



## ИЗ САДРЖАЈА

- ▶ УТИЦАЈ СТРУКТУРНИХ ЧИНИЛАЦА НА ПРОМЕНЕ ОБРАЗАЦА РАДА ПОВЕЗАНИХ СА БРИГОМ О СТАРИЈИМ ОСОБАМА ТОКОМ ПАНДЕМИЈЕ КОВИД-19
- ▶ МОГУЋНОСТИ ТЕЛЕАСИСТЕНЦИЈЕ ТОКОМ ПАНДЕМИЈЕ КОВИД-19
- ▶ ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА СТАРИЈИХ С ПОСЕБНИМ ОСВРТОМ НА ПАЛИЈАТИВНУ НЕГУ ТОКОМ ПАНДЕМИЈЕ КОВИД-19
- ▶ АКТИВНО СТАРЕЊЕ ТОКОМ ПАНДЕМИЈЕ КОВИД-19

ГЕРОНТОЛОГИЈА  
Часопис Геронтолошког друштва Србије

ГЕРОНТОЛОШКО ДРУШТВО СРБИЈЕ  
GERONTOLOGICAL SOCIETY OF SERBIA



ГЕРОНТОЛОГИЈА 1/2022 – GERONTOLOGY 1/2022

*Часопис Геронтолошког друштва Србије – Review of Gerontological Society of Serbia*

Година **L**

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

**Издавач:** Геронтолошко друштво Србије | **Published by:** Gerontological Society of Serbia  
11000 Београд, Симина 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  
Доц. др Предраг Ерцег  
Асист. др Гордана Михајловић

**Припрема и штампа:** „Чигоја штампа” 2022.

ISSN 2560-5704. – Год 50, бр. 1 (2022)

**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 главне и одговорне уреднице .....	[5–6]
Уводна реч гошће уреднице.....	[7–8]

### I GERONTOLOGIJA I GERIJATRIJA

Душан Мојић УТИЦАЈ СТРУКТУРНИХ ЧИНИЛАЦА НА ПРОМЕНЕ ОБРАЗАЦА РАДА ПОВЕЗАНИХ СА БРИГОМ О СТАРИЈИМ ОСОБАМА У ДОБА ПАНДЕМИЈЕ КОВИД-19: ГЛАВНИ ТРЕНДОВИ У СВЕТУ И У СРБИЈИ.....	[11–36]
Жељка Манић МОГУЋНОСТИ ТЕЛЕАСИСТЕНЦИЈЕ У ВРЕМЕ ПАНДЕМИЈЕ КОВИД-19.....	[37–58]
Милана Љубичић ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА СТАРИХ С ПОСЕБНИМ ОСВРТОМ НА ПАЛИЈАТИВНУ НЕГУ У ДОБА НОВЕ НОРМАЛНОСТИ .....	[59–75]
Слађана Драгишић Лабаш АКТИВНО СТАРЕЊЕ У ВРЕМЕ ПАНДЕМИЈЕ КОВИД-19: КРЕИРАЊЕ НОВИХ АКТИВНОСТИ.....	[77–99]

### II ИЗ УГЛА ПРАКСЕ

Надежда Сатарић, Маја Гајић Квашчев ИСКУСТВА ПИЛОТИРАЊА УСЛУГЕ ДНЕВНОГ БОРАВКА ЗА ОБОЛЕЛЕ ОД ДЕМЕНЦИЈЕ У БЕОГРАДУ.....	[103–122]
---	-----------

### III ИЗ АРХИВЕ ГДС

- Петар Манојловић  
 ХУМАНИЗАЦИЈА УСЛОВА И ПОСТУПКА  
 У ОСТВАРИВАЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ  
 ПЕНЗИОНЕРА И ДРУГИХ СТАРИХ ОСОБА..... [125–141]

### IV ПРЕВОД

- Наталија Перишић  
 WORLD HEALTH ORGANIZATION –  
 DECADE OF HEALTHY AGEING:  
 PLAN OF ACTION..... [145–174]

