједници, промовисањем значаја укључености оба пола, пре свега са аспекта члана породице који живи са деменцијом, али и самих неформалних неговатеља, женски чланови породице могли би бити растерећени. У том смислу, родно трансформативно решење, којем би се преобликовале постојеће норме, очекивања и садржаји примерене бриге резултовало би праведнијом родном расподелом ових активности.

Важно је и промовисање тога да старање о члану породице који живи са деменцијом није само посао породице, већ и заједнице и

ризичан, те није сталан, па је стога добро плаћен. Неговатељице обављају посао који одговара овом опису, а уједно је и емотивно захтеван. Оне, пак, добијају мање накнаде, чак и када су плаћене.

друштва у целини. У сврху веће ангажованости друштва свакако је важно повећавање видљивости неформалних неговатеља.

Резултати анкетног истраживања представљеног у овом раду потврђују да неформални неговатељи, преко 80% њих, препознају значај користи од услуге подршке, иако у различитом степену. Као што је већ наведено, они виде тројаку корист: саветодавну подршку, вршњачку подршку и могућност да сами буду подршка другима. Они пријављују да ова услуга доприноси њиховом људском достојанству, потреби да допуне и потврде своја знања о деменцији и о нези члана породице који живи са деменцијом, ојачају механизме резилијентности, добију савете и подршку од директних пружалаца услуга, али и од других, који такође пружају негу члану породице који живи са деменцијом. На тај начин, они постају оснажени да самоувереније и компетентније пружају помоћ својим члановима породице који живе са деменцијом, тј. да ефективније обављају своје неговатељске услуге. Потенцијал да група неформалних неговатеља постане група за самопомоћ могуће је реализовати уз одговарајућу подршку од стране стручног особља. Изузетно су важне и констатације испитаника, иако не бројне, у духу тога да након стицања знања која добијају од стручних радника и других неформалних неговатеља они сами могу да обучавају друге неформалне неговатеље, тј. да постану (неформални) едукатори. Оснаженост неформалних неговатеља огледа се и кроз одговоре на питања о томе како се осећају када користе услуге подршке. Додатно, нико од њих није доживео коришћење услуге као губљење времена, нити је она будила негативне емоције код њих. Као и у бројним другим доменима испитивања, и овде је уочена родна разлика. Извесно је да услуге за неформалне неговатеље уносе промене у њихове животе, а тиме и у животе њихових чланова породице који живе са деменцијом, те да преиспитују традиционалан однос друштва према особама које живе са деменцијом. Истовремено, потребна су додатна истраживања области додатне подршке која је потребна неформалним неговатељима.

Дугорочно гледано, овакве услуге доприносе очувању и унапређењу благостања неформалних неговатеља и чланова породице који живе са деменцијом. Велику корист од услуге може да има и заједница, кроз едукације, јавне наступе и заговарање који проистичу из искустава и знања у вези са пружањем неге. Прилагодљивост услуге

и флексибилност њеног формата (могућност телефонског саветовања) такође су од значаја у периоду КОВИД-19.

Литература

- Cousins, M. (2005). *European Welfare States – Comparative Perspectives*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Ferrera, M. (2013). *From Protection to Investment? New Frontiers for the European Social Model(s)*. Presentation prepared for the 6th EU-India Joint Seminar on Employment and Social Policy, Brussels, June 24–25, 2013.
- Florea, M., Puia, A., Sorina Pop, R. (2020). *The Family as Recipient and Provider of Home Care: A Primary Care Perspective*. Available at: <https://www.intechopen.com/chapters/71620>. 17.12.2021.
- Johnstone, D. (2003). *Comparative Social Policies in Europe*. Frankfurt am Main: Europaischer Verlag der Wissenschaften.
- Laklija, M., Milić Babić, M., Rusac, S. (2009). Neki aspekti skrbi o članu obitelji oboljelom od Alzheimerove bolesti. *Ljetopis socijalnog rada*, 16(1): 69–89.
- Linč, R. (2016). *Praksa socijalnog rada sa starima – pozitivni pristup centriran ka osobi*. Beograd: Fakultet političkih nauka.
- Marshall, M., Tibbs, M. A. (2006). *Social Work and People with Dementia*. Bristol: Policy Press.
- Nikolin, S. (2020). *Analiza korisnosti i procena održivosti usluge Savetovališta za neformalne negovatelje zavisnih starijih osoba*. Beograd: Amity.
- Perišić, N. (2016). *Socijalna sigurnost – pojmovi i programi*. Beograd: Fakultet političkih nauka.
- Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context – Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development.
- Rusac, S. (2016). Alzheimerova bolest: izazovi socijalnog rada. *Ljetopis socijalnog rada*, 23(3), 439–461.
- Sabat, S. (2018). *Alzheimer's Disease and Dementia*. Oxford: Oxford University Press.
- Spiker, P. (2013). *Socijalna politika – teorija i praksa*. Beograd: Fakultet političkih nauka.
- Ungerson, C. (1999). The Informal Sector. In: P. Alcock, A. Erskine, M. May (Eds.), *The Student's Companion to Social Policy* (pp. 169–174). Oxford: Blackwell Publishers.

Sanja Nikolin, Nadezda Sataric, Natalija Perisic

SUPPORT TO INFORMAL CAREGIVERS OF PEOPLE LIVING WITH DEMENNTIA

Abstract

The issue of care for a family member living with dementia is gaining increased attention within Serbia's policy and legislative framework. This care is extremely complex, and requires great commitment from the family. The starting point of this paper is the importance of the relationship between the family unit and its member living with dementia, and the need to equip the family with knowledge, skills and competencies to understand and provide care to them. The aim of this paper is to map and analyze the concerns that family members have regarding the care of the individual living with dementia. The methodological approach includes a review of the existing literature on the family as a "locality" in which care is provided, as well as a survey of 29 users of "Amity" Counseling for informal caregivers of the elderly living with dementia in Belgrade, Kragujevac and Čačak. The findings of the study indicate the over-representation of women in the activities of informal care of a family member living with dementia. The results obtained may help in developing means by which to empower informal caregivers in their undertaking of their caregiver role with improved support from professionals in the form of counseling work.

Key words: informal caregivers, family, care, people living with dementia, services, counseling services.

Стручни чланак

УДК 364-783.44(497.11)“2020”

364.4-053.9(497.11)“2020”

Рад послат: 21.09.2021.

Рад прихваћен: 06.12.2021.

Кристина Милошевић*

Центар за социјални рад за општине Варварин и Ђићевац

ИДЕНТИФИКОВАЊЕ ПОТРЕБА ЗА УСЛУГОМ ПОМОЋИ У КУЋИ У СЕОСКИМ И ГРАДСКИМ ПОДРУЧЈИМА ГРАДА КРУШЕВЦА

Резиме: Све већи број старијих, као и њихове потребе и очекивања мирног и доброг живота, затим потреба за условима и услугама који такав живот и обезбеђују, довели су до увећаног интересовања политика за ову област, почев од међународних, преко регионалних, до локалних и до успостављања и развоја механизма за стварање и унапређење концепта успешног, позитивног и активног старења.

Истраживање спроведено на територији општине Града Крушевца током јула месеца 2020. године имало је за циљ приказ једног таквог механизма, који доприноси свеопштем унапређењу квалитета живота старијих. Предмет овог рада су потребе корисника услуге помоћ у кући, и то из сеоског и градског подручја Града Крушевца, те њихова разноликост која је условљена бројним факторима, попут територијалне удаљености, услова и културе живљења, навика и слично, а све у циљу развоја постојеће услуге и повећања броја њених корисника у руралном подручју.

Кључне речи: старење, старост, услуга помоћ у кући (ПУК), корисници услуге, потребе, сеоска средина, градска средина, геронтодомаћица

1. Увод

Пораст броја старог становништва, губитак вишегенерацијских породица, потреба за здравственим и другим видовима збрињавања код нас, условили су конципирање низа мера и конституисање разно-

* Социјална радница, kristinamilosevic923@gmail.com

врсних услуга. Тако, на пример, Закон о социјалној заштити предвиђа низ услуга у заједници, попут дневних (дневни боравак, помоћ у кући, свратиште), социјално-едукативних, саветодавно-терапијских, услуге подршке за самосталан живот и услугу смештаја. Бројне услуге у области социјалне заштите таргетирају старије. Међутим, развијеност појединих општина, приступачност услуге, неинформисаност становништва, култура живљења, као и многи други фактори, најчешће доводе до неравномерног развоја услуга или непостојања у неким локалним заједницама.

У „Извештају о реализацији услуге помоћ у кући за месец април 2020. године” Геронтолошког центра Крушевац наводи се да је ову услугу у Граду Крушевцу тада актуелно користило 345 домаћинстава, и то 140 домаћинстава сеоског и 205 домаћинстава градског подручја (укупно 446 појединаца). Број корисника и заинтересованост потенцијалних корисника (на листи чекања је било њих 62) за коришћење ове услуге један је од показатеља њене релевантности (Геронтолошки центар Крушевац, 2020).

За разлику од проблема и изазова који се у старости јављају у градским насељима, старост на селу има специфичности. Оне су узроковане низом фактора, као што су: демографски, историјски, социјално-економски, културни, еколошки, психолошки и други. Тиме се одређује посебност живота у сеоским насељима (Манојловић, 1980) и уједно условљава горенаведена разлика броја домаћинстава корисника сеоског и градског подручја.

Идентификовањем тих појединости и фактора који их условљавају могуће је радити на постојећим капацитетима и њиховом прилагођавању реалним потребама, што би довело до уједначења или чак и пораста броја корисника сеоског подручја, а такође пружило основу за развој услуге на територији других општина.

2. Старији у граду и на селу

У социологији је уобичајено да се о односу и разликама између села и града говори у облику дихотомije село–град. Тако се ова два основна типа људских насеља међусобно упоређују по оним обележјима

за која се претпоставља да битно одређују сеоски (сељачки) и градски (грађански) начин живота (Митровић, 2015).

Међутим, из овога не следи закључак да стварно постоји тако оштра разлика у конкретним друштвеним односима, каква се предочава између ова два типа насеља. Одувек је у граду постојало и опстајало оно што је сеоско, било да је настало у самом граду или да је у њега дошло, а што је по својој суштини ближе сеоским него градским друштвено-културним обрасцима. Тако и од када градови постоје, оно што у њима настаје, било да је добро и прогресивно, било да је негативно, никада није могло остати затворено градским зидинама, а да се не рашири по околном сеоском простору (Митровић, 2015).

Отуда се појмови „село” и „град” дефинишу као идеални типови, који могу да послуже да се боље разумеју стварни услови у којима настају различити друштвени односи и културне творевине. Такође, ови основни појмови пружају оквир за истраживаче који се претежно баве феноменом старења сеоског и градског становништва.

Тако је, на пример, у временском периоду август–новембар 2016. године спроведено истраживање на територији Републике Србије, на случајном, репрезентативном узорку од 685 испитаника узраста старијег од 65 година, који живе на селу. Циљ истраживања било је утврђивање потреба старијих који живе на селу, давања препорука за побољшање квалитета њиховог живота и промоција примера добре праксе (Јанковић, Зајић, Врачевић, Тодоровић, 2016).

Резултати тог истраживања показали су да промене у структури породице и домаћинства мењају традиционалне функције породице, тачније „у 63% домаћинства нема млађих од 65 година, 66% старијих има децу која живе на већој удаљености од њих, а 18% испитаника нема децу” (Јанковић, Зајић, Врачевић, Тодоровић, 2016: 8–9). Старији на селу имају смањену инфраструктуру за пружање услуга, те су већим делом изван институционалног система услуга за помоћ и подршку, а као главни ослонац користе неформалне услуге. Такође, када се говори о односу према старијима на селу уочава се да је „12,6% испитаника незадовољно односом у општинским службама, 12,1% незадовољно односом у здравственим институцијама, а 10,8% осталим институцијама у граду” (Јанковић, Зајић, Врачевић, Тодоровић, 2016: 9).

Ово истраживање је омогућило да се сагледају изазови са којима се сусрећу сами старији, попут смањеног приступа услугама здравствене и социјалне заштите, недовољне информисаности о услугама и правима, смањеном интересовању професионалних пружалаца услуга за рад у овим областима, изазова социјалне изолације, малог броја и лошег приступа културним активностима, могућностима за учење, недостатка опреме која олакшава самосталан живот и све израженије миграције из руралне у урбану средину (Јанковић, Зајић, Врачевић, Тодоровић, 2016: 9). Овом последњем изазову у прилог иде и чињеница по којој тренутно у Србији 56% становништва живи у градовима (Јанковић, Тодоровић, Зајић, Врачевић, 2018). Овакав диспаритет односа броја урбаног и руралног становништва подстакао је истраживање реализовано током септембра и октобра 2017. године на територији Републике Србије, на случајном, репрезентативном узорку од 1.037 испитаника узраста старијег од 65 година, а који живе у урбаним срединама (Јанковић, Тодоровић, Зајић, Врачевић, 2018).

Ово истраживање је настало као израз потребе да се разуме, схватити и побољша живот старијих жена и мушкараца, при чему добијени резултати указују да је „потреба за подршком изражена, тачније једна трећина старијих је у овој години имала потребу за негом у свом дому, а актуелну потребу за подршком има 27%. Свега 28% процењује да може да живи самостално и да им није потребна помоћ, док већина процењује да ће им бити потребна у будућности” (Јанковић, Тодоровић, Зајић, Врачевић, 2018: 13). Када се говори о услугама у заједници, узимајући у обзир инфраструктуру и већи степен доступности појединих ресурса, релативно добру информисаност становништва, проценат старијих који их користе је и даље низак. Тако, на пример, „9% користи услуге помоћи у кући, 6% услуге геронтодомаћице, а свега 3% помоћ волонтера” (Јанковић, Тодоровић, Зајић, Врачевић, 2018: 13–14).

Упркос релативно удобнијем и безбеднијем животу у граду у односу на руралне области и даље постоји низ изазова и баријера које треба уклонити, а које се, као и у руралним срединама, односе на инфраструктуру, бољи дизајн услуга социјалне заштите, укључивање старијих и пружања могућности за друштвени ангажман кроз рад и образовање (Јанковић, Тодоровић, Зајић, Врачевић, 2018: 14–15).

У прилог овоме говори и истраживање спроведено 2019. године, чији је циљ био утврђивање степена прилагођености Београда старијима, како на нивоу града у целини тако и на нивоу појединих градских општина (Бркић, Весић, Дамјановић, Пантић, Перић, Лубурић, 2019).

Резултати овог истраживања обухватали су неколико сегмената и то: јавне површине и зграде, саобраћај, становање, поштовање и социјалну инклузију, друштвену укљученост, политичко и грађанско учешће, комуникацију, информације, здравствену и социјалну заштиту. Тако је 43,4% старијих навело да се тешко или веома тешко креће у крају у коме живи, уколико се узму у обзир стање и величина тротоара, безбедност уличних прелаза и учесталост постојања места за одмор. Стари се осећају небезбедно, а највећи број њих као проблем наводи ходање тротоарима због паркираних аутомобила на местима која нису предвиђена за паркирање. Иако стари претежно изражавају афирмативан став о односу заједнице према њима, при чему 74,1% испитаника сматра да их чланови заједнице поштују, осећај припадности је мањи, наиме „69,5% старијих у групи 65–69 година има осећај припадности заједници, док тај осећај опада код старијих са 80 или више година, и јавља се код половине испитаника” (Бркић, Весић, Дамјановић, Пантић, Перић, Лубурић, 2019: 94).

Резултати истраживања су генерално повољни, с тим што 71,5% испитаника сматра да им је квалитет живота веома добар или добар, док 25,2% свој квалитет живота описује као лош, а 3,3% као веома лош (Бркић, Весић, Дамјановић, Пантић, Перић, Лубурић, 2019: 105).

3. Помоћ у кући као дневна услуга у заједници

3.1. Сврха услуге

Квалитет живота појединца зависи од његових могућности, наднађивања недостатака који га оптерећују и коришћења предности које му се пружају. „Услуга помоћ у кући спада у групу дневних услуга у заједници које обухватају активности које подржавају боравак корисника у породици и непосредном окружењу. Сврха пружања ове

услуге се односи на подршку у задовољењу свакодневних животних потреба, како би се унапредио или одржао квалитет живота” (Правилник о пружању услуге Помоћ у кући за одрасла и старија лица, чл. 2). Овим услугама се продужује боравак у породици, побољшава или одржава здравље, обезбеђује рехабилитациони поступак, чува индивидуалност са стеченим навикама и пружају сервисне услуге.

3.2. Корисници услуге

У односу на процењено стање корисника, његове потребе и могућности, садржај услуге се прилагођава за сваког корисника и дефинише се у индивидуалном плану услуга. У складу са Правилником о пружању услуге помоћ у кући за одрасла и старија лица Града Крушевца, предвиђено је да корисници ПУК-а могу да буду лица која:

- „имају ограничења физичких и психичких способности услед којих нису у стању да независно живе у својим домовима без редовне помоћи у активностима дневног живота, неге и надзора, при чему је породична подршка недовољна или није расположива;
- живе на подручју градске општине Крушевац;
- искажу вољу за коришћењем услуге (у име лица која се налазе под старатељском заштитом старатељ мора исказати вољу за коришћењем услуге);
- имају минималну условност домаћинства за пружање услуге (могуће је обезбедити воду, загрејати простор, однети отпадне воде и смеће, да су обезбеђени елементарни услови за одржавање хигијене простора);
- учествују у суфинансирању трошкова услуга у складу са Решењем о утврђивању цене услуге Помоћи у кући за одрасла и стара лица у Геронтолошком центру Крушевац” (Правилник о пружању услуге Помоћ у кући за одрасла и старија лица, чл. 3).

3.3. Геронтодомаћница

Геронтодомаћница је едуковани лаик, а не замена за стручну особу. Обавља низ активности, и то:

- стара се о свакодневним потребама корисника;
- обавља сервисне услуге за потребе корисника;
- пружа помоћ у обезбеђивању исхране;
- пружа помоћ у одржавању личне хигијене;
- пружа помоћ у одржавању одевних предмета и постељине;
- пружа помоћ у одржавању хигијене стана;
- пружа помоћ у загревању просторија;
- пружа помоћ у задовољењу других егзистенцијалних и социјалних потреба;
- води евиденцију о времену и пословима обављеним на терену;
- обављање и других послова, зависно од потреба корисника” (Правилник о пружању услуге Помоћ у кући за одрасла и старија лица, чл. 18).

4. Услуга помоћи у кући у систему социјалне заштите

4.1. Развој система социјалне заштите и услуге помоћ у кући

Усвајањем Закона о социјалној заштити 2011. године, процес реформе, започет десет година раније, добио је нови законодавни оквир и чврсто упориште за даљи развој и успостављање системских решења у свим оним областима које су дефинисане као приоритети реформе социјалне заштите (Влаовић Васиљевић, 2013).

Законским решењима подстицан је процес деинституционализације, инклузије и заштите посебно угрожених група, промовисане су услуге у заједници, успостављен нови концепт развоја у чијем су фокусу услуге социјалне заштите, затим промена положаја корисника као активног учесника, његовог најбољег интереса и могућност учешћа различитих пружаоца услуга социјалне заштите у обезбеђивању услуга (Влаовић Васиљевић, 2013).

Заправо, кроз развој услуга у заједници дефинисано је преузимање одговорности локалне самоуправе а у циљу задовољења потреба грађана у области социјалне заштите. Услуге за које је надлежна локална самоуправа означавају се као услуге социјалне заштите у заједници и дефинишу се као: „активности пружања подршке и помоћи појединцу и породици ради побољшања, односно очувања квалитета живота, отклањања или ублажавања ризика неповољних животних околности, као и стварање могућности да самостално живе у друштву” (Закон о социјалној заштити, чл. 5).

За разлику од услуга које по надлежности припадају централном нивоу власти и које се углавном сврставају у услуге којима се обезбеђује трајнији смештај уз издвајање корисника из свог природног окружења, овим услугама се задовољавају права корисника на живот у сопственом окружењу, подстиче развој њихових потенцијала и што већа интеграција у постојеће социјално окружење (Влаовић Васиљевић, 2013).

4.2. Помоћ у кући – достигнућа, изазови и дилеме

Иако постоји законска обавеза локалних самоуправа да обезбеде услуге ванинституционалне заштите, оне су све до двехиљадитих биле готово потпуно неразвијене. Поједине услуге су биле развијене у великим градовима, а неке само у Београду. Да би дошло до формирања услуге помоћ у кући неопходно је било да локална самоуправа, одговарајућом одлуком, успостави услугу, да се обезбеде стални извори финансирања, дефинише циљна група, сврха, садржаји, критеријуми и приоритети пријема, одреди пружалац услуге који испуњава минималне стандарде, цена, учешће корисника, континуитет и доступност (Матковић, Страњаковић, 2016).

Захваљујући посебним реформским механизмима и донаторској помоћи, током протеклих неколико година дошло је до снажног развоја ове услуге, која се „обезбеђује када је породична подршка недовољна или није расположива, у складу са идентификованим индивидуалним потребама одраслих и старијих лица, која услед смањених функционалних способности или немоћи нису у стању да живе самостално” (Матковић, Страњаковић, 2016: 67).

Услугом је планирано да старијим и одраслим лицима која су у стању социјалне потребе буде пружена помоћ кроз интензивну бригу на персонализован начин и поштујући потребе корисника. Корисницима се пружају социјална подршка и помоћ кроз кућне посете социјалних радника, здравствене услуге (саветодавни рад на терену) и кућна нега и помоћ од стране лиценцираних геронтодомаћица.

Резултати мапирања социјалних услуга у Србији показују да су у 2015. години биле најзаступљеније услуге социјалне заштите управо дневне услуге у заједници које су биле обезбеђене у 132 града и општине. Услуга помоћ у кући пружала се у укупно 122 јединице локалне самоуправе (Матковић, Страњаковић, 2016: 17).

Табела 1. Основни подаци о услузи помоћ у кући за одрасла и старија лица у 2015. години

⇒	Пружа се у 122 јединице локалне самоуправе
⇒	Обухвата укупно 15.043 лица или 13.478 домаћинстава
⇒	13.686 корисника је старије од 65 година са учешћем од 91% у укупном броју корисника услуге
⇒	Удео корисника старијих од 65 година у укупној популацији старијој од 65 година је 1,1% (индикатор доступности)
⇒	Удео еквивалентног броја корисника старијих од 65 година у укупној популацији преко 65 година је 0,6% (индикатор доступности коришћен за поређење ЈЛС)
⇒	Жене чине већину у корисничкој популацији са учешћем од 69%
⇒	Корисници су претежно из урбане средине са 66% у укупном броју
⇒	Пружаоци услуга из државног сектора су доминантни и обезбеђују услугу за 10.722 стара лица или 71% у укупном броју корисника
⇒	Финансира се доминантно из буџета локалне самоуправе, чији је удео у укупним расходима 90% (са средствима оствареним од партиципације)

Извор: Матковић, Страњаковић, 2016.

5. Старење и старији у Крушевцу

5.1. Карактеристике старања о старима на територији града Крушевца

Становништво у Крушевцу убрзано стари. Према последњем попису, град има 128.752 становника, чија је просечна старост на нивоу републичког просека (42,2 године). Међутим, укупан број старијих је 22.836, или 18% становништва, што показује да је на територији општине Крушевац већа заступљеност старијих него у другим деловима земље, а уједно се повећава број старих преко 80 година (Џугурдић, Живковић, 2014: 69).

Упркос горенаведеном, проблеми старијих у Крушевцу су дуги низ година неоправдано запостављани, имајући у виду да популација старијих није у могућности да своје потребе задовољи самостално и да јој је потребна помоћ заједнице (Џугурдић, Живковић, 2014).

У односу на место пребивалишта, 45% корисника Центра за социјални рад (ЦСР) живи на селу, с тим што је тај проценат код старијих нешто већи и износи 47%. Претпоставка је да изолованост у већој мери погађа старе на селу, с обзиром на то да се специјалистичке службе налазе у граду, као и установе социјалне и здравствене заштите. Пензионерима је обезбеђена месечна карта за превоз, али је ван ове врсте помоћи остао велики број старих (Џугурдић, Живковић, 2014: 70).

Старачка и самачка домаћинства су група корисника са већим ризиком, а у структури ЦСР-а су заступљени са 18,66%. Несумњиво да је далеко већи број старијих којима недостаје брига, али се не обраћају Центру за социјални рад за помоћ (Џугурдић, Живковић, 2014).

Услугу помоћ у кући обезбеђује Геронтолошки центар Крушевца. Од 2007. године услуга се обезбеђује становништву градског и приградског подручја, а од 2010. године се реализује и на селима. Усвајањем буџета града Крушевца за 2012. годину услуга Помоћи у кући на селу постаје редовна активност Центра за социјални рад (Џугурдић, Живковић, 2014).

Табела 2. Упоредни показатељи услуге помоћ у кући

Помоћ у кући – Србија	Помоћ у кући – Крушевац
Од укупног броја корисника 95% су старији од 65 година	Од укупног броја корисника 93% су старији од 65 година
Од укупног броја корисника 70% су жене	Од укупног броја корисника 95% су жене
Пружаоци помоћи у кући су доминантно државни 70%	Пружаоци помоћи у кући су у потпуности државни 100%
Учешће буџета локалне самоуправе у финансирању услуге – 73%	Учешће буџета локалне самоуправе у финансирању услуге – 82,78%
64% корисника је из урбане средине	37% корисника је из урбане средине

Извор: Цугурдић, Живковић, 2014.

6. Истраживање потреба за услугом помоћи у кући у Граду Крушевцу

6.1. Приказ истраживања

Истраживање је спроведено у току месеца јула 2020. године на територији општине града Крушевца, током ког су обављени разговори са 160 особа старости преко 65 година, корисницима услуге помоћ у кући. У ову сврху посебно је конструисан упитник, а анкетирање је вршено лично или телефонским путем уз претходно кратко објашњење. Обрада података је вршена у оквиру компјутерске платформе SPSS (*Statistical program for social sciencies*).

Узорак испитаника је у погледу пола и места пребивалишта у потпуности уједначен.

Структура узорка с обзиром на старост приказана је у Табели 1. Може се уочити да су у узорку најзаступљенији корисници старији од 80 година (који чине преко 46% узорка), затим следе корисници старости од 70 до 80 година (који чине скоро 40% узорка), док је најмање корисника млађих од 70 година (мање од 15% узорка).

Табела 3. Старосна структура узорка

Старосна категорија	Фреквенција	Процент
65–70	23	14,4
70–80	63	39,4
Преко 80	74	46,3

Структура узорка с обзиром на покретност корисника приказана је у Табели 4. Преко половине узорка чине покретни корисници ПУК, теже покретних је преко 40%, док је непокретних најмање (свега 5%).

Табела 4. Структура узорка с обзиром на покретност испитаника

Стање	Фреквенција	Процент
Покретни	83	51,9
Теже покретни	68	42,5
Непокретни	9	5,6

Структура узорка с обзиром на тип и чланове домаћинства приказана је у Табели 5. Уочава се да 2/3 (преко 67%) корисника живе сами у домаћинству, док свега 1/3 (мање од 33%) не живе сами.

Од 52 корисника који не живе сами у домаћинству већина (преко 61%) живи са супружником, трећина живи са децом или унуцима (преко 32%), док је најмање оних који живе заједно са члановима шире породице (мање од 6%).

Табела 5. Структура узорка с обзиром на тип и чланове домаћинства

Тип домаћинства	Фреквенција	Процент
Живи сам/а	108	67,5
Не живи сам/а	52	32,5
Супружник	32	61,5
Деца, унуци	17	32,7
Чланови шире породице	3	5,8

У Табели 6 приказана је структура узорка у погледу дужине коришћења услуге ПУК. Већина испитаника (преко 72%) користи ПУК дуже од 2 године, 21% испитаника користи ПУК 1–2 године, док је најмање оних који ову услугу користе мање од годину дана (свега 6%).

Табела 6. Структура узорка с обзиром на дужину коришћења ПУК

Дужина коришћења ПУК	Фреквенција	Процент
До 1 године	10	6,3
1–2 године	34	21,3
Дуже од 2 године	116	72,5

6.2. Резултати истраживања

У Табели 7 приказана је потреба за појединачним услугама, на нивоу целокупног узорка.

Евидентно је да је услуга за којом постоји највећа потреба – периодично чишћење и одржавање дома. Она је означена као потребна од стране 100% испитаника, односно сви корисници су се сагласили да им је ова услуга потребна. Међу услугама које су такође означене као потребне од стране већине корисника налазе се и: дружење и разговор (86,3%), прање судова (85,6%), набавка намирница (73,1%), плаћање рачуна (68,8%), прање рубља и пеглање (64,4%), узимање лекова из апотеке (60,0%) и припрема једноставних оброка (60,0%).

Табела 7. Потреба за појединачним услугама на нивоу целог узорка

Услуга	Да ли је потребна (ДА)
Умивање	9 (5,6%)
Пресвлачење	10 (6,3%)
Сечење ноктију	20 (12,5%)
Прање и сушење косе	31 (19,4%)
Бријање	10 (6,3%)
Купање / купање у кревету	25 (15,6%)
Мењање положаја у постељи	3 (1,9%)
Премештање са столице на кревет	11 (6,9%)
Помоћ при одласку у тоалет	5 (3,1%)
Помоћ при кретању са помагалом	7 (4,4%)
Периодично чишћење и одржавање дома	160 (100,0%)
Прање судова	137 (85,6%)
Прање рубља и пеглање	103 (64,4%)
Припрема и загревање просторија	72 (45%)
Мерење крвног притиска	33 (20,6%)
Мерење нивоа шећера у крви	10 (6,3%)
Организовање посета доктору	66 (41,3%)
Контрола узимања лекова, давање лекова	32 (20,0%)
Узимање лекова из апотеке	96 (60,0%)
Припрема једноставних obroка	96 (60,0%)
Набавка намирница	117 (73,1%)
Доношење готових obroка	17 (10,6%)
Храњење	4 (2,5%)
Мањи радови и поправке по кући	11 (6,9%)

Плаћање рачуна	110 (68,8%)
Контакт са сродницима, информисање о стању	52 (32,5%)
Дружење и разговор	138 (86,3%)

Статистички значајне разлике између корисника из сеоских и градских подручја у погледу потреба постоје само у погледу осам услуга. То су: прање судова, припрема и загревање просторија, организовање посете доктору, узимање лекова из апотеке, припрема једноставних оброка, набавка намирница, плаћање рачуна, дружење и разговор.

Наведене услуге су израженије код корисника сеоског подручја и то у следећем обиму: прање судова (93,8%), припрема и загревање просторија (76,3%), организовање посете доктору (57,5%), узимање лекова из апотеке (71,3%), припрема једноставних оброка (68,8%), набавка намирница (86,3%), плаћање рачуна (78,8%), дружење и разговор (95,0%).

Дескриптивни показатељи потреба за овим услугама с обзиром на место пребивалишта корисника приказани су у Табели 8.

У погледу потреба за осталим услугама нема статистички значајних разлика између корисника који пребивају у граду и оних који пребивају на селу. Другим речима, ове потребе, и код корисника из сеоских и код корисника из градских подручја, не одступају значајно од показатеља регистрованих на нивоу целокупног узорка (који су приказани у Табели 7).

Табела 8. Разлике у погледу потреба за услугама с обзиром на место пребивалишта

Услуга	Место пребивалишта	
	село	град
Прање судова	75 (93,8%)	62 (77,5%)
Припрема и загревање просторија	61 (76,3%)	11 (13,8%)
Организовање посета доктору	46 (57,5%)	20 (25,0%)
Узимање лекова из апотеке	57 (71,3%)	39 (48,8%)
Припрема једноставних obroка	55 (68,8%)	41 (51,3%)
Набавка намирница	69 (86,3%)	48 (60,0%)
Плаћање рачуна	63 (78,8%)	47 (58,8%)
Дружење и разговор	76 (95,0%)	62 (77,5%)

Може се закључити да је свих осам услуга значајно чешће потребно корисницима из сеоских у поређењу са корисницима из градских подручја.

На питање шта доводи, или који су то фактори који условљавају горенаведене разлике као одговор може се понудити подручје у коме корисници живе, тачније услови живота којима корисник располаже, постојећа инфраструктурна мрежа, удаљеност продавнице, поште, апотеке или других институција система, затим све веће миграције становништва из села у градове и појава самачких, старачких домаћинстава која „вапе” за дружењем и разговором.

Разноликост потреба условљава култура живљења корисника, који својим менталитетом, степеном образовања, обичајима и навикама диктирају потребу за појединим услугама. Интересовање и почетак коришћења услуга у граду је брз и плаховит, док је на селу знатно споријег интензитета а обим коришћених услуга скроман.

Распон услуга је понекад условљен и близином деце, сродника, развијеном комшијском мрежом и учешћем у заједници. На селу се велики значај још увек приписује непосредним односима и контакти-ма, који се негују и датирају од давнина, а што доводи до учествовања

у међусобним животима и ограничава настанак и развој осталих, мештанима непознатих облика помоћи и подршке.¹

Поред горенаведених, као један од фактора, а који се показао у спроведеном истраживању и који такође условљава разноликост потреба јесте полна структура испитаника.² Полна структура може да буде значајно ограничавајућа и приликом самог одлучивања о почетку коришћења услуге, с обзиром на то да се такве одлука на селу још увек приписује мушком члану породице или деци.

Значајан фактор приликом дефинисања потребе јесте и сама старосна структура корисника, при чему се појавило једно занимљиво одступање код услуге прање рубља и пеглање, при чему је корисници старости од 70 до 80 година чешће наводе као потребну у поређењу са корисницима старијим од 80 година.

Може се уочити да су све од наведених услуга у најмањој мери потребне најмлађим корисницима, онима старости од 65 до 70 година.

Несумњиво не треба изоставити и здравствено стање корисника, могућност самопослуживања и степен покретљивости, што даје прилат појединим потребама и диктира распон услуга.

7. Закључна разматрања

Захваљујући посебним реформским механизмима током протеклих неколико година долази до снажног развоја услуге помоћ у кући, чиме је у основи планирана помоћ старијим и одраслим лицима која су у стању социјалне потребе, на персонализован начин, поштујући њихове потребе.

¹ Корисницима који живе сами чешће су потребне следеће услуге: узимање лекова из апотеке (66,7%), набавка намирница (80,6%) и плаћање рачуна (75,9% корисника).

² Бријање (12,5%), мерење нивоа шећера у крви (11,3%), контрола узимања лекова и давање лекова (28,8%), доношење готових оброка (16,3%), потребе су које су много чешће код корисника мушког пола, док су потребе за услугом купања (21,3%), набавком намирница (82,5%) и плаћања рачуна (76,3%) чешће изражене код корисница женског пола.

Међутим, упркос овој, и даље је низак обухват становништва овом услугом, односно до услуге је тешко доћи (посебно становницима руралних подручја), поједине општине услугу не обезбеђују свих дванаест месеци, квалитет је тешко оценити, а и када услуга постоје оне се не обезбеђују равномерно, у складу са потребама корисника и од стране лиценцираних и стручних радника.

С обзиром на то да и даље постоји отпор за развој и напредак ових услуга на локалном нивоу, неопходно је радити на њиховој промоцији, захтевати веће ангажовање јединица локалне самоуправе и стицање знања из области социјалне заштите, затим радити на бољој обучености потенцијалних кадрова, информисању и подизању свести локалног становништва о потенцијалним могућностима и расположивим ресурсима. Потребно је спроводити и више истраживања овакве врсте, којима се уједно врши боља спецификација корисника услуге, њихових стварних потреба и препрека за њихово реализовање, а уједно и подиже свест шире заједнице о порасту старачких самачких домаћинстава, којима је неопходно мало подршке за мирну и активну старост.

Литература

- Бркић, М., Весић, З., Дамјановић, Д., Пантић, М., Перић, С., Лубурић, С. (2019). *Град прилагођен старијим особама. Путоказ за активно старење у граду Београду*. Београд: Институт за јавну политику, PALGO smart.
- Влаовић Васиљевић, Д. (2013). *Водич за организовање цивилног друштва. Стандарди услуга социјалне заштите у заједници и процедуре лиценцирања*. Београд: Центар за либерално-демократске студије.
- Закон о социјалној заштити, *Службени гласник РС*, 24/2011.
- Јанковић, Б., Зајић, Г., Врачевић, М., Тодоровић, Н. (2016). *Положај старијих на селу*. Београд: Црвени крст Србије.
- Јанковић, Б., Тодоровић, Н., Врачевић, М., Зајић, Г. (2018). *Старење у градовима – изазови савременог друштва*. Београд: Црвени крст Србије.
- Манојловић, П. (1980). *Стари на селу и њихови социјални проблеми*. Београд: Институт за социјалну политику.
- Матковић, Г., Страњаковић, М. (2016). *Мапирање услуга социјалне заштите у надлежности јединица локалних самоуправа у Републици Србији*.

- Београд: Тим за социјално укључивање и смањење сиромаштва Владе Републике Србије.
- Митровић, М. (2015). *Села у Србији. Промене структуре и проблеми одрживог развоја*. Београд: Републички завод за статистику.
- Геронтолошки центар Крушевац (2020). *Извештај о реализацији услуге „Помоћ у кући”*. Крушевац: Геронтолошки центар Крушевац.
- Правилник о пружању услуге Помоћ у кући за одрасла и старија лица, *Службени лист града Крушевца*, бр. 14/16.
- Џугурдић, Р., Живковић, С. (2014). Стари – доступност права и услуга из области социјалне заштите на подручју града. У: М. Немањић (ур.), *Култура старења и старости између традиционалног и савременог модела* (стр. 68–79). Београд: Геронтолошко друштво Србије.