### V ПРИКАЗИ И ПРИЛОЗИ

- Виолета Марковић  
 КОНФЕРЕНЦИЈА „НАСИЉЕ НАД СТАРИЈИМ  
 ЖЕНАМА У ЈУГОИСТОЧНОЈ И ИСТОЧНОЈ  
 ЕВРОПИ” ..... [179–182]
- Наталија Перишић  
 CHRIS GILLEARD AND PAUL HIGGS – SOCIAL  
 DIVISIONS AND LATER LIFE: DIFFERENCE,  
 DIVERSITY AND INEQUALITY ..... [183–187]
- УПУТСТВО ЗА АУТОРЕ И РЕЦЕНЗЕНТЕ..... [189–192]
- СПИСАК РЕЦЕНЗЕНАТА ЧАСОПИСА  
 „ГЕРОНТОЛОГИЈА” ..... [193–194]

## УВОДНА РЕЧ

Поштовани читаоци, аутори и коаутори објављених радова, пред вама је први број часописа „Геронтологија” за 2022. годину. Његов садржај чине четири научна рада фокусирана на различите аспекте старости и старења, рад из угла праксе, рад који упућује на искуство из прошлости, превод међународног документа, те приказ једне конференције и једне књиге.

Гошћа уредница првог сегмента овог броја „Геронтологије” је проф. др Слађана Драгишић Лабаш са Универзитета у Београду – Филозофског факултета, чија уводна реч следи и која је учинила велику част нашем часопису својим ангажовањем на окупљању реномираних аутора у области старења код нас. Радови представљају осврт на пандемију КОВИД-19 и на различите изазове од значаја за геронтолошку мисао у Србији.

Искуства из праксе и непосредног рада са старијима у овом броју „Геронтологије” пренета су кроз приказ пилотирања услуге дневног боравка за особе које живе са деменцијом у Београду, у организацији НВО „Amity – Снага пријатељства” из Београда. Фокус рада је на представљању сврхе и садржаја услуге дневног боравка, како би се указало на низ изазова са којима се сусрећу чланови породице који брину о особи која живи са деменцијом.

Остваривање права на здравствену заштиту од стране старијих у социјалистичкој Србији, проблеми и препреке на примарном, секундарном и терцијарном нивоу, анализирани су у раду Петра Манојловића из 1987. године. Упркос бројним недостацима на које аутор указује, уочљив је значај који је у том периоду придаван реализацији здравствене заштите старијих, између осталог са аспекта усклађености националне политике са међународним документима, пре свега тада актуелном стратегијом Светске здравствене организације. А тренутно актуелни приступ Светске здравствене организације,

„Декада здравог старења (2020–2030)”, који је преведен у овом броју „Геронтологије”, указује на све важне карактеристике савременог приступа здравом старењу, који су од значаја за старије. Данас се здравствена заштита схвата као тек једна компонента здравог старења, а државе чланице се позивају на низ активности које је потребно спровести у сврху реализације ове агенде.

На крају, садржај овог броја чине и два приказа. Тако су приказани основни налази и закључци конференције „Насиље над старијим женама у југоисточној и источној Европи”, коју је организовао Црвени крст Србије уз подршку Популационог фонда Уједињених нација 10. 1. 2022. године, и књига “Social Divisions and Later Life: Difference, Diversity and Inequality” аутора Криса Гиларда и Пола Хикса.

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*

## УВОДНА РЕЧ

После више од две године од почетка пандемије КОВИД-19 у свету и Србији можемо реалније да сагледамо организацију и функционисање институција у време глобалне кризе, медијско извештавање, организацију рада медицинских установа и *ковид систем*, увођење ванредног стања, потпуно затварање старијих од 65 година... Имамо специфичну ситуацију у којој се глобална криза изазвана пандемијом *поклопила* са временом глобалног старења становништва, што је додатно појачало неједнаку расподелу ресурса и негативан однос друштва према старијој популацији. Данас имамо радове који проблеме старијих у периоду пандемије, и потпуног затварања у неким земљама, посматрају из медицинске, психолошке, социолошке, психијатријске и других перспектива. У текстовима који следе обрађени су друштвени аспекти старења у време пандемије КОВИД-19.

У периоду пандемије међу највеће институционалне проблеме функционисања српског друштва убрајају се проблематични подаци о броју умрлих од КОВИД-19, висок степен заражавања и умирања здравственог особља и заражавања и умирање старијих у колективним центрима за смештај. У време пандемије или друштвене кризе повећавају се и постају све видљивије структурне неједнакости, што се догодило и у случају бриге о старијим особама у многим земљама и у Србији. У мање развијеним земљама уочена је слабија институционална „сигурносна мрежа”, те је брига о онима којима је била неопходна пребачена на чланове породице. Иначе у земљама јужноевропског културног кластера (где спада и Србија) међугенерациска подршка је и даље веома значајна, а посебно су у економији бриге ангажоване жене. Подела бриге са институцијама постаје неопходна у Србији.