Kristina Milosevic

IDENTIFYING THE NEEDS OF HOME HELP SERVICE USERS IN RURAL AND URBAN AREAS OF THE CITY OF KRUŠEVAC

Abstract

An increasing number of older people, their needs and expectations of a peaceful and good life, and subsequently the need for conditions and services that provide such a life, have led to increased policy interest in this area, from international to regional to local, and to the establishment and development of mechanisms to create and promote the concept of successful, positive and active aging. Research conducted on the territory of the City of Krusevac during July 2020 aimed to present one such mechanism that contributes to the overall improvement of the quality of life of the elderly. More precisely, the subject of the research was the needs of home help users from rural and urban areas of Krusevac, and their diversity, which is conditioned by numerous factors, including geographic distance from the city's core, living conditions and culture, habits, etc. A greater understanding of these will have the effect of allowing the further development of existing services and increase their uptake among rural users.

Key words: aging, old age, home help service, service users, needs, rural environment, urban environment, geronto-housewives.

II ИЗ УГЛА ПРАКСЕ

Мирјана Соколовић*

Центар за социјални рад општине Стара Пазова – Служба за помоћ у кући

ЕВАЛУАЦИЈА КВАЛИТЕТА ПРУЖЕНИХ УСЛУГА СЛУЖБЕ ЗА ПОМОЋ У КУЋИ СТАРА ПАЗОВА

1. Увод

Служба за помоћ у кући основана је одлуком Скупштине општине Стара Пазова 20. новембра 2009. године при Центру за социјални рад општине Стара Пазова, који је носилац њене организације и функционисања.¹

Циљ услуге помоћ у кући јесте да се кроз организовање активности које одраслим и старијим грађанима, чије је благостање, безбедност и продуктиван живот у друштву угрожен ризицима услед старости, инвалидности, породичних и других околности и који се суочавају са функционалним ограничењима у једној или више области живота, обезбеди подршка за боравак у породици и непосредном окружењу.

Услуге су једнако доступне свим грађанима општине у складу са Законом о социјалној заштити, а корисник услуга може бити сваки пунолетан грађанин од навршених 26 до 65 година живота (одрасли) и сваки грађанин старији од 65 година (старији) који има ограничења

* Социјална радница, mirjana.sokolovic@csr-starapazova.org

¹ Решењем Министарства за рад, запошљавање, борачка и социјална питања – Сектор за бригу о породици и социјалну заштиту – Одељење за инспекцијски надзор бр. 022-02-00074/2016-19, од 13.02.2018. године, утврђена је испуњеност услова и стандарда за пружање услуге помоћ у кући и добијање лиценце на 6 година.

физичких и/или психичких способности због којих нису у стању да живе независно у својим домовима без редовне помоћи у активностима дневног живота, неге и надзора, при чему је породична и срединска подршка недовољна или није расположива.

Правилником о нормативима и стандардима за обављање делатности помоћи у кући (Општински правилник) пројектовано је да услугама помоћи у кући буде обухваћено 80 одраслих и старијих лица.² Услуге су доступне корисницима осам сати дневно сваког дана, осим суботе и недеље, и оне се уговарају непосредно између пружаоца и корисника.

Програмске активности су прилагођене потребама, могућностима и интересовањима корисника. Средства за пружање услуга обезбеђују се у буџету Општине, а део средстава за рад Службе обезбеђују грађани – корисници сопственим учешћем.³

2. Сврха мониторинга и евалуације⁴

Сврха интерног мониторинга и евалуације огледа се у потреби за континуираним увидом у планиране услуге подршке грађанима у њиховом природном окружењу које имају свој нормативни, методолошки, вредносни и практичан оквир на нивоу појединачног корисника, услуге и пружаоца услуге као легитимног субјекта у систему подршке грађанима.

Интерни мониторинг и евалуација су сталне активности у Служби које се одвијају као паралелан процес без којег организовање

² Правилник о нормативима и стандардима за обављање делатности помоћи у кући (Општинско веће општине Стара Пазова бр. 551-1/2016-IV, од 26.09.2016. године), чл. 5.

³ Правилник о учешћу грађана у трошковима услуга службе за помоћ у кући (Општинско веће општине Стара Пазова бр. 550-1/2016-IV, од 26.09.2016. године); учешћем корисника у трошковима услуга обезбеђено је око 3% укупних буџетских средстава (у 2019. учешће је износило 8%).

⁴ У изради су коришћене „Смернице за спровођење интерног мониторинга и евалуације услуга социјалне заштите” Покрајинског завода за социјалну заштиту.

рада и реализовање активности не би било изводљиво, као ни њихово вредновање, планирање и развој.

Показатељи о корисницима и пруженим услугама (са термин плановима посета и коришћења превоза), о учешћу грађана у трошковима услуга и други подаци релевантни за праћење (дневно, месечно, периодично, годишње) и планирање рада евидентирају се и вреднују у форми извештаја на месечном нивоу.

Служба има разрађене технике и изграђене инструменте који омогућавају дневни увид у активности: а) имена корисника код којих се пружају услуге (са ближим подацима о адреси становања, узрасту, степену зависности), б) имена непосредних пружалаца услуга и в) врсте услуга које се пружају у одређеном дану у радној недељи.

Месечни показатељи се збирно анализирају и вреднују на годишњем нивоу када се сачињавају прописани извештаји и планови и када ефекти рада постају јавно видљиви и доступни.

3. Предмет евалуације са приказом и тумачењем кључних резултата

3.1 Основне анализе

3.1.1. Анализа испуњености стандарда услуге

Анализа података о корисницима показује да је у 2020. години услуге неге и помоћи користило укупно 103 грађана у 8 (од 10) насељених места, те да су евидентирана 23 нова корисника. Потребна за услугама престала је код 20 корисника, тако да је на дан 31.12.2020. године на евиденцији било 83 корисника (Табела 1).

Табела 1. Број и старосна структура корисника по насељима
2020. године

Насеље	Укупан број корисника у 2020.	2020. година			Старосна структура корисника		
		Новоевидентирани у 2020.	Престала потреба у 2020.	Активни корисници на дан 31.12.2020.	26 до 64 године	65 до 79 година	80 и више година
	1	2	3	4	5	6	7
Стара Пазова	41	11	10	31	5	10	16
Нова Пазова	30	6	5	25	7	11	7
Полубинци	12	4	2	10	3	3	4
Нови Бановци	5	-	-	5	1	1	3
Бановци Дунав	4	1	-	4	1	3	-
Стари Бановци	2	-	-	2	-	1	1
Белегиш	7	1	2	5	-	1	4
Сурдук	-	-	-	-	-	-	-
Војка	2	-	1	1	-	1	-
Крњешевци	-	-	-	-	-	-	-
Укупно:	103	23	20	83	17	31	35
Процентуално учешће по старосној структури:					21	37	42

Табела 2. Број корисника по степену подршке

Степен подршке	Насеља										Укупно корисника	%
	Стара Пазова	Нова Пазова	Голубинци	Нови Бановци	Бановци Дунав	Стари Бановци	Белетиш	Сурдук	Војка	Крњешевци		
Први	8	14	3	1	1	1	1	-	-	-	29	35
Други	14	4	3	4	1	-	2	-	-	-	28	34
Трећи	8	4	4	-	2	1	1	-	1	-	21	25
Четврти	1	3	-	-	-	-	1	-	-	-	5	6
Укупно	31	25	10	5	4	2	5	-	1	-	83	100

На основу анализе степена подршке (Табела 2) евидентно је да највећи број корисника услуга спада у групе лица са сложенем биопсихосоцијалном проблематиком (први – 38% и други – 35% степен подршке).

Сходно анализи заступљености корисника са сложенијим потешкоћама у дневном функционисању може се оценити сложеност послова на непосредном пружању услуга које обављају неговатељице и домаћице у кући/стану корисника и планирати развој особља по стручној оспособљености, вештинама и знањима.

Број корисника у 2020. години већи је од пројектованог броја (80) у свих 12 месеци и креће се од 2,5% у јануару и јуну (индекс 102,5) до 11% у септембру (индекс 111,25).

Тенденција одступања броја корисника карактеристична је и за године које претходе 2020. години и користе се као континуирана основа за планирање и заговарање развоја ресурса службе, односно проширење броја корисника.

3.1.2. Програмске активности

Програмске активности запослени у Служби реализују у складу са прописаном спецификацијом и стандардима за пружање услуге помоћ у кући у социјалној заштити Републике Србије који су уграђени и у Општински правилник.

Континуираним мониторингом броја и структуре корисника и расположивих капацитета службе настоји се постићи добробит за пројектован број корисника уз ресурсе који служби стоје на располагању у моменту одлучивања о свакој новој пријави. Корисници којима се услуге не могу обезбедити због попуњености капацитета уписују се у листу чекања уколико су сагласни са тим. У 2020. године све пријаве решене су у року.

Табела 3. Месечни број корисника у периоду
јануар–децембар 2020.

Број Кори- сника	Месеци у 2020. год.												Просек 2020.
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
82	84	86	85	85	85	82	87	85	89	87	88	83	85
Индекс одсту- пања	102,5	105	107,5	106,25	106,25	102,5	108,85	106,25	111,25	108,75	110	13,75	106,25

Служба у пракси примењује спецификацију услуга која је шира од спецификације предвиђене минималним стандардима и то на начин што се корисницима, поред помоћи у кући, обезбеђују:

- а) услуге социјалног рада: 1. помоћ у остваривању права (из пензијско-инвалидског и здравственог осигурања, право на лечење, рехабилитацију и набавку ортопедско-техничких помагала, права из социјалне, породично-правне заштите и старатељства), регулисање личних докумената (лична карта, здравствена књижица, платне картице), коришћење бенефита (попусти, субвенције); 2) психосоцијална и саветодавна подршка;
- б) услуге наменског комби превоза: 1) превоз корисника/грађана до здравствених установа, лекарских комисија, матичних удружења на територији и ван територије општине; 2) асистенција теже покретним и непокретним корисницима/грађанима код изласка и уласка у кућу/стан и одредиште до којег се обавља превоз, односно асистенција код уласка и изласка у возило.

У практичном смислу, спецификоване услуге помоћи у кући су подељене у три групе:

1. нега и надзор (нега у кући),
2. помоћ у обављању дневних активности (помоћ у кући) и
3. задовољавање других потреба (обављање послова у окружењу).

Од 83 активна корисника на дан 31.12.2020. године 55 особа је користило услуге из групе нега и надзор (помоћ неговатељице), 17 особа услуге из групе помоћ у обављању дневних активности (помоћ домаћице), док је 11 особа истовремено користило обе врсте подршке. Свим корисницима услуга (83) обезбеђена је помоћ у окружењу (набавке, плаћања, одвођења). Приказ корисника и врсте/групе услуга дати су у Табели 4.

Табела 4. Број корисника и услуга по врсти
(групи услуга)

Корисници и услуге по врсти	Нега и надзор у кући	%	Дневне активности у кући	%	Обе врсте подршке	%	Помоћ у окожењу -	%	Укупно	%
Број корисника	55	66	17	21	11	13	-	-	83	100
Број услуга (групе услуга)	55	33	17	10	11	7	83	50	166	100

Анализа динамике пружаних услуга указује да се услуге пружају једном до три пута недељно, што уједно представља интерни стандард пројектован у документа Службе у сврху постизања оптималног обухвата грађана који не могу да живе самостално у својим домовима. У 2020. години услуге су се пружале: једном недељно код 59 корисника, 2 пута недељно код 11 корисника, 3 пута недељно код 3 корисника и једном двонедељно код 10 корисника.

Код дефинисања трајања услуга такође је успостављен интерни стандард по којем се послови у кући корисника обављају од 30 до 120 минута⁵, чиме се постиже оптимална економичност у управљању временом које је прерасподељено на 80 (и више) корисника Службе. Равномерност у приступу услугама, које, у целости гледано, јесу селективно доступне грађанима (имајући у виду да се обезбеђују за само 80 грађана, што није довољно), постиже се тиме што је нормативима Службе успостављен интерни стандард месечног броја сати услуга и он износи максималних 20 сати услуга по једном кориснику.⁶

У идеалној (потпуно уједначеној) прерасподели ефективног времена које се може провести код корисника у пружању услуга сваком од 80 корисника могло би се обезбедити 6 сати услуга са капацитетима којима служба располаже.⁷ У пракси, код највећег броја корисника – 33 (40%) ефективне услуге трају 4 сата месечно, код 18 корисника

⁵ Пример: комплетно одржавање личне хигијене корисника (купање корисника у постељи/ван постеље са пресвлачењем пелена, прањем косе, шишањем, бријањем, сечењем ноктију и др.) нормирано је на 60 минута; у изузетно сложеним стањима (терминална фаза болести, квадриплегија и др.) пружаоцу неге – неговатељици, може се одредити асистенција домаћице у истом трајању (трансфер корисника, пресвлачење постеље, спремање купатила, прибора и опреме и др).

⁶ Услуге се могу пружати и више од 20 сати у ком случају се оне наплаћују по пуној цени – овом одредницом уграђеном у нормативе Службе створени су услови за повећање броја корисника по принципу самофинансирања, али се оне не примењују у пракси због наводних законских препрека у области прописа о финансијском пословању, чиме су оштећени корисници и Служба, а подстакнут рад у сивој зони.

⁷ Четири пружаоца по 5,5 сати на дан, пута 22 радна дана, дају укупна 484 ефективна сата; равномерно прераспоређено време трајања услуга на 80 корисника износи 6 сати.

(22%) услуге трају 2 сата, код 11 корисника (13%) 8 сати, код 8 корисника (10%) 6 сати, код 5 корисника (6%) 1 сат, код 3 корисника (4%) 12 сати, код 2 корисника (2%) 10 сати, код 2 корисника (2%) пола сата и код 1 корисника (1%) 5 сати.

3.1.3. Програмске активности у ванредним околностима

Служба за помоћ у кући је у моменту доношења одлуке о увођењу ванредног стања (15.03.2020) пружала услуге за 85 корисника у 8 насељених места у општини Стара Пазова.

Услуге су се наставиле пружати на уобичајен начин и након увођења ванредног стања до 20.03.2020. године, што подразумева да су се пружале све врсте услуга предвиђене нормативима и стандардима за лиценциране пружаоце услуга.

Колегијум руководиоца Центра је 23.03.2020. године, на основу здравствених препорука донетих ради спречавања ширења болести Covid-19, обуставио пружање услуга које се обављају у стану корисника (чишћење животног простора, одржавање личне хигијене корисника, мерење притиска и шећера у крви и др), односно обуставио је све услуге чије обављање изискује непосредан физички контакт са корисником у његовом животној простору.

Услуге које су се од тада у континуитету пружале односиле су се на обављање послова у окружењу – набавка роба (намирнице за исхрану и домаћинство), набавка лекова, самозаштитних средстава, подизање новчаних средстава уз прибављена овлашћења и друго по потреби (контактирање ординирајућег лекара и сл).

Пружање услуга подразумевало је и праћење здравственог стања, понашања, расположења и других индикатора битних за процену животних ризика, укључујући саветовање корисника у вези коришћења терапије, правилне исхране или других актуелних дневних потреба, односно права (нпр. исплата пензија) и обавеза (нпр. коришћење заштитних средстава).

Осим непосредних контаката од стране неговатељица-домаћица, корисници су имали могућност телефонског контакта са непосредним пружаоцима и социјалним радником – руководиоцем службе, што им је пружало додатну сигурност. Руководилац службе је имао

редовне контакте са члановима породица корисника који живе у иностранству и/или другим градовима Србије.

Прерасподела времена омогућила је да се код одређеног броја корисника побољша динамика пружања услуга, тако што су се (где год је то било могуће по распореду теренског рада) услуге пружале до три пута у току недеље, што је у датим околностима када су старији од 65 година имали забрану изласка из својих кућа/станова било нужно и оправдано.

По укидању ванредног стања, иако то није означило и завршетак епидемије, услуге су се наставиле пружати на уобичајен начин у складу са индивидуалним плановима услуга и уговорима о међусобним правима и обавезама за сваког корисника, уз редовно праћење епидемиолошке ситуације и упознавање са мерама надлежних органа.

Рад запослених се одвијао у складу са Инструкцијом о поступању запослених у Служби за помоћ у кући у Центру за социјални рад општине Стара Пазова након ублажавања рестриктивних мера у борби против COVID-19 и успостављања редовног рада Центра за социјални рад општине Стара Пазова у складу са Одлукама Владе Републике Србије и општим епидемиолошким препорукама. Инструкција је донета од стране директорке Центра, која је посебном Одлуком одредила лице које врши контролу мера предвиђених Инструкцијом. У току 2020. године нико од корисника ни запослених у Служби за помоћ у кући није био заражен.

3.1.4. Основни кадрови и послови

Услуге у Служби пружа 7 запослених: 1 социјални радник-руководилац, 5 неговатељица-домаћица и 1 возач.

Услуге социјалног рада пружа 1 социјална радница са посебним знањима, вештинама и искуством у социјалној заштити одраслих и старијих лица која поседује важећу лиценцу.

Социјална радница је именована и за руководиоца Службе и обавља послове предвиђене за ову радну позицију.

Услуге помоћи у кући пружају 2 обучене неговатељице-домаћице медицинске струке⁸ и 2 неговатељице-домаћице друге струке⁹ са искуством у обављању послова помоћи у кући и завршеним акредитованим програмима обуке у овој области. Крајем године запослена је још једна неговатељица-домаћица којој је омогућена обука у складу са нормативима службе. Средином новембра 2020. године запослена је једна домаћица са сертификатом о завршеном акредитованом програму обуке која је до краја године обављала пробни рад и увођена у пружање услуга уз стручну подршку.

Свака неговатељица-домаћица проводи најмање 5,5 сати у директном раду (интерни стандард) са корисницима на терену, у њиховој кући или стану, а 2,5 сата у обављању послова у окружењу (дом здравља, амбуланте, фондови, поште, продавнице, пијаце и др), у путовању од једног до другог корисника и обављању послова у просторијама Службе (присуствовање састанцима Тима службе једном недељно/сваки понедељак, попуњавање термин плана, израда месечног протокола о пруженим услугама за кориснике код којих су распоређене као непосредни пружаоци и др).

Динамика и број кућних посета (Табела 5) приказани су на примеру показатеља о активним корисницима у децембру 2020. године. Све кућне посете евидентирани су у термин плановима услуга, који је саставни део садржаја обрасца „индивидуални план услуга”.

Табела 5. Месечни преглед динамике и броја кућних посета/децембар 2020.

Динамика пружања услуга	Број корисника	Месечни број кућних посета
Једном недељно	59	236
Два пута недељно	11	88
Три пута недељно	3	36
Једном двонедељно	10	20
Укупно:	83	380

⁸ IV и VI степен школске спреме.

⁹ II, III и IV степен школске спреме.

Табела 6. Укупан број кућних посета у 2020.

Број корисника	Месеци у 2020. год.												Укупно 2020.
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
	352	364	324	356	360	348	375	369	376	380	408	380	4.392

Укупан број кућних посета у 2020. години износио је 4.392 (Табела 6). Наведен број кућних посета обављан је наменским комби возилом, путничким возилима Центра, бициклом и пешице. У једном дану, терен се обавља истовремено у 2 до 4 насељена места динамиком која је унапред уређена по данима у недељи у складу са индивидуалним плановима услуга.

Обезбеђеност превоза за особље је важан фактор ефикасности у организацији рада којим је постигнут наведени обухват корисника на разуђеном простору општинске територије (351 квадратни километар).

У организовање рада Службе (од њеног оснивања) пошло се од става да је образовни профил непосредних пружалаца услуга важан фактор за успостављање квалитетних услуга, који се, на основу досадашњих искустава, може препоручити као општи стандард.

Практичном поделом послова наведеном у претходном делу, као и постављеним захтевима у погледу стручне спреме и образовног профила, тежи се развијању и практичној примени таквог модела услуге помоћ у кући којом се корисницима, кроз примену најбољих знања и вештина непосредних пружалаца услуга, обезбеђује квалитетна квалификована подршка.

Стога послове из групе нега и надзор (нега у кући), у којима се остварује непосредан физички контакт са телом корисника и предузимају мере за очување његовог здравља, обављају неговатељице-домаћице медицинске струке.

Послове који се односе на обављање дневних активности (помоћ у кући) и послове који се односе на задовољавање других потреба (послови у окружењу) које доприносе отклањању или ублажавању неповољних животних околности обављају све неговатељице-домаћице.

Услуге превоза пружа један возач са искуством у раду са старима и особама са инвалидитетом. Возач пружа подршку тешко покретним и непокретним корисницима око трансфера на релацији постеља-инвалидска колица-кућа-возило-циљна тачка превоза и повратак.

3.2. Други подаци о испуњености стандарда

У раду на обезбеђењу и пружању услуге помоћ у кући у целости се поступа по процедурама које је на предлог Службе утврдила директорка Центра за социјални рад¹⁰ и то:

1. Процедура о начину обезбеђивања услуга корисницима (опис поступка, методологија процене потреба и израде индивидуалног плана услуга)
2. Процедура о поштовању људских права и учешћу корисника у активностима
3. Процедура и критеријуми за почетак и завршетак услуга
4. Процедура поступања по притужбама корисника¹¹ и
5. Процедура о начину заштите података о личности.

О пружању услуга одлучује Тим за помоћ у кући након пријема захтева, пријемне процене, процене, одређивања степена подршке и планирања услуга, након чега центар и корисник непосредно склапају уговор о међусобним правима и обавезама. Уколико корисник учествује у трошковима услуга ове се чињенице, укључујући и обрачун трошкова, наводе у уговору.

Уговором се предвиђају јасна правила понашања особа ангажованих за пружање услуга (неговатељице/домаћице), као и правила понашања корисника, почетак и завршетак услуга.

О корисницима и услугама се води прописана евиденција и документација у складу са захтевима стручног поступка (укључујући и електронску евиденцију и документацију по програму „Интеграл”) и захтевима канцеларијског пословања. Сваки корисник има досије у

¹⁰ Осим наведених процедура, директорка Центра је утврдила: 1. Опис активности и начин њиховог пружања и 2. План обуке ангажованих лица у Служби за помоћ у кући.

¹¹ У 2020. години није било притужби корисника на квалитет пружених услуга.

који се улаже: захтев, пријемна процена, одлука Тима службе, процена, индивидуални план услуга и документација корисника. Документацију о корисницима прибавља Служба у виду доказа који се односе на: идентификационе податке, податке о обољењима или оштећењима, податке о личним примањима и здравственом осигурању.

3.3. Испуњеност функционалних стандарда

У раду Службе су у току 2020. године доследно примењивани минимални функционални стандарди дефинисани важећим екстерним и интерним нормативима и актима уз поштовање дефинисаних рокова и приоритета.

Примљене су укупно 23 пријаве корисника и/или њима блиских особа, грађана и других служби центра.

Све пријаве су обухваћене процесом пријемне процене, а анализа исхода пријемних процена указује на 23 одлуке о почетку пружања услуга.

Резултати пријемне процене евидентирају се у посебно структурисан лични образац подносиоца захтева „ПУК пријемна процена (стање по статусима – подаци, описи и оцене)“.

Продубљена анализа чињеница и статуса утврђених у поступку пријема и пријемне процене даје свеобухватан приказ стања који се евидентира у посебно структурисан образац процене потреба корисника „ПУК – процена потреба корисника“.

Процена обавезно обухвата следеће три области:

- сагледавање релевантних статуса корисничког живота, укључујући ризике неповољних животних околности и функционална ограничења,
- сагледавање индивидуалног функционисања корисника по дефинисаном оквиру за обављање дневних активности: послови у кући (активности дневног живота), послови неговања (нега и надзор) и послови ван куће (живот у окружењу) и
- сагледавање срединских фактора, које неизоставно укључује хумане ресурсе у мрежи за подршку (породица, суседство, окружење).

Резултат процене практично се добија кроз номиналне вредности индикатора који се уносе у табеле наведеног обрасца. Индикатори се по изражености рангирају на скали од 0 до 6, при чему се 0 односи на корисникове очуване способности и личне снаге, вредности 1, 2, 3 и 4 аналогне су IV, III, II и I степену подршке по важећим стандардима, 5. степен указује на уочене тешкоће, а 6. на постојеће ризике. На овај начин су, у коначном исходу процене, снаге и способности, односно тешкоће и ризици јасно издвојени од степена неопходне подршке.

Кроз вредновање 32 индикатора за три наведене области (подручја) добија се сумарна процена корисникових потреба и околности његовог дневног функционисања.

Након извршене процене потреба корисника и одређеног степена подршке, за сваког корисника се сачињава индивидуални план услуга. Садржина индивидуалног плана услуга уноси се у посебно структурисан образац „ПУК – индивидуални план услуга” који потписују учесници поступка планирања. Завршетак индивидуалног плана означава почетак пружања услуга.

У 2020. години сачињено је 189 индивидуалних планова услуга код новоевидентираних и активних корисника. Сходно одредбама Општинског правилника (чл. 16), поновни преглед индивидуалног плана врши се једном у 6 месеци, што значи да је код активних корисника провера индивидуалног плана услуга извршена два пута у току године, као и код нових корисника који су услуге почели да користе у првој половини године.

4. Испитивање задовољства корисника пруженим услугама

Квалитет пружених услуга анализиран је и са аспекта задовољства корисника пруженим услугама, испуњености њихових очекивања од подршке у свакодневном функционисању и уочених промена на личном плану које су уследиле коришћењем подршке обезбеђене посредством Службе за помоћ у кући.

У испитивању квалитета пружених услуга коришћена је метода структурисаног интервјуа примењеног на пригодном узорку корисника услуга.

Теренско испитивање је обављено у складу са епидемиолошким околностима и обухватило је мали број корисника – 13 (16%) од укупно 103 корисника.

Испитивање је обавио независан истраживач (дипл. социолог) у циљу постизања веродостојности и објективности у испитивању ставова корисника.

Територијални оквир обухватио је 3 (од 8) насељена места у којима су се пружале услуге.

Табела 7. Старосна структура свих корисника и испитаника

КОРИСНИЦИ УСЛУГА	Старосна структура корисника						УКУПНО
	26 до 64 године	%	65 до 79 година	%	80 и више година	%	
Корисници на дан 31.12.2020.	17	21	31	37	35	42	83
Испитаници	3	23	8	62	2	15	13

Анализа животног доба испитаних корисника (узорак) са упоредним подацима за основни скуп (корисници на дан 31.12.2020) указује да су у групи корисника најзаступљенија лица узраста 80 и више година (42%), а у групи испитаника лица узраста 65 до 79 година (62%). Наведени и други упоредни подаци приказани су у Табели 7.

У испитивању задовољства пруженим услугама коришћен је структурисани интервју који, према унапред припремљеној основи за разговор, садржи 20 питања отвореног и затвореног типа кроз неколико тематских целина.

У тематској целини која се бави испитивањем ставова корисника о довољности обезбеђених услуга и недостајућим услугама добијени резултати указују да од 13 испитаника њих 7 (54%) сматра да су динамика и трајање услуга које користе довољни за њихово функционисање, док 6 (46%) корисника обезбеђене услуге оцењује недовољним. Корисници који услуге сматрају недовољним (6) желели би да се може

побољшати динамика услуга (5 корисника – 38%) и да се може увести нови сет услуга (1 корисник – 8%).

У вези са подршком у обављању свакодневних послова испитаници су давали и одговор на питање о обезбеђености подршке у оквиру породице, суседства и окружења (други формални и/или неформални пружаоци услуга). Подршку од стране чланова породице (оних који живе и/или који не живе у домаћинству) има 4 (31%) испитаника, 6 (46%) испитаника немају никакву врсту подршке осим оне коју обезбеђују од службе за помоћ у кући, 1 (8%) испитаник има помоћ породице и суседства и 2 (15%) испитаника, осим подршке службе, има и подршку из суседства.

Оцену квалитета услуга кроз ставове о задовољству радом домаћице-неговатељице и задовољству начином на који се особље опходи према њима испитаници су дали кроз два питања и у њима понуђене одговоре: *веома, да, углавном и не.*

Добијени одговори сведоче о високо вреднованом задовољству корисника радом и опхођењем особља службе. На питање *Да ли сте задовољни радом домаћице – неговатељице (начином на који обавља посао)?* – 13 (100 %) испитаника је одговорило да је *веома задовољно*. На питање *Да ли сте задовољни њиховим опхођењем према Вама?* – 13 (100%) испитаника се изјаснило да је *веома задовољно*.

Висок степен поверења корисника према непосредно задуженим пружаоцима евидентан је кроз анализу питања: *Да ли се осећате сигурно и слободно да са домаћицом – неговатељицом поделите Ваше проблеме, затражите да обаве неки посао за Вас и сл.?* Од понуђених одговора *да* и *не* одговори свих испитаника (13 – 100%) су потврдни.

На питање о издвајању *најважнијег* посла који служба обавља за кориснике сви корисници (13 – 100%) су издвојили неки од послова који се обављају у складу са индивидуалним планом и уговором, што је и очекивано стање када се има у виду да је пружање услуга високо индивидуализовано, заједнички планирано и представља одговор на потребе које су корисници и/или њима блиске особе истакли као *највеће* у моменту пријаве и/или у каснијем периоду, уколико је било битних промена околности у њиховим животима.

Прикупљање ставова о променама које су корисници учили у свом животу од када користе услуге помоћи у кући и њихова анализа, а посебно добијени одговори (на питање отвореног типа), показало се значајним за поступак евалуације квалитета услуга. Промене које су истакли корисници пре свега се односе на њихов емоционални доживљај: *већа сигурност, осећај растерећености, радост сусретања, боље расположење.*

Сви испитани корисници услуга – 13 (100%) другима би препоручили коришћење услуга помоћи у кући.

Своје задовољство пружаоцима и услугама испитаници су изразили и коментарима у питању отвореног типа који на илустративан начин сведоче о њиховом личном доживљају и вредности услуга које користе:

Драгица је савесна и одговорна особа и види се да воли свој посао. (В. Р., 71 г., тешко покретан)

За мене су услуге неговатељице Маје благословене. (П. И., 76 г., теже покретна)

Не могу да захвалим довољно што ми Маја помаже око сина. (С. Љ., 73, за сина С. М., 54. г., потпуно непокретан)

Да сте ми живи и здрави сто година, а поготово Драгица и Милан возач. (Б. М., 69 г., непокретна)

Свака част за професионалност. (Б. Б., 73 г., непокретан)

Резултати испитивања расветлили су и учинили видљивим да:

- а) ставови корисника о довољности обезбеђених услуга по трајању и динамици указују:
 - да половина корисника (54%) сматра да им обезбеђене услуге нису довољне;
- б) корисници услуга помоћи у кући су веома задовољни пруженим услугама и то:
 - начином на који се послови обављају у њиховом дому и/или окружењу и
 - начином на који се домаћице и неговатељице опходе према њима;

- в) ставови корисника о уоченим променама на личном плану указују да постоји:
- позитиван субјективни доживљај испитаника о уоченим променама на плану емоционалног функционисања који је резултат коришћења услуга,
 - изграђен однос поверења и блискости између корисника и пружалаца услуга.

5. Процена испуњености циљева дефинисаних годишњим планом рада

5.1. Инфраструктурне инвестиције

У 2020. години Служба није имала инфраструктурних инвестиција сходно приликама у пословном окружењу које је карактерисала неповољна епидемиолошка ситуација.

5.2. Развој кадрова

Годишњим планом рада за 2020. годину на основу анализе потреба корисника и унапређења рада Службе планирано је: *запошљавање једног стручног радника и запошљавање две неговатељице-домаћице (од којих једна медицинске струке).*

План запошљавања је једним мањим делом остварен и то запошљавањем једне домаћице средином новембра 2020. године.

У складу са Планом рада, свим непосредним пружаоцима услуга у Служби су у 2020. години обезбеђене свакодневне консултације, а руководилац Службе је учествовао на неколико конференција и вебинара.

5.3. Информисање шире и стручне јавности о услугама које се пружају

У 2020. години резултати рада Службе која брине о свакодневним потребама старијих људи, особа са инвалидитетом и пензионера

у њиховој природној средини, потребе и проблеми корисника и планови развоја Службе и других дневних услуга у заједници приказани су кроз:

1. Извештај о резултатима рада Службе у 2019. години;
2. Програм рада Службе у 2020. години;
3. Извештај о интерној евалуацији квалитета пружених услуга Службе за помоћ у кући у 2019. години¹²;
4. Електронски годишњи извештај по програму „Аурора” за обједињено електронско прикупљање и обраду података свих субјеката социјалне заштите у Републици Србији.

Интерни мониторинг је стална активност у Служби. Показатељи о корисницима и пруженим услугама (са термин плановима посета и коришћења превоза), о учешћу грађана у трошковима услуга и други подаци релевантни за праћење (дневно, месечно, периодично, годишње) и планирање рада, евидентирају се у форми извештаја на месечном нивоу, а по потреби и чешће. Служба има могућност, разрађене технике и инструменте из којих може да обезбеди свим заинтересованима дневни увид у активности, али нема за то електронску програмску подршку.

У току 2020. године реализовано је учешће руководиоца Службе на неколико скупова, едукација, конференција и/или вебинара:

- 14–15.02.2020 – Едукација са провером знања „Улога центра за социјални рад у примени Закона о спречавању насиља у породици”, организатор Центар за социјални рад у Старој Пазови, место одржавања Стара Пазова.
- 02.06.2020 – Видео конференција (вебинар) „Права особа са инвалидитетом и деце са сметњама у развоју у ванредном стању”, организатор – Покрајински заштитник грађана, омбудсман 16.06.2020 – Округли сто „Социјално предузетништво и услуга помоћ у кући за одрасле и старије”, организатори –

¹² Правилником о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите (Службени гласник РС, бр. 42/2013, чл. 19) предвиђена је обавеза пружалаца услуга да бар једном годишње спроведу интерну евалуацију квалитета пружених услуга; извештај о евалуацији се подноси оснивачу, заводима за социјалну заштиту и доступан је стручној јавности.

Покрајински завод за социјалну заштиту и Новосадски хуманитарни центар, место одржавања Нови Сад.

- 28.09.2020 – Округли сто „Услуге социјалне заштите за одрасле и старије кориснике”, организатор – Покрајински завод за социјалну заштиту, место одржавања Нови Сад и
- 11.12.2020 – Видео конференција (вебинар) „Европски стандарди у области основних права и добра управа”, организатор Стална конференција градова и општина, Београд.

Јавност рада обезбеђена је кроз информације и прилоге у електронским медијима и интерне публикације:

- обезбеђено је информисање кроз неколико радијских и телевизијских прилога локалног емитера РТВ Стара Пазова, РТВ Нови Сад и Радио Београда који су се у 2020. години тематски односили на пружање услуга у ванредним околностима изазваним епидемијском ситуацијом,
- бројни видео и штампани прилози доступни су на више интернет страна.¹³

Видљивост услуге помоћ у кући обезбеђена је и кроз интерне публикације које је објавио Центар у ранијем периоду, и то Водич кроз права и услуге у социјалној заштити и каталог Центра за социјални рад.

5.4. Развој услуга у односу проширења броја корисника

Имајући у виду да је повећање броја корисника непосредно условљено повећањем броја директних пружалаца услуга, Планом је (како је и код развоја кадрова наведено) предвиђено запошљавање две неговатељице-домаћице (од којих једна медицинске струке), чиме би се створили услови да се већем броју грађана обезбеди подршка у

¹³ <http://www.csr-starapazova.org/> (Центар за социјални рад општине Стара Пазова); <http://www.rtvstarapazova.rs/sr> (Радио телевизија Стара Пазова); <http://www.amity-yu.org/> (Хуманитарна организација Amity – снага пријатељства); <http://www.udruzenjesz.rs/aktuelno-u-socijalnoj-zastiti> (Удружење стручних радника социјалне заштите Србије) и др.

свакодневном функционисању с обзиром на то да су потребе за овом врстом подршке старијим лицима и особама са инвалидитетом у константном порасту, а сама услуга је, посматрано у односу на обухват корисника и укупна буџетска издвајања, једна од најекономичнијих услуга социјалне заштите.

План запошљавања 2 неговатељице-домаћице делом је остварен средином новембра запошљавањем 1 неговатељице-домаћице. Број корисника није повећан с обзиром на то да је новозапосленом пружаоцу до краја године обезбеђен рад код активних корисника уз подршку.

6. Закључци о успешности рада у оквиру предмета евалуације

Анализа испуњености стандарда услуге урађена је на основу приказа података о корисницима, програмским активностима, основним кадровима и пословима, процедурама које се користе у поступку и прегледом испуњености функционалних стандарда.

Број корисника обухваћених услугом у току 2020. године већи је од планираног броја за 6,25%. Услуге су се пружале у 8 од 10 насељених места. Свим корисницима је одређен степен подршке, чијом анализом је уочена највећа потреба за услугама грађанима са сложенијим биопсихосоцијалним потешкоћама – први и други степен подршке (69–83%). Највећи број корисника (35–42%) је старије од 80 година, од ког броја је 12 (34%) корисника старије од 85 година.