Добар пример за то је даљинска кућна нега или коришћење телеасистенције (пружање здравствених услуга помоћу информационо-



-комуникационих технологија – ИКТ), које се показало корисним у време пандемије КОВИД-19, али је непрепознато и недовољно заступљено у Србији. У време пандемије телеасистенција може да олакша или спасе живот здравственом подршком оператера или слањем лекара. У Србији су старији у време пандемије чешће користили ове услуге него раније, и то ради добијања информација о томе када и како могу обавити набавку, о процесу вакцинације, због психолошке и здравствене подршке и повезивања са стручњацима. Чланови њихових породица, посебно они који живе у иностранству, такође су чешће у време пандемије користили ове услуге. Препоручује се имплементација телеасистенције као начин да старији дуже остану у својим домовима, што је корисно и за старије, њихове породице и друштво.

Пандемија КОВИД-19 боље је осветлила снажан ејџизам присутан у мањем или већем интензитету у свим европским земљама и шире, као и у Србији. Указује се на *структурални ејџизам*, препознатљив у политикама, закону, медијима, медицини. *Континуирани ејџизам*, који је био присутан пре пандемије, наставио се у време пандемије, посебно кроз неједнакости у начинима здравственог збрињавања старијих у односу на млађе, а посебно сиромашних старијих. Системска дискриминација старијих у току пандемије била је очигледна у случају интензивне медицинске неге и палијативне заштите. Према подацима истраживања, код једног броја испитаника у време пандемије дошло је до погоршања физичких болести због тешкоћа долажења до лекара и реализовања заказаних контрола. На ментално и физичко здравље такође је негативно утицало потпуно затварање старијих од 65 година, које је процењено као непотребно, увредљиво и штетно. Поседовање личног, материјалног, социјалног и културног капитала неопходно је за активно старење. Старији који су припали овој „повлашћеној групи” у току пандемије успели су да наставе активно старење у прилагођеним кућним условима и чак уведу нове активности. То потврђује њихову резилијентност и оспорава низ претрасуда о старијима, старењу и дискурсу вулнерабилности. Питање за даља истраживања односи се на то како су „прошли” други без свих наведених ресурса.

Проф. др *Слађана Драгишић Лабаш*

---

# I ГЕРОНТОЛОГИЈА И ГЕРИЈАТРИЈА

---



Оригинални научни рад

УДК 364.4-053.9:[616.98:578.834(497.11)]"2020/..."

Рад послат: 10.6.2022.

Рад прихваћен: 16.8.2022.

**Душан Мојић\***

Универзитет у Београду – Филозофски факултет

## УТИЦАЈ СТРУКТУРНИХ ЧИНИЛАЦА НА ПРОМЕНЕ ОБРАЗАЦА РАДА ПОВЕЗАНИХ СА БРИГОМ О СТАРИЈИМ ОСОБАМА У ДОБА ПАНДЕМИЈЕ КОВИД-19: ГЛАВНИ ТРЕНДОВИ У СВЕТУ И У СРБИЈИ\*\*

**Резиме:** У раду се анализирају најважнији утицаји структурних фактора на глобалне и националне трендове промена (на примеру Србије) када је реч о раду повезаном са бригом о старијим особама у периоду пандемије ковида-19. Као кључни глобални фактори у овом погледу се истичу економске трансформације (доминација сектора услуга и апсолутни раст расположивог дохотка за већину људи на свету), демографске промене (старење становништва, поготово у развијенијим земљама) и друштвено-политичке промене (слабљење улога државе благостања). Најважнији национални структурни чиниоци који утичу на промене образаца радног ангажовања повезаних са бригом о старијим особама током пандемије у Србији су друштвено-економски (консолидација капитализма полупериферијског типа), културни (међугенерациска породична солидарност у погледу бриге о старијим особама) и институционални (неадекватност регулаторног оквира функционисања организација за смештај старијих особа и услова рада запослених у њима).

**Кључне речи:** пандемија ковида-19, брига о старијим особама, свет, Србија

---

\* Редовни професор, dmojic@f.bg.ac.rs

\*\* Рад је настао у оквиру научно-истраживачког пројекта *Човек и друштво у време кризе*, који финансира Филозофски факултет Универзитета у Београду.

## 1. Увод

Економија бриге има све значајнији удео у привредама готово свих земаља света. Према проценама Међународне организације рада (МОП), у 2015. години потребу за услугама бриге имало је 2.100.000.000 становништва на светском нивоу, а сматра се да ће до 2030. године тај број достићи 2.300.000.000 (SeCons, UNWomen, 2020: 9). Реч је о процесу који представља саставни део ширих трансформационих друштвених и економских процеса – раста удела сектора услуга у оквиру постмодерних привреда. Но, раст удела економије бриге у највећој мери је условљен економским и социо-демографским чиниоцима, тј. апсолутним растом расположивих прихода све старијег становништва у великом броју земаља.

Наравно, сектор услуга подразумева велику разноврсност и међу друштвеним теоретичарима се он веома разнолико одређује. На пример, Мануел Кастелс (Manuel Castells) указује на пораст и производних и социјалних услуга, наглашавајући пословне услуге у првој категорији и здравствене услуге у другој групи (Kastels, 2018: 353). У овом раду ће наша пажња бити усмерена на услуге бриге о старијима. Конкретније, бавићемо се анализом утицаја структурних чинилаца на најважније трендове промена током пандемије ковида-19 у обрасцима функционисања и рада најважнијих друштвених актера – институција, организација, породица и појединаца (првенствено жена) које брину о старијим особама.

Основна претпоставка рада јесте да се у ситуацијама друштвене кризе (каква је несумњиво пандемија) постојеће структурне неједнакости репродукују и повећавају, и да се то десило и у случају бриге о старијим особама и у Србији и у већем делу света. Посебна пажња ће бити усмерена на анализу (претпостављеног) раста већ снажно присутне родне неједнакости када је реч и о радном ангажовању повезаним са бригом о старијима. Најзад, указаће се и на преплитање/укрштање/појачавање свих поменутих аспеката неједнакости, што драстично погоршава квалитет радног живота и свеукупни друштвени положај одређених категорија становништва (у овом случају, особа које брину о старијим људима у оквиру породица, организација и институција).

## 2. Глобални друштвено-економски контекст у периоду пандемије ковида-19

Иако је пандемија драстично изменила животе готово свих људи на планети, те промене су у великој мери одређене постојећим системским (друштвено-економским) „аранжманима”. Наравно, исто важи и за свет рада, који је нераскидиво повезан са друштвеним системом и његовим битним трансформацијама (Bolčić, 2007: 13). Кастелсовим речима речено, процес рада је у сржи друштвене структуре (Kastels, 2018: 319). Наравно, промене у свету рада у великој мери су зависне од положаја конкретног друштва у оквиру светског капиталистичког система (Wallerstein, 1990), али и од норми и вредности културе конкретног друштва. Начелно, капитализам одликују приватно власништво над средствима за производњу, профит као кључни подстицај, слободно надметање у настојању да се обезбеде јефтине сировине и радна снага, те продаја роба и услуге на тржишту и непрестана експанзија и инвестирање ради акумулације капитала (Giddens, Sutton, 2013: 838). Капитализам се показао као најдинамичнији друштвено-економски систем у историји који је успео да преживи бројне кризе, истовремено мењајући своје појавне облике.

Поред несумњиве чињенице да живимо у капитализму, последњих деценија се најчешће истиче да живимо (и) у постмодерном добу. Као један од најважнијих чинилаца наведене друштвене промене наводи се технолошки развој који је трансформисао природу економске производње, првобитно у најразвијенијим привредама, а данас се може рећи у већем делу света (Aleksanderetal. 2020: 20). Као што је већ истакнуто, економска активност се све више концентрише на нематеријална добра (услуге) уместо на производњу. Промене образаца запослености доводе до све веће диференцијације класне структуре и пораста нивоа благостања у најразвијенијим земљама света. Технолошке и економске промене све више омогућавају рад од куће. Наравно, у условима пандемије тај облик радног ангажовања доживео је очекиван и логичан „бум”. Но, „друга страна медаље” односи се на повећано оптерећење које доноси рад од куће (а чији важан део представља брига о старијим члановима домаћинства). О томе ће (између осталог) бити речи у овом тексту.