У спровођењу програмских активности примењивала се спецификација послова која је, у односу на прописану, проширена за услуге социјалног рада и услуге превоза корисника. Послови су практично сврстани у три групе, а равномерност у прерасподели постојећих ресурса постигнута је кроз поштовање интерних стандарда за динамику/учесталост и трајање услуга на дневном, недељном и месечном плану. Програмске активности су се одвијале у складу са општим и интерним стандардима, у складу са развијеном праксом и плановима рада.

Служба има основне кадрове који на прописан и квалификован начин обављају послове на пружању услуга. Стручне послове и послове руковођења обавља социјални радник, послове неге и надзора

обављају неговатељице-домаћице медицинске струке, послове у кући и окружењу обављају домаћице-неговатељице друге струке, а послове превоза корисника уз пружање подршке тешко покретним и непокретним корисницима обавља возач. Особље има обезбеђен превоз до кућа/станава корисника и посао се може обављати уз ефикасно управљање трансфером од једног до другог корисника.

У складу са минималним структуралним стандардима Служба има утврђене процедуре и доследно их примењује у раду. Искуство је да процедуре доприносе квалитету рада који се, њиховом применом, може организовати и одвијати по јасним правилима.

Испуњеност функционалних стандарда приказана овим извештајем указује да се поштују и спроводе све фазе стручног поступка приликом одлучивања о обезбеђењу услуга, праћењу тока реализације услуга, провери прихватљивости, непосредном уговарању и/или завршетку услуга, да се води рачуна о роковима, приоритетима и да служба има изграђене инструменте за евидентирање сваке фазе поступка и разрађену скалу процене потреба корисника.

На основу анализе испуњености стандарда услуге може се закључити да су задаци у раду на пружању услуге помоћ у кући испуњени у целости.

Анализа задовољства корисника пруженим услугама као предмет евалуације приказана је кроз резултате анкетног испитивања 13 од укупно 103 корисника у неколико тематских целина.

У тематској целини која се бави испитивањем довољности обезбеђених услуга и недостајућим услугама резултати указују да 54% (7) корисника сматра да су динамика и трајање услуга које су им обезбеђене довољне у њиховом свакодневном функционисању, те се може проценити да је овај задатак Службе углавном испуњен.

У целости испуњен задатак може се оценити на основу одговора на питања:

- о задовољству обављањем послова од стране неговатељице-домаћице (свих 13 испитаника одговорило је да је веома задовољно);
- о задовољству опхођењем према њима од стране неговатељица-домаћица (13 испитаника је одговорило да је веома задовољно);

- о поверењу да са неговатељицом-домаћицом поделе своје проблеме и сл. (свих 13 испитаника одговорило је да) и
- на питање *да ли би коришћење услуге препоручили другима* сви испитаници су одговорили потврдно.

Резултати испитивања ставова корисника, који поред приказаних садрже и друге повољне оцене и ставове, наводе на закључак да су задаци на плану задовољства корисника испуњени у целости осим у делу који се односи на динамику и трајање услуга где су задаци углавном испуњени.

Анализа испуњености циљева дефинисаних годишњим планом рада, који се по заједничким минималним стандардима бави проценом инфраструктурних инвестиција, развоја кадрова, информисањем шире и стручне јавности о услугама које се пружају и развојем услуга у односу на проширење броја корисника и/или увођење нових садржаја рада приказана је, такође, као предмет евалуације.

Корисници и други грађани, стручна и шира јавност, као и представници власти у 2020. години информисани су о услугама помоћи у кући, потребама грађана, резултатима активности и истраживања и развојним плановима. На информативном плану Служба има потписан Споразум о сарадњи са Предузећем за информисање РТВ Стара Пазова.

На плану инфраструктурних инвестиција, развоја кадрова и услуга, у 2020. години резултати нису остварени, на основу чега се (и поред резултата који се односи на запошљавање једне неговатељице-домаћице крајем године) може закључити да су задаци на плану циљева дефинисаних годишњим планом рада углавном неиспуњени.

У Табели 8 дат је преглед предмета евалуације обухваћених извештајем. Оцене успешности рангиране су на скали од 1 до 5, на којој оцена 5 означава да је задатак/план *испуњен у целости*, оцена 4 да је задатак *углавном испуњен*, оцена 3 да је задатак *делимично испуњен*, оцена 2 да *задатак углавном није испуњен* и оцена 1 да *задатак у целости није испуњен*.

Анализом по сегментима евидентно је да су: стандарди услуге испуњени у целости (оцена 5,00), да је задовољство корисника, такође,

испуњено у целости (оцена 4,8), док су плански циљеви углавном неиспуњени (оцена 1,75), што се неповољно одразило на просечну добијену вредност (4,1) из које произлази општи закључак да су задаци и планови Службе за помоћ у кући углавном испуњени.

Табела 8. Самопроцена успешности према предмету евалуације

Самопроцена успешности према предмету евалуације	Оцена испуњености задатака/планова				
	Испуњено у целости (5)	Углавном испуњено (4)	Делимично испуњено (3)	Углавном неиспуњено (2)	Неиспуњено у целости (1)
ИСПУЊЕНОСТ СТАНДАРДА УСЛУГЕ					
1. Подаци о корисницима су расположиви и релевантни	x	-	-	-	-
2. Програмске активности се спроводе по спецификацији послова, екстерним и интерним стандардима	x	-	-	-	-
3. Служба има основне кадрове квалификоване за пружање услуга и ресурсе за ефикасно управљање временом	x	-	-	-	-
4. Послови се обављају по прописаним процедурама	x	-	-	-	-
5. Испуњеност функционалних стандарда	x	-	-	-	-
Укупно од 1 до 5 = 25 (просечно 5,00)	25	-	-	-	-
ЗАДОВОЉСТВО КОРИСНИКА ПРУЖЕНИМ УСЛУГАМА					
6. Динамика и трајање услуга су довољни у свакодневном функционисању	-	x	-	-	-
7. Корисници су задовољни радом неговатељице-домаћице	x	-	-	-	-

8. Корисници су задовољни начином на који се неговатељице-домаћице односе према њима	x	-	-	-	-
9. Корисници имају поверење у неговатељице-домаћице	x	-	-	-	-
10. Корисници би другима препоручили да користе услуге Службе	x	-	-	-	-
Укупно од 6 до 10 = 24 (просечно 4,8)	20	4	-	-	-
ИСПУЊЕНОСТ ЦИЉЕВА ДЕФИНИСаниХ ПЛаном					
11. Инфраструктурне инвестиције (набавка новог комби возила)	-	-	-	-	x
12. Развој кадрова (запошљавање стручног радника)	-	-	-	-	x
13. Информисање шире и стручне јавности	-	x	-	-	-
14. Развој услуга/проширење броја корисника (запошљавање 2 неговатељице-домаћице)	-	-	-	x	-
Укупно од 11 до 14 = (просечно 1,75)	-	4	-	2	1
Укупно од 1 до 14 - 57 (просечно 57/14=4,1)	45	8	-	2	2

Иако самопроценом нису обухваћене ванредне околности у окружењу у условима пандемије, које су у посебно неповољан положај и ризике довеле старију популацију, пракса пружања услуге помоћи у кући показала је предност у односу на друге социјално-здравствене мере и услуге имајући у виду да су боравком у својим домовима корисници услуге помоћ у кући били у највећој могућој мери заштићени од оболевања, при чему нису били ускраћени за задовољавање својих свакодневних потреба.

Резултати евалуације јасно показују да повећање броја корисника и побољшање динамике и трајања услуга зависе од повећања броја запослених, што представља смерницу за планове будућих активности.

С обзиром на то да је непосредан људски рад кључни ресурс (основно улагање, уз квалитетан превоз) за проширење обухвата корисника, динамике и трајања услуга, то чини помоћ у кући једном од најекономичнијих – нискобуџетних услуга социјалне заштите којом се могу задовољити потребе великог броја грађана у редовним и ванредним приликама у окружењу какве су биле у 2020. години услед пандемије светских размера која још увек траје.

III ИЗ АРХИВЕ ГДС

Милош Мацура*

СТАРЕЊЕ СТАНОВНИШТВА И ПОПУЛАЦИОНА ПОЛИТИКА**

Увод

Данас је добро познато да је старење становништва такав демографски процес који се одвија у склопу мењања старосне структуре под дејством смањења наталитета и продужавања трајања живота. Оно је историјски незаобилазан процес у коме се наглашено млада старосно-полна структура из доба високог наталитета постепено претвара у зрелу, а затим у остарелу структуру раздобља у коме наталитет долази на ниску меру. На нивоу демографског развитка на коме се налазимо, старење становништва се врши, како је сугерисао Жан Буржоа Пиша, и у бази и у врху старосно-полне пирамиде. У бази због смањења удела младих под утицајем пада наталитета; у врху због повећања удела старих због продужавања средњег трајања живота. Како се процес помера у одмаклија доба живота тако се повећава, у апсолутном и релативном смислу, не само значај трећег доба живота већ и четврто доба, чија идентификација постаје неопходна. Не треба посебно наглашавати да смањење наталитета води опадању природног прираштаја а затим и смањењу броја становништва; у том се потоњем случају старење становништва доводи у везу са депопулацијом.

* Српска академија наука и уметности, Београд.

** Овај текст објављен је у „Геронтологији” бр. 1/93 из 1993. године.

Старење индивидуе и популације

Као и у свим проблемима којима се бави демографија тако се и код проблема старења разликује старење индивидуе од старења популације. По навршетку одређеног броја година индивидуа стари са даљим протоком времена, мењајући своје физичке и менталне особине и своје физиолошке и друштвене функције. За разлику од тога, старење популације је агрегатно и структурно, а динамички се испољава (остављајући по страни промене у осталим деловима структуре) као апсолутно и релативно повећање старосне групе становника старијих од одређеног броја година. У првом случају промене које време носи доживљава једна те иста индивидуа, све док живот траје. У другом случају мења се читава субпопулација старих, и то не само по свом обиму и по уделу у укупној структури, већ и по својим унутрашњим структурним особинама, у зависности од тога како индивидуе у њу улазе и како из ње излазе.

Истицање антрополошког и демографског у комплексном феномену старења неопходно је због тога што се ради о променама два различита ентитета, чија се проблематика из темеља разликује, што, са своје стране, захтева и од науке и од праксе да им специфично прилазе. Али, истицање њихове различитости не би смело засенити њихово заједничко порекло, њихове узајамне односе и њихову неразлучиву везу по којој једног без другог не може постојати нити се може развијати. Као и код других феномена демографске природе тако се и код феномена старења мора схватити специфичан однос између индивидуалне и демографске стране процеса у великом систему који представља становништво са индивидуама – својим активним елементима (Масура, 1983).

Друштвено вредновање старења

Кроз велики део историје цивилизације, мада не и кроз целу ту историју, старост је уживала посебну пажњу друштва (која се понегде протезала све до геронтократије), иако су стари чинили само малу фракцију укупног становништва. Можда је баш то био један од разлога

за уважавање, али су се њему морали придружити и други разлози, пре свега корист коју је друштво имало од искуства и мудрости старих (Lukić, 1974).

Међутим, кад је на прелазу из 19. у 20. век уочено да становништво неких земаља Запада наглије стари, и када је то доведено у везу са брзим опадањем наталитета, тај нови процес оцењен је негативно. Нарочито од стране француске демографске школе, али је проблем и шире разматран са посебним освртом на демографско искуство античке Грчке и Рима.

Три су велика правца примедби старењу становништва, који се неретко међусобно повезују. Први се односи на саме демографске промене и на неповољан утицај опадања наталитета, на раст и структуру становништва, на повећање удела старог и смањење удела младог становништва. Други правац примедби се тиче непосредних ефеката старења на активно становништво и запосленост, на социјалне прилике, формирање породица итд. Трећи се односи на шире друштвене и моралне импликације, јер старење врши, између осталог, и једну веома битну мада дискретну улогу. Та улога се састоји у „лабављењу друштвеног ткива, склерози многих органа, дегенерацији институција, слабљењу рефлекса и у раку насиља” (Sauvy, 1979).

Посебан правац примедби старењу, мање ослоњен на проучавање проблема и изразито прагматичан, истиче у први план високе друштвене трошкове око старог становништва који се због самог процеса стално повећавају. Изгледа да се највећи број резерви у справљању проблема старења и старог становништва потхрањује из овог правца.

На другој страни, емпиријска истраживања показивала су да остарело становништво живи у изразито неповољним условима. Независно од тога, формирало се гледиште да смањење демографског раста у индустријализованим земљама може релаксирати високу густину насељености и ублажити стварање еколошких проблема. Јавила се нова аргументација у прилог остареле субпопулације, истичући вредност дуговечности, мудрости и вишег квалитета становништва. У оквиру пропозиција друштва благостања нађен је додатни простор за задовољавање специфичних потреба старих и потражене су могућности за њихов допринос друштву. Афирмација субпопулације старих,

не нужно и демографског старења, нашла је потврду и на међународном нивоу (Светска скупштина о старењу, 1982) и на нивоу земаља и многих институција.

Две врсте политике

Новија литература разликује две врсте политике које се непосредно, али на различите начине, тичу становништва. На једној страни политике којима се утиче на промене у самом становништву, на његов раст, старосно-полну структуру, размештај итд (*population influencing policies*). У нашој литератури, политике ове врсте сврставају се у заједничку рубрику популациона политика. На другој страни политике чије се значајне делатности, као што су образовање, здравствена заштита, производња итд, прилагођавају променама у становништву, како би се успешније задовољиле његове основне потребе (*population responsive policies*) (National Academy, 1971). У нашој пракси и литератури ове се политике не сврставају у групу популационих политика, из разумљивих разлога.

На овом месту не може се говорити о особеностима и начелима популационе политике, нити о тако важним питањима као што су људска права и слободе индивидуе, односно потребе и права заједнице, нити о озбиљним дилемама које се у вези са формирањем популационе политике увек постављају. Треба, међутим, истаћи тежњу да демографски циљеви политике буду компатибилни са циљевима индивидуа, и да се погодним методама сведу на прихватљиву меру противуречности које постоје између колективних и индивидуалних консидација. Очигледно је да у овом контексту координација политика које утичу и оних које одговарају на промене у становништву добија изузетну важност.

У савременом свету готово да нема земље у којој се не би предузимале одређене мере за побољшање здравственог стања становништва, иако смањење морталитета, које из тога проистиче, не мора бити срачунато и на демографске ефекте. Слично се може рећи и за пресељавање људи и миграције, на које утичу многе државне мере, ретко са јасно предвиђеним резултатима. Што се тиче наталитета,

он је несумњиво демографска варијабла која је најчешће предмет популационе и социјалне политике. У ствари, нема савремене државе која не доноси прописе о заштити породице и деце, о браку, о статусу жене или социјалним питањима која се непосредно или посредно тичу рађања и репродукције.

Па ипак, експлицитна популациона политика је много одређенија од оваквих општих прописа и мера. Она редовно садржи и специфичне одредбе и мере којима се олакшава регулисање рађања и усвајање савременог концепта планирања породице. Таква политика може имати за циљ смањивање наталитета и природног прираштаја, што данас преовлађује у свету, а може бити усмерена и на његово побољшање, што је ређе. Може, коначно, бити и неутрална, у демографском погледу, срачуната на постизање здравствених и социјалних циљева.

Третман старења у популационој политици

Иако старосно-полна структура и старење становништва не делују директно на раст и репродукцију становништва као наталитет, морталитет и миграције, већ то чине посредно преко контингента у репродуктивном добу живота и промена у њему, они се ипак сматрају изузетно значајним чиниоцима укупног демографског развоја, са изузетно снажним социјалним и економским импликацијама. Због свега тога, они се не могу мимоићи ни у популационој политици.

Тако већ први међународни документ из ове области „Светски план активности у области становништва” посвећује структури становништва посебан одељак, препоручујући владама да строго воде рачуна о променама у старосној структури. Специфична упозорења владама односе се на импликације младе и старе структуре становништва (Report of the UN, 1975). Десет година касније, у „Препорукама за даље спровођење светског плана”, нашем проблему је поново посвећен специјални одељак. Препоруке се сада односе посебно на омладину и посебно на старо становништво. У вези са оним потоњим, констатује се да се старење становништва јавља као проблем у вези са опадањем фертилитета у развијеним земљама и да „растуће пропорције старих намећу економски терет у вези са националним издацима

за социјалну сигурност и накнаде”. Владе се позивају да потврде своју обавезу за испуњавање „Међународног плана у вези са старењем”, који је усвојен две године раније. Препоручује се да се темељито проучи ситуација старих и да се донесу „одговарајуће мере за обезбеђење благостања и сигурности старих лица, с посебном пажњом за стање и потребе старијих жена” (Report, 1984).

Недавно одржана Европска конференција о становништву ставља проблем у контекст раста становништва и старосне структуре. Упркос постојећим разликама међу конвергентним демографским трендовима у Европи, истичу се веома низак или негативан демографски раст и старење. Старење као да представља главну преокупацију ове конференције, јер му у одељку Извештаја посвећеном препорукама у овом комплексу придаје већи значај него расту становништва. Карактеристично је да су два тематска пододељка извештаја изричито посвећена социјално-економским последицама старења и ресурсима за бригу о остарелима (Report, 1993).

Један југословенски документ из 1975. године у којем је такође, између осталог, усвојена и основа за популациону политику, залагао се за такву политику унапређења здравља која ће убрзати продужавање трајања живота, дакле, поспешити на свој начин и старење. Међутим, уз то је прецизирано да ваља тежити одржавању животних и радних функција у одмаклом добу живота. Како се овај документ залагао за повећање наталитета у подручјима где је био низак и за његово смањење у подручјима где је био висок, може се закључити да у њему није узета у обзир могућност екцесивног старења (Zajednička politika, 1975). Определивши се за слично гледиште, ја сам својевремено сматрао да се између осталих демографских циљева морају одредити и они који се тичу старосно-полне структуре, мада се она не може директно остваривати, већ преко компонената раста становништва (Masura, 1975).

Као што се види, постоје различите могућности да се проблем старења и старог становништва укључи у разматрање популационе политике. Први, превасходно аналитички приступ налаже да се тенденција старења, као и обим и карактеристике старог становништва детаљно проуче, да би се о њима развило неопходно знање и свест. Други приступ инсистира на уочавању социјалних и економских

импликација, с тим да се оне у документу о популационој политици само помену, док би детаљно биле обрађене у посебним документима здравствене, социјалне и друге политике. Трећи се залаже да се, приликом избора циљева, размотре, поред величине становништва, стопа раста, наталитета, морталитета и другог, и старосна структура са одговарајућим променама, и да се усвоје одговарајући циљеви. Овај је приступ, наравно, остварљив само уколико се политика оријентише на усвајање квантитативних циљева у вези са наталитетом, смртношћу, миграцијама и растом становништва.