Но, глобализација (друштвена, економска, политичка и културна) такође представља један од најснажнијих чинилаца системских промена последњих деценија, а самим тим и стварања нових могућности (али и наметања нових ограничења) за делање појединаца и друштвених група. Овај процес (глобализација) односи се на чињеницу да су „појединци, предузећа, групе и државе постале све више међузависне унутар глобалне заједнице” (Giddens, Sutton, 2017: 127). Глобализација је драматично убрзала друштвене промене за готово целокупно човечанство, доносећи несигурност за данашње и наредне генерације као никада пре тога. Пандемија ковида-19 (са глобалним последицама) само је најновији (и веома убедљив) доказ да живимо у глобалном ризичном друштву (Bek, 2001).

### 3. Промене у свету рада под утицајем пандемије

Нови (глобални) ризици данас прате људске животе у свим областима, укључујући и сферу рада. Искљученост са тржишта рада, несигурност запослења, смањени приходи од рада, различити облици неједнакости, сиромаштво и социјална искљученост као (првенствено) последица немогућности радног ангажовања (тј. стицања прихода од рада који би омогућили иоле сигурну егзистенцију) представљају значајан део тих нових ризика. Сви ти ризици се драматично увећавају у кризним ситуацијама, поготово у глобалној кризи каква је пандемија ових размера. У овом раду ћемо анализирати нове ризике које је донела глобална пандемија за раднике у сектору економије бриге – конкретније особе које брину о старијима.

Када анализирамо промене у сфери рада, највише пажње морамо обратити на промене доминантних актера, друштвених односа, технологије и организације рада, па и промене самих производа или услуга на чију производњу/пружање највише утицаја има људски рад (Bolčić, 2007). Гиденсова теорија структурације (Giddens, 1984) представља добар оквир за разумевање делања појединаца и група у савременом свету (укључујући и свет рада) и промена које се у том погледу дешавају. Иако појединци у савременом друштву имају несумњиво веће могућности да утичу на своје животе него што је то случај са

традиционалним друштвима, раније помињани нови ризици ипак доносе и раније непознате несигурности. Један од таквих ризика односи се и на друштвени и културни притисак да активно планирамо своје „егзистенцијалне пројекте” и то у друштвима у којима имамо драматично увећане неједнакости када је реч о расподели капитала (економског, социјалног, културног). Такве увећане неједнакости у бројним земљама света најчешће су праћене и знатним слабљењем функција државе благостања и институционалне „сигурносне мреже”. Самим тим се поменути несигурност (а и свеукупна друштвена неједнакост) индивидуализује (Веј, 2001), првенствено путем институције тржишта рада на којој се сусрећу тражња и понуда рада. Терет кривике се готово искључиво пребацује на појединце због њиховог недовољног образовања, „предузетничког духа”, залагања, мотивације, посвећености, итд.

Масовна незапосленост се у условима индивидуализације намеће људима као терет личне судбине. Она их више не погађа друштвено видљиво и колективно, него је специфична за одређене фазе живота. Они који су њом погођени морају да изађу на крај сами са собом... Референцијална јединица, коју погађа гром (незапослености и сиромаштва), није више група, класа, слој, него појединац на тржишту у његовим посебним околностима (Веј, 2001: 154–155).

Такви наративи „заборављају” на податке о структурним друштвено-економским трансформацијама последњих деценија које су измениле и савремене обрасце запослености и каријерних путања. Термин економија знања можда и најбоље описује (пре)наглашавање (па чак и идеолошко оправдавање) нових неједнакости на тржиштима рада, а тиме и у друштвима у целини. Као сектори засновани на знању највише се помињу информационо-комуникационе технологије, образовање и усавршавање, истраживање и развој, те финансије и инвестиције. Ови сектори подразумевају не само виши ниво формалних образовних квалификација, него и тзв. целоживотно учење. На тај начин се „кривица” за неуспех у таквој привреди и друштву индивидуализује, тј. пребацује на све оне појединце који се на тржишту рада (и у својим „егзистенцијалним пројектима”) нису прилагодили новим изазовима и захтевима које намеће економија знања.