Проблем старења у перспективи

После онога што је речено, поставља се питање да ли је потребно уводити старосну структуру и старо становништво у сферу популационе политике? Каква би била сврха тога и шта би се тиме добило, а шта изгубило? Одговор на ова питања треба потражити у теоријским аргументима, с једне стране, и у емпиријској демографској ситуацији која може утицати на формулисање политике, с друге.

Ако се популациона политика схвати као она која утиче на раст и друге промене у становништву, како је то изложено у другом одељку, старосна структура и старење не би се могли у њеном оквиру третирати онако како се третирају наталитет, смртност и миграције. Ово из разлога што на раст становништва непосредно утичу три наведене варијабле које се с разлогом сматрају варијаблама динамичких и осталих промена у становништву. Међутим, обе варијабле не делују у демографском вакууму, већ у становништву одређеног волумена и одређене старосне структуре. Волумен становништва има у томе претежно квантитативни значај, док структура садејствује у формирању прираштаја становништва и његових компоненти и у структурним променама. Ако се, дакле, развитак становништва схвати као динамичко-структурни процес, структурни бар уколико се тиче учешћа старосне структуре и промена у њој, онда би и старосна структура и старење имали одговарајуће место у популационој политици. Уколико би се, пак, прихватило ортодоксно становиште о трима варијаблама раста становништва, тада то, наравно, не би било оправдано.

Сврха је укључивање старосне структуре у популациону политику да се ова важна варијабла интегрише у процес проучавања и одлучивања током формулисања политике. Тиме се могу постићи двоструки ефекти. На једној страни, прецизније сагледавање резултата мера којима се утиче на динамичке компоненте раста становништва. На другој страни, могу се формулисати циљеви у вези са променама старосне структуре, што је нарочито важно у раздобљима живих структурних промена и старења становништва. Коначно, укључивање старосне структуре и циљева у вези са њеним обликовањем може, непосредно, помоћи финијем дефинисању квантитативних циљева.

Ако је увођење старосне структуре непосредан допринос прецизности и суптилности формулисања популационе политике, оно у даљој мери компликује материју која је ионако сложена. Не само због тога што се у политички процес уноси нова варијабла, већ и због тога што се са структурирањем динамичких варијабли сложеност повећава. Ова непогодност не мора да утиче на научну и стручну страну припремања политике, уколико се располаже потребним кадровима. Међутим, већ у току расправе политике у скупштини и, нарочито, у представљању јавности циљева и мера, она може доћи до потпуног изражаја.

Када је реч о емпиријској демографској ситуацији Србије и Југославије, она недвосмислено говори за то да се старосна структура уведе у популациону политику и да се на успоравање старења становништва утиче у границама у којима то расположиве мере дозвољавају. Две групе разлога говоре у прилог овог становишта: на првом месту велико убрзање процеса демографског старења, које се може очекивати у предвидивој будућности. На другом месту, разноликост демографске ситуације и апсурдност настављања скорашњих тенденција у будућности.

Недавно објављене пројекције становништва Европске економске комисије (Economic Commission, 1992) неоспорно и без сваке сумње показују да ће се у току следећих тридесетак година старење у Југославији убрзати, са изузетно значајним последицама за старосну структуру, и да ће тај процес тећи брже и коренитије него у Европи и Северној Америци. Подаци који се наводе односе се на Југославију пре сецесије. Међутим, то не утиче на снагу аргумента, поготову због

тога што је развој демографске ситуације треће Југославије неповољнији од оног који је приказан.

Табела 1. Процентуални удео младог и старог становништва у Југославији и Европи са Северном Америком, 1950–2025.

Година	Југославија		Европа и Северна Америка	
	0–14	60+	0–14	60+
1950.	31,1	8,7	27,2	11,6
1960.	30,5	9,8	28,8	12,8
1970.	27,4	12,0	27,3	14,4
1980.	24,8	11,5	23,6	15,2
1990.	22,8	14,5	22,6	16,4
2000.	20,5	17,8	21,7	17,4
2010.	19,4	19,0	20,7	18,5
2020.	18,8	22,3	20,4	21,3
2025.	18,7	23,4	20,3	22,6

Извор: European Commission for Europe, 1992.

Процес старења као да је постао бржи у Југославији већ у шездесетим годинама, али су Европа и Северна Америка, узете скупа, и по стопи младих и по стопи старих биле испред Југославије у старењу. До преокрета долази у деведесетим годинама, тако да се већ за 2000. годину предвиђа да ће стопа младих бити у Југославији мања, а стопа старих готово иста као и у Европи и у Северној Америци. После тога, разлике ће се повећати, што говори да ће старење становништва у Југославији тећи брже од старења у развијеном свету, без Јапана.

Почев од 1970. године, број становника 0–4 година смањивао се, тако да ће ова скупина у Југославији бити нешто мања у 2025. години него у 1950. У развијеном, пак, свету младо становништво почеће се смањивати од 1980, али знатно спорије, тако да ће његов број у 2025. бити већи за око 30% него у 1950. години. На другој страни

старосне пирамиде, становништво старо 60 година и више повећаће се у апсолутном броју на оба подручја. Међутим, на крају 75-годишњег раздобља старо становништво биће веће за 3,4 пута у Европи са Северном Америком, а за 4,4 пута у Југославији. Ови, као и други статистички показатељи показују да је старење становништва у Југославији изузетно брзо, што ставља у први план његове демографске, економске и социјалне импликације.

Али, емпиријска ситуација Југославије није сложена само због велике брзине старења. Њу чине у даљој мери сложеном огромне регионалне демографске разлике, које се одражавају све до садашњег доба. Разлике постоје у свим варијаблама које су до сада разматране и утичу на стварање два типа популације – спорорастућег и брзостарећег, на једној страни, а брзорастућег и изузетно младог на другој страни. Ови су типови, као што је познато, изражени у Војводини и у централној Србији, односно на Косову и Метохији.

Озбиљност садашњег популационог раздобља анализирана је у литератури у више наврата. Међутим, пуни демографски ефекти тог раздобља могу се сагледати само у хипотетичкој ситуацији, која би услове наталитета, смртности и миграција из осамдесетих година пројекцирала у будућност. Такве пројекције припремила је у оквиру једне шире студије др Гордана Матковић. Табела која следи извод је из тих пројекција (Matković, 1992).

Табела 2. Показатељи старења по подручјима, 1980. и 2050. године

Подручје	Старост	1980.		2050.	
		у 1000	% удео	у 1000	% удео
Централна Србија	Свега	5.469	100,0	5.135	100,0
	0–14	1.144	20,9	895	17,4
	60–75	544	10,0	863	16,8
	75+	195	3,0	373	7,3

Војводина	Свега	1.964	100,0	1.841	100,0
	0–14	392	20,0	326	17,7
	60–75	222	11,3	306	16,6
	75+	75	3,8	123	6,7
Косово и Метохија	Свега	1.518	100,0	77.788	100,0
	0–14	644	42,5	2912	37,4
	60–75	77	5,1	983	6,2
	75+	23	1,5	165	2,1

Напомена: константан наталитет, морталитет и миграције
Извор: Matković, 1992.

Подвлачећи поново да се ради о хипотетичким пројекцијама, мора се указати на њихову корисност за оцењивање актуелног популационог тренутка. Ако се компоненте раста становништва не би до 2050. године промениле, у централној Србији и Војводини укупно становништво би се смањило, смањило би се и број становника до 14 година, а јако би порастао број оних у трећем и четвртном добу живота. Остали показатељи говоре о томе да би старење било убрзано и да би у том оквиру растао значај четвртог доба.

На другој страни, становништво на Косову и Метохији доживело би експанзију у свим компонентама. Огромно би нарастао број укупног становништва, као и број младих, док би број старих још брже растао. Па ипак, судећи по стопама младих и старих, процес старења би се налазио у раној фази, јер би одржавању равнотеже у старосној структури доприносио висок наталитет и висок природни прираштај.

Не улазећи у детаљнију анализу ове хипотетичке ситуације, њени се налази морају размотрити и у ширем склопу, о коме је претходно било речи. Очигледно је да је демографска будућност Србије и Југославије оптерећена наслеђем из прошлог и садашњег раздобља и да је бременита не само проблемима који проистичу из великих разлика у рађању и прираштају на појединим подручјима, већ и онима који су у вези са регионално диференцираним старењем становништва. Исто је тако очигледно да се решења проблема из оба комплекса могу

тражити, пре свега, у популационој политици, која би истакла хуманизацију рађања и рационализацију раста и старења становништва. У овој комбинацији динамичких и структурних промена треба, вероватно, тражити смисао популационе политике.

Литература

- Economic Commission for Europe (1992). *Demographic Causes and Economic Consequences of Aging*. New York, 483.
- Zajednička politika dugoročnog razvoja SFRJ do 1985. godine*. Službeni list br. 51, 24. oktobra 1975.
- Lukić R. (1974). *Sociologija morala*. Beograd: SANU, 446–448.
- Matković G. (1992). *Uticaj demografskih činilaca na ponudu radne snage u Srbiji*, doktorska disertacija, Beograd, 232.
- Macura M. (1975). *Komponente populacione politike saobrazne sadašnjim i budućim potrebama Jugoslavije*. Izgradnja društvenih stavova o populacionoj politici Jugoslavije. Beograd, 518–519.
- Macura M. (1983). *Problem humanog u reprodukciji stanovništva*, Zbornik priloga filozofiji i nauci povodom osamdesetogodišnjice rođenja akademika Dušana Nedeljkovića. Beograd: SANU, 221–241.
- National Academy of Sciences (1971). *Rapid Population Growth: Consequences and Policy Implications*. Baltimore, 70–92.
- Report of the United Nations (1975). *World population conference, 1974*, New York, 17–18.
- Report of the World Assembly of Aging (1982). United Nations, Viena.
- Report of the International Conference on Population (1984). New York, 31–32.
- Report, European Population Conference (1993). Geneva, March 22–26, Article 12, 58–63.

IV ПЕРЕВОД

ИЗВЕШТАЈ О ДУГОТРАЈНОЈ ЗАШТИТИ ИЗ 2021. ГОДИНЕ*

1. Скорашње реформе у области дуготрајне заштите: приказ

Последњих година, системи дуготрајне заштите подвргавани су углавном параметарским реформама, тј. променама које су утицале на појединачне аспекте система. Само су Бугарска и Немачка спровеле обухватне реформе социјалних услуга, за које се очекује да ће утицати на бројне аспекте система дуготрајне заштите. Као што ће бити објашњено, неке параметарске реформе могу, међутим, имати снажан утицај на понуду услуга за дуготрајном заштитом, како са аспекта пружаоца тако и примаоца услуга.

Први, највидљивији тренд реформи односи се на унапређење ситуације неформалних неговатеља. Ове мере обухватају увођење или подизање нивоа накнада за неговатеље, повољније услове за остваривање права на социјалну сигурност, мере усклађивања породичних и професионалних обавеза и друге мере подршке (нпр. обуке и услуге предах) за неформалне неговатеље.

Други тренд односи се на побољшање приступа, приушћљивости и квалитета услуга које се пружају у кући. Реформе у том правцу односе се на увођење нових услуга, као и на мере које подстичу интегрисано пружање неге. Потоње се углавном односе на решавање секторских диспаритета између здравствене и социјалне заштите,

* Овај текст је преведен и приређен текст дела „Извештаја о дуготрајној заштити у 2021. години: трендови, изазови и прилике у друштву које стари”, који су сачинили Комитет за социјалну сигурност и Генерални директорат за запошљавање, социјална питања и укључивање Европске комисије 2021. године. Извештај је доступан на <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/484b0ceb-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1/language-en>.

успостављањем структура координисања. Оне такође имају за циљ побољшање локалног и регионалног управљања и подстицање сарадње између различитих пружаоца ових услуга.

Трећи тренд односи се на побољшање приступа, приуштљивости и квалитета услуга домског смештаја. Главни правци реформи крећу се од унапређења услова за остваривање права на домски смештај, правила о његовом плаћању и поделе трошкова за зависне старије особе и њихове породице, до увећања доступности места у домовима. Квалитет домских услуга таргетира се с аспеката установљавања процене квалитета, инструмената за праћење квалитета и обезбеђивање усклађености са нормама које регулишу квалитет.

Четврти тренд односи се на побољшање ситуације професионалне радне снаге у области дуготрајне заштите. Међу најважнијим мерама предузетим у том погледу налазе се увећани новчани ресурси за запошљавање особља, повећање зарада, бољи приступ обукама и побољшање услова рада (нпр. стабилнији уговори).

Све ове реформе ће се наставити и у будућности, са највећом вероватноћом. У неким државама чланицама (Аустрији, Естонији, Француској) разматрају се свеобухватне реформе, за које се претпоставља да ће променити више аспеката система дуготрајне заштите. Друге државе чланице фокусирале су се на специфичне мере побољшања приступа и приуштљивости (Кипар, Данска, Финска, Ирска, Пољска, Словенија), квалитета неге (Кипар, Данска, Финска, Луксембург, Словенија) и јачања привлачности посла (Данска). КОВИД-19 пандемија, која је снажно погодила старије и друге рањиве групе, те указала на важне недостатке и пропусте у системима дуготрајне заштите у многим државама чланицама, највероватније ће подстаћи даље дискусије о реформама, поред већ постојећих дебата.

2. Реформски трендови од утицаја на кључне изазове у системима дуготрајне заштите

Четири кључна изазова са којима се суочавају системи дуготрајне заштите су: приступ и приуштљивост, квалитет, запошљавање и финансирање.

2.1. Реформе које имају за циљ унапређење приступа и приуштљивости дуготрајне заштите

Међу најважнијим мерама су оне које имају за циљ унапређење приступа и приуштљивости дуготрајне заштите. Оне су дизајниране углавном тако да се побољшају приступ и приуштљивост услуга у кући и услуга домског смештаја, као и да се гарантује бољи приступ накнадама намењеним зависним људима, те њихови виши износи.

Реформе накнада у систему дуготрајне заштите односе се на увођење нових накнада, увећање износа постојећих накнада и олакшавање услова за приступ накнадама. Године 2019. Пољска је увела накнаду за одрасле који не могу да живе самостално. Штавише, установљена је дефиниција „немогућности самосталног живота”, заједно са новим правилима процене. У јануару 2020. године Аустрија је увела годишње индексирање накнада за дуготрајну заштиту. Ово је важна промена пошто су до тада накнаде усклађиване на ад хок бази, због чега је њихова реална вредност опадала значајно у средњорочном периоду. Од јула 2019. године у Чешкој Републици увећане су накнаде за персоналну негу најзависнијих група корисника (поред оних у домовима) за 45%. Повољнији услови за накнаде усвојени су и у Немачкој. Од 2017. године право на накнаде у области дуготрајне заштите знатно је проширено (нарочито на особе са деменцијом), док су износи накнада знатно увећани.

Приступ и приуштљивост у погледу домске заштите решавани су проширењем понуде, као и увођењем повољнијих услова и правила за накнаде, те дељења трошкова за зависне људе са њиховим породицама. У Аустрији, од 2017. године, федералне провинције више немају право на приступ имовини корисника домског смештаја или њихових

рођака, наследника или примаоца поклона, ради покривања трошкова неге. Претходно су корисници домског смештаја често остајали без имовине. Слично томе, од 2019. године Немачка је изузела децу – са годишњим бруто приходом испод 100.000 евра – људи којима је потребна нега, од обавезе плаћања трошкова неге, које не покрива корисник неге, без обзира на то где се нега пружа. Штавише, од 2017. године партиципација за људе који добијају домску заштиту више не зависи од степена неге који је неке потребан. Сви у домовима за старије којима је потребна дуготрајна заштита и којима су одобрени виши нивои неге плаћају исти износ партиципације (износ се разликује од дома до дома).

Друге реформе су дизајниране у сврху побољшања инфраструктуре, секторског и територијалног управљања, установа за негу, у сврху побољшања приступа. У 2017. години, у региону Валоније у Белгији, реформисано је законодавство о домском смештају за старије. У питању су правила о дневним накнадама и побољшаном локалном и регионалном управљању, за које се сматра да ће унапредити приступ.

Реформе усмерене према услугама у кући резултовале су новим услугама и накнадама за зависне особе. У неким државама чланицама са најмање развијеним услугама у кући спроведене су неке од најважнијих реформи. У Бугарској су спроведене обухватне реформе сектора социјалних услуга, које су се односиле, између осталог, на иницирање неколико врста социјалних услуга у заједници, на које је право остварило преко 2.000 корисника. У Пољској је спроведен програм који финансира услуге неге у руралним областима и у мањим градовима, локацијама нарочито изложеним депопулацији и старењу услед миграција становништва. У оквиру овог програма, локалне власти могу да одобре субвенције пружаоцима услуга неге у кући, како би запослили професионалне неговатеље током пуног радног времена. У првој години спровођења, једна трећина од 900 општина које су имале право на ове субвенције учествовало је у програму. Румунија је развила националну стратегију промовисања активног старења 2014–2020, која даје приоритет развоју услуга у заједници за рањиве старије људе или оне под ризиком сиромаштва. Друга линија реформи је увећање капацитета јавних услуга у заједници и социјалних услуга у кући, како би се старији подстакли да остану у својим

кућама. Друге државе чланице, чије су услуге помоћи у кући добро развијене, уложиле су напоре у њихово проширивање. Године 2018. Малта је унапредила негу у кући увођењем новчане накнаде за људе који ангажују неговатеља током читавог радног дана, по сопственом избору, како би им помагао у задовољавању свакодневних потреба. У Немачкој, бројним реформама, усвојеним током 2018. и 2019. године, проширене су накнаде, како би се олакшала и подстакла неформална нега, као мера подстицања приуштљивости.

Реформе са фокусом на интегрисаном пружању неге углавном су се бавиле секторским диспаратима између здравствене и социјалне заштите, и то успостављањем структура њиховог координисања. Ове реформе имале су за циљ и унапређење територијалног управљања и унапређење комуникације и сарадње између формалних пружаоца услуга дуготрајне неге, како би се побољшала ефикасност и ефикасност пружања неге. Већ поменута суштинска реформа социјалних услуга у Бугарској имала је за циљ да буде и комплетна промена заштите у заједници и неге у кући: њом се установљава у потпуности нови модел квалитетних интегрисаних социјалних услуга. Очекује се да се као последица ове реформе побољша приступ, нарочито оних који су рањиви. Њом се настоји увођење интегрисане мреже услуга помоћи у кући за особе са инвалидитетом и за старије. Преко 30.000 људи оствариће корист од ове реформе. У Грчкој је 2018. године спроведен програм отварања 150 центара за интегрисану негу старијих, који функционишу као огранци центара у заједници у низу општина у држави. Они обезбеђују информације и подршку услугама неге у кући које се пружају искључиво старијима и координишу постојеће услуге неге – отворених центара за заштиту старијих, дневних центара за старије и програма „помоћи у кући”. У Белгији је спроведен федерални програм унапређења неге људи са хроничним болестима, укључујући старије. Од 2018. године, 12 пројеката је започето на локалном нивоу, у сврху тестирања мера којима се подстиче интеграција неге. Једна од мера, управљање, вођење случаја у кући, има за циљ да унапреди приступ старијих који су изгубили аутономију потребној нези. Поред тога, у Белгији је 2017. године федерална влада Фландрије подељена у „зоне примарне неге” у сврху унапређења управљања услугама у кући. Ове зоне одговорне су за координисање различитих

примарних партнера и партнера у социјалној заштити унутар зоне, а од њих се очекује и да постану централни механизам организовања координације између различитих актера укључених у помоћ у кући.

У Немачкој се оснивају јединице за подршку у заштити које нуде савете и подршку, а које обезбеђују релевантне информације, формуларе и практичну помоћ. У Холандији је 2017. године лансирано неколико програма који су разјаснили како проценити потребе за социјалном подршком (нпр. усамљеност) и који су унапредили интегрисано пружање неге и упаривање потреба за негом. У Финској су 2018. године предузети кораци за унапређење дељења информација о социјалној заштити појединаца у националној архиви и то са установама на нивоу државе, у сврху унапређења вођења случаја.

2.2. Реформе које имају за циљ унапређење квалитета дуготрајне заштите

Реформе које имају за циљ унапређење квалитета дуготрајне заштите у највећој мери фокусиране су на побољшање контроле и праћења. У неким од реформи спроведене су и нове обухватне процедуре процене квалитета или су унапређене административне процедуре или су, пак, повезиване са улагањима у домске капацитете.

Реформе којима се имплементирају нове обухватне процедуре процене квалитета спроведене су у малом броју држава чланица – Бугарској, Финској и Словачкој. Оне су се фокусирале на процену квалитета и у кућном и у домском окружењу. У Бугарској и Словачкој претходно није постојао развијен сет стандарда квалитета за дуготрајну заштиту. Бугарска се сада ослања на лиценцирање пружаоца социјалних услуга и уводи нове стандарде квалитета. Уколико их пружаоци не задовоље обуставља се њихово финансирање. Систем ће пратити новооснована Агенција за квалитет социјалних услуга. Поврх тога, суштински део законодавства је фокус на центрираности ка особи (тј. на процени индивидуалних потреба сваке особе у будућности, у сврху даљег унапређења квалитета услуга). У Финској је 2017. године издата препорука о квалитету, која је дефинисана тако да гарантује квалитетно старење и ефективне услуге за старије којима су оне потребне; она дотиче и квалитет неге, успостављањем InterRAI

система процене (међународног пројекта унапређења квалитета живота рањивих људи кроз систем обухватне процене) обавезним за све институције дуготрајне заштите до 2023. године. Словачка је 2019. године развила национални пројекат „квалитета социјалних услуга”, методологију спровођења захтева у погледу квалитета у сврхе процеса процене квалитета. Циљ је да се обезбеди методолошка подршка и вођство за јавне и приватне пружаоце социјалних услуга, као и за евалуаторе.

Мере јачања контроле и праћења квалитета део су реформских агенди неколико држава чланица – Белгије, Бугарске, Немачке, Данске, Луксембурга, Холандије, Словачке. Данска је 2018. године увела екстерну проверу у општинама, након дебате у којој су изнете тврдње да интерне провере које спроводе општине не морају бити објективне. У Бугарској, нови Закон о социјалним услугама дефинише и регулише нове механизме квалитета и контроле на свим нивоима управљања. У Белгији (у Фландрији), нова одредба из 2019. године дефинише компоненте и функције дуготрајне заштите (и неге у кући). Циљ је да се разјасне цене услуга и да се дефинишу јасни критеријуми квалитета. Исте године су у Валонији побољшани стандарди домског смештаја за старије и ојачани механизми регулације, попут санкција. У Немачкој, која је међу ретким државама чланицама са развијеним оквиром квалитета дуготрајне заштите, унапређено је обезбеђење квалитета у кућним условима, екстерна процена квалитета и извештавање о квалитету. У Немачкој сви домови два пута годишње сакупљају податке који се односе на квалитет за све кориснике, на основу укупно десет индикатора квалитета. У Холандији су спроведене мере које обезбеђују разуман однос цене и квалитета у сектору неге; у питању је помније праћење приватних осигураватеља и пружаоца услуга и у области неге у кући и домског смештаја, као и строжији услови (нпр. забрана дистрибуције профита или посебни захтеви за јавне набавке).

Опсежна улагања у усклађивање са нормама о квалитету такође су предвиђена у сврху побољшања квалитета неге. У Холандији се спроводи неколико амбициозних планова унапређења квалитета домског смештаја, уз велика владина инвестирања у сврху усклађивања са нормама о квалитету. Поврх подстицања запошљавања висококвалификованих професионалаца у области пружања неге, нагласак је

стављен на организационе промене (нпр. мале организације центриране према потражњи, а тиме и према кориснику). Другим реформама настојало се смањење административног оптерећења и убрзање административних процедура.

2.3. Реформе које имају за циљ да одговоре на изазове формалних и неформалних неговатеља

Неколико држава чланица увело је законодавне реформе у циљу унапређења ситуације радне снаге у области дуготрајне заштите.

Неколико мера фокусирано је на запошљавање особља за негу, како би се смањио недостатак запослених у овом сектору. Мере које се односе на запошљавање додатног особља у области дуготрајне заштите и у области кућне и домске неге углавном се односе на увећање финансијских ресурса посвећених запошљавању, као и иновативним мерама усмереним у правцу тога да се професија неговања учини атрактивнијом. У Шведској је, на пример, тако 2015–2018. влада увећала ресурсе за запошљавање новог особља у сектору дуготрајне заштите, чиме се број запослених повећао за око 19.000. У Холандији је у сврху борбе против недостатка особља у овој области, „Агенда за тржиште рада 2023”, заједно са два таргетирана програма, имала за циљ увећање доступности квалификоване радне снаге за рад са старијима. Ови програми промовишу атрактивност сектора кроз кампање имица и низ других мера повезаних са условима рада и обуке. У Немачкој је 2017. године усвојено законодавство којим је повећана атрактивност професије неге за приправнике, тако што се предвиђа да се приправницима плати одговарајућа накнада. Године 2019. релевантни актери у сектору неге договорили су обухватне мере: унапређење обуке за радну снагу; унапређење услова рада и подизање зарада; увођење нових начина унапређења ефикасности и смањење административног оптерећења професионалних неговатеља; и промовисање запошљавања професионалаца у трећим земљама. Први корак у правцу запошљавања већег броја неговатеља, након Закона о јачању радне снаге у области неге, било је отварање нових 13.000 радних места за квалификоване раднике у дуготрајној заштити у области

медицинског третмана у домовима за старије. Поред тога, обезбеђено је финансирање додатних 20.000 радних места за помоћнике у нези у оквиру Закона о унапређењу здравствене заштите и неге. Даљи кораци у установљавању нових и суштински унапређених стандарда за запошљавање очекују се 2020/2021. Јавни напори да се сарађује са трећим државама у области стручне обуке и запошљавања професионалаца у дуготрајној заштити такође су интензивирани, нарочито са Мексиком, Филипинима и Косовом. Трошкове ће сносити јавни фондови за здравствено осигурање. У Хрватској је 2017. године влада лансирала програм, користећи средства Европске уније, којим су подстакнуте могућности запошљавања депривираних жена (нарочито преко 50 година старости) ради пружања неге и заштите старијима и депривираним људима у њиховим заједницама. Године 2020. овај програм опслуживао је 30.000 људи, а запошљавао 6.000 жена.

Спроводе се мере повећања атрактивности сектора дуготрајне заштите кроз више зараде и боље услове рада. У Немачкој су подигнуте плате у сектору дуготрајне заштите, а примена колективних споразума на више различитих облика радног односа у установама дуготрајне заштите може допринети бољим радним условима. Закон о унапређењу зарада у сектору заштите из 2019. године створио је правни основ за унапређење зарада за раднике у сектору неге. Последично, уведене су минималне зараде за квалификоване раднике у сектору неге, а минималне зараде за помоћнике у области неге су повећане (и усклађене су претходно различите зараде између региона). Поврх тога, пружаоци услуга помоћи у кући, као и установе за домски смештај, добијају парцијално финансирање кроз фондове осигурања за дуготрајну заштиту, како би набавили дигиталне и техничке иновације за унапређење услова рада професионалаца у области дуготрајне заштите током периода од 2019. до 2021. године. Кроз неке друге програме доступни су грантови, све до 2024. године, за усклађивање породичних и професионалних обавеза неговатеља. У Чешкој Републици влада је континуирано и знатно повећала зараде радника у социјалном сектору дуготрајне заштите током три претходне године. Јасан тренд раста зарада у сектору социјалних услуга од 2014. године највероватније ће учинити ову професију атрактивнијом. У Холандији је спроведен низ мера 2017. године, укључујући побољшане

услове рада, боље заштићене уговоре (нпр. отворени уговори, флексибилно радно време, одсуство); реорганизацију рада кроз (интер) секторску сарадњу; иновације радних пракси и боље усклађивање понуде и потражње. У Финској су спроведене мере које захтевају више запослених у односу на број корисника, што може такође допринети унапређењу услова рада.

Неке државе чланице спроводе мере за увећање прилика за стицање више вештина у области дуготрајне заштите. У Бугарској нови закон о социјалним услугама уводи право на партиципацију у обуци за запослене у дуготрајној заштити и за запослене који пружају социјалне услуге, као и право на супервизију. На Малти, послови у овом сектору постају атрактивнији кроз обезбеђивање нових прилика за запошљавање на терцијарном нивоу, са лансирањем сертификованих програма обуке за потенцијалне неговатеље. У Шведској је у 2020. години (делимично услед КОВИД-19 кризе) влада представила реформу специфичну за запослене у области дуготрајне заштите. Запосленима у дуготрајној заштити биће нуђена плаћена обука да би постали, на пример, помоћне медицинске сестре. Локалне власти и синдикати договорили су се да додатно нуде стално запослење учесницима ових обука. Очекује се да ће овај програм креирати 10.000 нових радних места на неодређено за помоћне медицинске сестре и за друге професионалце у области неге, те да учини професију неге привлачнијом.

Иако су реформе важан корак у правцу унапређења ситуације професионалаца у области неге, оне се углавном спроводе у државама чланицама које уопштено имају добро развијене секторе неге у кући и домске неге. Реформе нису евидентирани у већини држава чланица у којима постоје озбиљни недостаци професионалаца у сектору неге и много мање развијене области формалне неге (као што су неке јужне и источне државе чланице).

Побољшање ситуације неформалних неговатеља један је од најважнијих трендова. Такве реформе усмерене су према: унапређењу социјалне сигурности неформалних неговатеља, увођењем накнада за негу и одсуства са посла; обезбеђивању бољих механизма усклађивања породичних и професионалних обавеза (нпр. флексибилно запошљавање), унапређењу обуке, психолошке подршке и услуге предах. У Португалији је 2019. године спроведена реформа којом

је неформалним неговатељима дат формални статус. Предвиђено је утврђивање „главних неговатеља”, који пружају негу у континуитету, како би могли да добију накнаду за неговатеље. То је условљено, међутим, следећим: да је неговатељ члан породице и да живи у истом домаћинству као и прималац неге; да не добија никакву накнаду (на пример, по основу рада, пензије или накнаде за незапослене); и да домаћинство у ком неговатељ живи има приходе испод прописаног прага. Овом реформом дата су права и главним и не-главним хранитељима, укључујући право на сакупљање кредита за социјалну сигурност; право на обуку; на праћење, информације и психолошку помоћ; на консултовање о јавним политикама усмереним према неформалним неговатељима; и на периоде предаха. Нови закон садржи и одредбе којима се олакшава усклађивање породичних и професионалних обавеза „не-главних неформалних неговатеља”. Новим мерама ојачано је ослањање португалског система социјалне заштите на неформалну негу. Иако се промовише усклађивање породичних и професионалних обавеза, нови статус неформалних неговатеља обухвата само чланове породице, чиме се искључује нега коју пружају пријатељи или суседи. Горенаведени услови које је потребно испунити у сврху добијања накнаде за неговатеље, укључујући рестриктивну проверу прихода, могу се показати прилично рестриктивнима, чиме би спречили остваривање права на накнаде.

Накнада за неговатеље којом се подржавају активности неговатеља уводи се у неколико држава чланица. У Француској је 2019. године уведена накнада за људе који имају право на неговатељско одсуство. Њена сврха је да подстакне неговатеље да искористе одсуство, које се до тада ретко узимало. У Словачкој је исте године уведена нова социјална накнада за неговатеље у дуготрајној заштити, а по основу болесног члана. Ова накнада се почела остваривати од 2021. године; она представља допуну сличне социјалне накнаде (накнаде за бригу о болесном члану) која је већ и претходно постојала и омогућује људима да брину о члану који је изашао из болнице у лошем здравственом стању или ком је потребна палијативна нега у трајању од максимално 90 дана. Поред тога, у Словачкој је континуирано увећаван износ „накнаде за услуге присуствовања”, која је 2018. године достигла ниво минималне зараде. У Чешкој је нова новчана накнада уведена у јуну

2018. године, како би се побољшала финансијска ситуација породице која свом члану обезбеђује дуготрајну заштиту („накнада за неговатеља у дуготрајној заштити”). Неговатељу се, било да је запослен или samozапослен, надокнађује губитак прихода са посла, услед бриге о члану породице који је отпуштен из болнице и ком је потребно најмање 30 дана додатне неге (до максимално 90 дана). Неговатељи имају и заштиту од отказа.

Увођење неговатељског одсуства у складу са Директивом о усклађивању породичних и професионалних обавеза и побољшање социјалне сигурности неформалних неговатеља налази се на агенди неких држава чланица. Од 2019. године у Бугарској су обезбеђена продужена одсуства за раднике који треба да обезбеде неформалну негу под специфичним условима (укључујући обезбеђивање најмање 50 сати неге месечно или 600 сати годишње). У Аустрији је 2019. године уведено право на неговатељско одсуство, које се односи на компаније са више од 5 запослених (претходно је послодавац морао да се сагласи, што је имало за последицу слабо коришћење овог права). У Хрватској је у мају 2020. године увећана родитељска неговатељска накнада за 62%. У Шпанији је 2019. године поново уведено плаћање кредита за социјалну сигурност од стране државе за неформалне неговатеље, који су признати као неговатељи у индивидуализованим плановима неге.

Периоди предаха, обука и друге услуге за неформалне неговатеље такође су међу скорашњим реформама у неким државама чланицама. У Бугарској нови закон о социјалним услугама уводи услуге подршке и обуке за члана породице који пружа неформалну негу у кући. Штавише, по први пут се неговатељу даје право на периоде предаха. У Пољској је програм услуге предаха спроведен 2019. године. Локалне власти могу да се пријаве за финансијске ресурсе, како би побољшале приступ услугама предаха, што претходно фактички уопште није постојало. Изузев услуге предаха, здравствено образовање и обука предвиђени су за неговатеље деце и одраслих са инвалидитетом, али и старијих. У Ирској је 2017. године спроведен програм обуке и подршке за породичне неговатеље. Овај програм финансира се из неискоришћених средстава са „успаваних” рачуна кредитних институција и

непотраживаних полиса животног осигурања. У Финској је 2016. године увећан број дана одмора за неформалне неговатеље који склопе уговор о неформалној нези са општином на минимално два или три слободна дана месечно. Благостање неговатеља такође је подржано контролисањем њиховог здравља и благостања. Од јануара 2018. године неформални неговатељи имају и право на обуку коју организују општине.

2.4. Реформе усмерене према финансирању дуготрајне заштите

Промене извора или услова за финансирање дуготрајне заштите реализовано је у малом броју држава чланица. У Словачкој су услови повезани са финансирањем социјалних услуга, укључујући услуге дуготрајне заштите, делимично промењени 2018. године. Финансијски доприноси плаћени од стране државе пружаоцима социјалних услуга, додељени у складу са степеном зависности сваког корисника услуге, знатно су увећани а пружаоци морају употребити овај износ за плаћање зарада запосленима. Процењује се да је ова мера обезбедила знатну финансијску подршку за набавку социјалних услуга (нарочито услуга дуготрајне заштите), те да је учинила ове услуге приуштљивијима. У Немачкој су се стопе доприноса за осигурање за дуготрајну заштиту увећале између 2008. и 2018. године, углавном ради финансирања продужетка накнада и увећања броја људи којима је потребна нега. У Румунији су 2020. године усвојени нови трошковни стандарди за све социјалне услуге, укључујући домске услуге и услуге помоћи у кући, како за јавне тако и за приватне пружаоце услуга. У региону Валоније у Белгији реформисан је механизам финансирања домова и установљене дневне накнаде.

3. Планиране реформе и текуће дебате

Неке државе чланице објавиле су планове обухватних реформи, које би утицале на више аспеката њихових система дуготрајне заштите. Оне се односе на приступ, квалитет, финансирање и радну

снагу. Најуочљивији пример је француски план реформи, који је као одговор на КОВИД-19 кризу потврђен као приоритет политике од стране владе у мају 2020. године. У плану је предложено 175 мера које се односе на дуготрајну заштиту, груписаних у три ставке: креирање новог финансијског микса за набавку дуготрајне заштите (спајање издатака за здравствену и за социјалну заштиту у домовима, како би се смањили износи које треба да плате корисници домова), мењање постојећег система финансијске помоћи (нпр. нова накнада за негу у кући); увођење нових услуга у сферу помоћи у кући и домског смештаја и увећање ресурса за даље унапређење статуса неформалних неговатеља. Аустријска влада најавила је суштинску реформу дуготрајне заштите како би се унапредило планирање и координирање на националном нивоу и како би се реформисале финансијске структуре. Специфичне идеје и мере о којима ће бити дискутовано су и даље у почетној фази. Слично томе, у Естонији је 2021. године планирана обухватна реформа система дуготрајне заштите, којом би се успоставила интегрисана дуготрајна заштита, како би се редуковала оптерећеност негом и како би се обезбедила међусекторска понуда, доступност и квалитет људских и породично оријентисаних услуга. У Словачкој се, у складу са владиним планом, планира увођење накнаде за људе којима је потребна куповина услуга неге: накнада би се плаћала директно корисницима и разликовала би се у складу са степеном зависности. Још амбициозније, план је да се установи нови систем дуготрајне здравствене и социјалне заштите, укључујући механизме финансирања, да би се промовисала интегрисана заштита старијих и људи са тешким инвалидитетом. Сличне реформе припремају се у Немачкој и у Финској (развијање кућне неге).

Друге државе чланице намеравају да спроведу реформе са фокусом на приступу и приушћивости, као и квалитету неге. На Кипру се припремају два нова закона, о помоћи у кући и о заштити у заједници, као и о домској и дневној заштити; очекује се да ће дефинисати приближније критеријуме за укључивање формалних неговатеља у професионални регистар, као и да ће реформисати квалификације, тако да постану обухватније и релевантније за модерне захтеве помоћи у кући и домске заштите. У Ирској је увођење „законског основа” – установљавање формалног статуса „неговатеља” за помоћ у кући –

предмет дискусија, као реакција на преиспитивање здравствених и социјалних услуга. Законски основ водио би ка постепеним увећањима финансирања и опсега услуга помоћи у кући, као и ка неким ад хок иницијативама за обуке и подршку за неформалне неговатеље. Финска лансира развојни програм за центре будућности за здравствене и социјалне услуге, који се спроводи од 2020. до 2022. године. У таквим центрима пацијенти имају приступ свим услугама под једним кровом, као што је примарна здравствена заштита, локални социјални рад и услуге помоћи у кући. Овај програм обухвата и развој смерница за кориснике и за услуге, како би се обезбедило координисање подесних услуга и како би се помогло корисницима да приступе различитим органима власти. У ширем контексту, одговорност за организовање здравствених и социјалних услуга преноси се са општина на 22 регионална органа власти у циљу обезбеђивања бољег приступа дуготрајној заштити у руралним областима.

Са енглеског превела и приредила
Наталија Перишић

V ПРИКАЗИ И ПРИЛОЗИ

Радмила Урошевић*

Волонтерски сервис Звездаре

ДЕСЕТИ ДАНИ СЕНИОРА НА ЗВЕЗДАРИ 2021 – „СРЕБРНО СЕЋАЊЕ И КРЕАТИВНОСТ”

Програм „Дана сенио-
ра на Звездари 2021” ре-



ализован је десету годину за-
редом, од 27. септембра до
1. октобра 2021. године.
Циљ манифестације, коју
су организовале Градска
општина Звездара и Волон-
терски сервис Звездаре по-
водом 1. октобра – Међуна-
родног дана старијих, био је
да низом догађаја и актив-
ности афирмише позитив-
ну слику о старењу, старо-
сти и старијим људима, да

негује културу старења, креативне капацитете и могућности сенио-
ра, културу памћења и сећања кроз међугенерациско приповедање и
размене, као и активно старење као социјалну и културну вредност
свих генерација у заједници.

Мото овогодишње манифестације је „Сребрно сећање и креатив-
ност” са садржајима који имају за циљ да илуструју креативне могућ-
ности старијих суграђана и инспиришу их да се социјално укључе,

* radmila.urosevic@zvezdara.org.rs

као добре моделе активације, социјализације и хуманизације свакодневног живота старијих генерација, посебно млађих.

Настављајући праксу започету 2011. године, програм Дана сениора је тематски симетричан садржајима програма Дана европске баштине 2021, чија је тема „Културно наслеђе за све” а који реализује Секретаријат за привреду Градске управе Града Београда.

Током пет дана реализован је низ активности. Тако су се одмах после свечаности отварања манифестације присутни сениори прикључили радионицама – креативној „Поздрав са Звездаре”, на којој су правили сувенире, и радионици психосоцијалне подршке, на којој су исписивали своје поруке на тему „Поносан/сна сам на своје године”. Први дан „Дана сениора на Звездари” завршен је трећом радионицом у том дану – приповедањем уз видео-албум сениора Чедо Вучковића „Звездара које више нема”. Радионица је присутне водила као времеплов у Малој сали Месне заједнице Липов лад, на којој се за 60 минута чула занимљива прича о давној Звездари са доста аутентичних и јавности непознатих детаља и података. Волонтерски сервис Звездаре овом радионицом настојао је да подстакне старије да преносе своје знање, сећања и успомене млађој генерацији на непосредан начин који не може да замени дигитализација. Замишљено је да ова радионица у наредним месецима, у складу са епидемиолошким условима, „на точковима” буде реализована у школама и другим просторима где буде интересовања како би „Звездара које више нема” била сачувана од заборава.

Током другог дана, представници Геронтолошког друштва, др Ирина Џелетовић Милошевић и проф. др Наталија Перишић, представиле су активности ГДС, а учествовали су и представници Удружења пензионера и грађана чије су активности фокусиране на проблеме и потребе старије генерације.

Трећег дана одржана је едукација и радионица по истоименој књизи „Башта у саксији” Славице Ступарушић, новинарке, инжењерке хортикултуре, путописца. Књига је настала као резултат стручног знања и дугогодишњег писања текстова за Политикин додатак „Магазин”, али и десетогодишњег искуства у волонтерској реализацији радионица у Волонтерском сервису са сениорима – „Урбани баштовани” и „Ботаника душе”. Ауторка и радионичарка је на практичан

начин објаснила важну везу савременог човека са природом, посебно у урбаним условима. Свет биљака је лековит и може да буде добар начин социјализације и хуманизације свакодневног живота суграђана свих генерација.

„Старење без аутоцензуре” – јавно читање цитата из књиге Радмиле Пеција Урошевић са циљем истицања важности превазилажења страхова и предрасуда у односу на старост, старење и старије људе, значај отвореног односа према табу темама и личном развоју без обзира колико имамо година, организовано је четвртог дана. Текст су читали Уна Вигњевић, матурант 7. београдске гимназије и два Петра – Рацић и Милуновић, млади глумци Драмског студија Пан театра и бруцоши на студијама глуме. У музичком делу програма учествовали су ученици ОШ „Владимир Ђорђевић” Лена и Маша Оршолић и Михајло Јовић.

Петог дана, на виртуелно путовање у далеку Кину водила је сениорка Бранка Рибар Брајић (72 год), којој се након завршеног двогодишњег курса и научног кинеског језика указала прилика да оствари и други младалачки сан – посетила је Кину. О успоменама, утисцима, пријатељствима и сећању на путовање и боравак у далекој Кини, уз листање фотографија из личне архиве и много емоција, публици је приповедала Бранка, магистар електротехнике у пензији.

Наталија Перишић*

Универзитет у Београду – Факултет политичких наука

INTERNATIONAL JOURNAL OF CARE AND CARING



International Journal of Care and Caring, чији је издавач Policy Press из Велике Британије, представља један од најеминентнијих часописа у области старења и геронтологије.

Неки од најцитиранијих радова из овог часописа, објављени током 2020. и 2021. године, јесу радови чији је предмет проблематика неге и неговатеља, из различитих перспектива.

У раду „Одржива нега: теоријски приступ благостању неговатеља старијих особа” аутори Н. Китинг, А. Мек Грегор и С. Јендл проблематизују тзв. „кризу неге”, под којом подразумевају хронич-

не пропусте система неге и последичне лоше исходе по људе који су упућени на њих. Благостање неговатеља, како неформалних тако и формалних, посматрају кроз три димензије: материјалну, релациону и субјективну, уз представљање доказа о негативним последицама за неговатеље у свакој од ових димензија. Према њиховим налазима,

* natalija.perisic@fpm.bg.ac.rs

негативне последице су знатне у областима материјалног и релационог благостања неговатеља, а интересовање других (и друштва уопштено) за мишљења самих неговатеља о њиховим способностима да живе живот какав желе и какав је у складу са њиховим вредностима је ниско. Аутори сматрају да је разумевање и унапређење благостања неговатеља најважнија ставка одрживе неге. Штавише, они констатују да се благостање неговатеља, као и самих старијих особа којима је потребна нега, мора позиционирати у средиште проблематике и дискусија о њиховом пуном грађанству и капацитетима, који су доступни и свим осталим члановима друштва.

П. Вилис, А. Викери и Џ. Симондс анализирају проблематику усамљености као један од најзаступљенијих изазова код неговатеља. Штавише, у њиховом раду, „Мораш да почнеш нешто да радиш; иначе се никада нећеш избавити”: искуства са усамљеношћу и социјалном изолацијом старијих мушкараца неговатеља”, у фокусу су неговатељи а не неговатељице. На основу 25 интервјуа које су спровели са старијим мушкарцима (68 до 92 године живота), који имају неговатељске обавезе у Енглеској, учили су да се усамљеност посматра више као будући, него као тренутни проблем, с обзиром на то да нега представља брану против усамљености, али и увећава социјалну изолацију. Они наглашавају значај повезаности са другим неговатељима, тј. групом са мушким неговатељима, пре свега са аспекта информација које добијају, али и места за узајамну, афективну подршку, те места за повезивање са другима који се налазе у сличној ситуацији и који могу да понуде емпатичко разумевање. Групе управо нуде предах и смањују социјалну изолацију. Стога је важно узимање у обзир ових налаза приликом креирања програма подршке за неговатеље, са аспекта обезбеђивања флексибилности термина за групе и уважавања тога да мушкарци на неке друге начине имају користи од групе, у односу на жене неговатељице.

Добро аргументоване негативне стране неге представљале су подстицај за А. Пискливеца и друге да, у раду „Позитивни ефекти неге по породичне неговатеље старијих одраслих особа: преглед литературе”, укажу на опречно мишљење. Они су, наиме, прегледали и анализирали 22 студије које су објављене у последње две деценије (тачније у интервалу од 2000. до 2018. године) о позитивним странама неге

о старијим одраслим особама. Раздвојили су позитивне ефекте неге у три групе, тј. посматрали су их са становишта самих неговатеља, њиховог односа са особом о којој брину и њиховог односа са другима. Представили су доказе који указују на то да однос неге представља за саме неговатеље извор личног раста; да неговатељи стичу знања и компетенције; и на крају, стичу смисао сврхе у животу. Када је у питању однос са особом о којој брину, неговатељи постају блискији са њом и задовољни су због тога што осећају да су потребни другоме и што виде да је особа о којој брину растерећена. На крају, у односу на друге, осећају се повезано са њима. При томе, доминирају две врсте везе: са породицом и пријатељима, те са онима који су укључени у негу (здравственим и социјалним радницима и неговатељима).

Позитивни и негативни аспекти неге, из позиције неговатеља, предмет су још једног рада, „Улога субјективног социјалног статуса у добром животу неговатеља особа са деменцијом: налази Програма унапређења искустава са деменцијом и побољшања активног живота” ауторки К. Виктор, И. Рипон, К. Квин и Л. Клер. У њему ауторке преиспитују самопроцену положаја у заједници и друштву у целини коју врше неговатељи особа са деменцијом, те везе са оним што називају добрим живљењем. Резултати њиховог истраживања показују да неговатељи особа са деменцијом сматрају да је њихов положај у друштву виши него у заједници. Њихово субјективно рангирање релативног положаја у заједници и у друштву повезано је позитивно са задовољством животом, благостањем и квалитетом живота. Ауторке су закључиле да су иницијативе које подстичу подршку или укључивање неговатеља у заједницу и у друштво од значаја за подизање самоперцепције социјалног статуса неговатеља и да су у функцији доприношења њиховом капацитету да живе добро.

Субјективна димензија односа у области неге изузетно је важна, констатује С. Ренд у свом чланку „Шта доноси перспектива заснована на исходима у разумевање неге и неговања?”. Међутим, у Великој Британији је развој политика у овој области оријентисан све више према програмима и мерама који се заснивају на исходима и који теже да објективизују негу. Стога ауторка у раду преиспитује домете овог приступа. Она аргументује да најважнији исход према ком треба да буде усмерена политика у области неге јесте квалитет живота, те да

такав приступ може да обезбеди увид у све аспекте неге, као основ планирања и пружања услуга, и то без изношења било каквих моралних исказа о природи или вредности неге и неговања. Занимљиво је да наведено сматра највећом предношћу, али и највећим недостатком овог приступа.

Овде приказани радови само су неки од бројних радова посвећених проблематици која је од великог значаја за Србију. Њихови налази су релевантни за национални контекст. Они указују на низ изазова са којима се суочава и наше друштво у вези са негом, и то на макро, мезо и микронивоу. Тако се, наиме, држава суочава са бројним непознаницама у погледу креирања политике. Организације које пружају негу нису у могућности да осветле низ проблема, а неговатељи и чланови њихових породица немају суштинску подршку која им је потребна. Стога је пажљиво разматрање компаративних искустава и могућности њиховог преношења од великог значаја. Она могу указати на нека опробано добра решења, која се, уз подробно истраживање националног контекста, могу успешно адаптирати.

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.

Категоризацијом домаћих научних часописа за 2020. годину категорисан је као М53 (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. 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 до раду. 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 споменутих категорија и са дужином која прелази наведени обим уколико је рад значајан за развој теорије и праксе у области.
2. Аутори треба да користе слова врсте Times New Roman, ћирилично писмо, величина 12, проред 1,5. Наслове и поднаслове писати величине 12. Наслове наводити у Bold, а поднаслове 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 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. Табеле и графикони треба да садрже број, наслов и извор (све у доњем углу). За електронску форму користити формате jpg, tiff и ai. Уколико је потребно, графичке приказе послати у засебном документу.
9. У раду искључиво користити фусноте (Footnote). Све фусноте пишу се у фонту 10, Times New Roman, проред 1. Приликом писања приказа не користити фусноте.
10. Цитирање се врши навођењем у загради презимена аутора, године и евентуално броја стране, уколико је у питању дослован цитат (нпр: Вуковић, 1998: 2).

11. 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 необјављивани резултати сопствених истраживања научном 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).

У библиографији аутори треба да примењују следећа правила зависно од извора који наводе:

1. Монографије: Презиме аутора, прво слово имена, година издања, назив монографије (*Italic*), место издавања, издавач – Полањи, К. (2003). *Велика трансформација*. Београд: Филип Вишњић.
2. Текстови у тематским зборницима: Презиме аутора, прво слово имена, година издања, назив рада у зборнику, у, прво слово имена уредника, презиме уредника, ур, назив зборника (*Italic*), број страна, место издавања, издавач – Мишчевић, Т. (2009). Преговори Србије и Европске уније за закључивање Споразума о стабилизацији и придруживању, у: С. Самарџић

- (ур), *Србија у процесу придруживања Европској унији* (стр. 147–152). Београд: Службени гласник.
3. Текстови у научним часописима: Презиме аутора, прво слово имена, година издања, назив рада, назив часописа (*Italic*), број тома, број издања, број страна – Видојевић, Ј. (2011). Здравствена заштита у САД: право или привилегија?, *Годишњак Факултета политичких наука*, 5(5), 469–471.
 4. Документи: Назив документа, часопис или гласило у коме је документ објављен (*Italic*), број издања (уколико постоји) – Наредба о забрани посета и ограничења кретања у објектима установа за смештај старих лица, *Службени гласник*, бр. 28/2020.
 5. Докторске и мастер тезе: Презиме аутора, прво слово имена, година, назив тезе (*Italic*), докторска / мастер теза, град, назив универзитета (и факултета), место издавања, издавач – Тепшић, Г. (2011). *Пристап Јохана Галтунга у области решавања сукоба* – мастер теза. Београд: Универзитет у Београду – Факултет политичких наука.
 6. Извор са интернета: Презиме аутора, прво слово имена, година, назив текста (*Italic*), град, издавач (уколико је текст објављен), пуна интернет адреса, датум приступа – Collier, P., Hoeffler, A. (2000). *Greed and grievance in civil war*. Washington: World Bank. Available at: <http://ssrn.com/abstract=630727> (Accessed August 7, 2018)

Изворе у листи литературе наводити по азбучном реду за текстове на српском језику, или по абecedном реду за радове на страним језицима.

СПИСАК РЕЦЕНЗЕНАТА ЧАСОПИСА „ГЕРОНТОЛОГИЈА”

- Проф. др Драгана Динић, Институт за политичке студије – Београд и Висока школа социјалног рада у Београду (пензионер);
- Проф. др Љиљана Манић, Висока школа социјалног рада у Београду;
- Проф. др Наташа Симеуновић Бајић, Филозофски факултет Универзитета у Нишу;
- Проф. др Александра Милићевић Калашић, Градски завод за геронтологију и палијативно збрињавање Београд и Департаман за социјални рад, ФМК, Универзитет Сингидунум;
- Проф. др Драгана Стјепановић Захаријевски, Филозофски факултет Универзитета у Нишу (пензионер);
- Проф. др Драгослав П. Милошевић, Медицински факултет Универзитета у Београду – Катедра за геронтологију; Клиничко одељење за геријатрију „Проф. др Петар Королија” КБЦ „Звездара” Београд, Интерна клиника (пензионер);
- Проф. др Небојша Деспотовић, Клиничко-болнички центар „Звездара” и Медицински факултет Универзитета у Београду;
- Проф. др Дејан Нешић, Институт за медицинску физиологију, Медицински факултет Универзитета у Београду;
- Проф. др Наталија Перишић, Универзитет у Београду – Факултет политичких наука;
- Проф. др Слађана Драгишић Лабаш, Универзитет у Београду – Филозофски факултет;
- Проф. др Мирјана Девеџић, Универзитет у Београду – Географски факултет;
- Проф. др Мирјана Рашевић, Институт друштвених наука и Универзитет у Београду – Географски факултет;

- *Др Јелена Стојилковић Ђатовић*, Универзитет у Београду – Географски факултет;
- *Др Сузана Павловић*, ВИСАН, Висока здравствено-санитарна школа струковних студија;
- *Мр др. мед Ирена Целетовић Милошевић*, Градски завод за јавно здравље Београд;
- *Наташа Тодоровић*, МА председница ГДС, Црвени крст Србије;
- *Проф. др Ана Чекеревац*, Универзитет у Београду – Факултет политичких наука;
- *Проф. др Мира Лакићевић*, Универзитет у Београду – Факултет политичких наука;
- *Доц др Драгана Штекел*, Универзитет у Београду – Факултет политичких наука;
- *Доц др Марина Пантелић*, Универзитет у Београду – Факултет политичких наука;
- *Проф. др Лела Милошевић Радуловић*, Филозофски факултет Универзитета у Нишу;
- *Krasimir St. Vizev Prof. Dr. MD, PhD, DSc* – Vice Dean of the Faculty of Public Health, Head of Department of Preventive Medicine, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia, Bulgaria;
- *Prof. PhD Hristina Milcheva*, Medical Faculty at Trakia University, Stara Zagora, Bulgaria;
- *Dr Sonja Podgorelec*, Institut za migracije i narodnosti, Hrvatska;
- *Prof. dr Dončo Donev*, profesor emeritus, Institut za socijalnu medicinu, Medicinski fakultet – Skopje, Makedonija;
- *Assoc. Prof. PhD Maya Vizeva*, Medical College Medical University – Sofia, Bulgaria;
- *Prof. PhD Vladimir Havinson*, direktor Instituta za bioregulaciju i gerontologiju iz Sankt Peterburga i potpredsednik IAGG.

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 Наталија Перишић. –
Год. 44, бр. 2 (2017)- . - Београд : Геронтолошко друштво
Србије, 2017- (Београд : Чигоја штампа). - 24 cm

Полугодишње. - Је наставак: Геронтологија (CD-ROM) = ISSN 2560-3477
ISSN 2560-5704 = Геронтологија (2017)
COBISS.SR-ID 256026124