Но, чак и у поменутиим секторима сигурност запослења није више загарантована и све чешћи је привремени и повремени рад, рад по уговору, рад са краћим радним временом и слично. Иначе, улога ових флексибилних облика радних ангажмана углавном се позитивно оцењује, поготово када је реч о женама и „помирењу” њихових приватних и професионалних обавеза (у условима још увек неједнаке расподеле неплаћених послова у домаћинству). Но, пандемија је поново указала на поменуте структурне неједнакости тиме што их је знатно увећала и учинила још видљивијим (барем за објективне истраживаче).

Није претеривање оцена да је пандемија ковида-19 „окренула свет рада наопачке” (United Nations, 2020: 2), будући да је имала (и у одређеној мери још има) драматичне последице на рад, животе и свеукупно благостање радника и њихових породица широм света. Тај утицај је био углавном путем предузећа (поготово малих и средњих), чије је пословање било знатно угрожено. Велики број њих је престао да постоји, што је довело до губитка великог броја радних места и радних сати. Наравно, поједини сектори привреде доживели су значајан пораст пословања и прихода (првенствено они који су могли своју активност обављати онлајн). Но, глобално посматрано, милиони радника су остајали без посла и прихода, с тим што су поново жене угрожене због своје концентрације у секторима који су били више погођени ограничењима. И у овом погледу се показује значај структурних чинилаца пошто су актери на тржишту рада чија позиција је била несигурнија и неповољнија и у пандемији искусили знатно теже последице.

Неформално запослени су се на глобалном нивоу суочили са губитком прихода од 60% у првом месецу кризе изазване пандемијом. Више од 40% младих је било запослено у секторима привреде који су били најтеже погођени кризом. Жене су такође знатно чешће радиле у привредним секторима који су доживели драматичан пад активности – услугама, туризму и хотелијерству. Пад запослености у предузећима за жене је значио и (још) веће ангажовање у сектору неплаћеног кућног рада, укључујући и бригу о старијим члановима породице (United Nations, 2020: 2).

Последице ових неповољних економских кретања по конкретна друштва и појединце у њима зависиле су и од другог типа структурних чинилаца – државне институционалне подршке и владиних

интервенција. Очекивано, становници земаља у развоју суочили су се са већим потешкоћама и ризицима због слабије развијене (или готово непостојеће) институционалне „сигурносне мреже”.

Какав је (прецизнији) биланс света рад у доба пандемије? Првенствено је реч о губитку радних места и сати рада, прихода од рада и, последично, драматичног пораста несигурности и тешкоћа за бројне појединце и чланове њихових породица у целини. У 2020. години (у односу на предкризну 2019) забележен је глобални губитак од 114.000.000 радних места. За разлику од ранијих криза, неповољни економски услови довели су углавном до повлачења са тржишта рада, тј. преласка у неактивност 81.000.000 људи (у односу на 33 милиона оних који су изгубили посао али се нису повукли са тржишта рада) (ILO, 2021: 2). У овој кризи је глобална стопа учешћа радне снаге на тржишту рада пала за 2,2%. Поређења ради, навешћемо да је тај пад у време претходне светске економске кризе (2008. и 2009. године) био само 0,2%. Наравно, и у овом погледу су присутне знатне разлике између различитих сектора привреде, као и између различитих земаља и региона.

Важан аспект је и брзина и степен опоравка привредних активности након првих кризних месеци (а тиме и запослености, радних сати и прихода од рада). Иако је у том погледу било позитивних помака, опоравак у погледу броја радних сати је стагнирао 2021. године. На пример, током трећег тромесечја 2021. године број радних сати на глобалном нивоу је још увек био 4,7% нижи од броја радних сати током последњег тромесечја 2019. Тај губитак радних сати био је једнак губитку од 137.000.000 радних места (ILO, 2021a: 1).

Глобална слика (као и обично) и у овом погледу показује велику несразмеру између развијенијих и мање развијених земаља. У овој кризи то је додатно оснажено и доступношћу вакцина и обухватом вакцинације, као и фискалним интервенцијама у развијенијим државама. Када је реч о рањивим категоријама у погледу глобалне запослености, жене, млади и радници са нижим нивоом квалификација (формалног образовања) су били најугроженији. На пример, пре кризе изазване пандемијом жене су имале удео од 38,9% у укупној запослености, али је њихово учешће у губицима радних места у 2020. години износило 47,6%, што значи да су и у овом погледу у знатно неповољнијем положају (ILO, 2021a: 9).

Логично и очекивано, последица губитка радних места и радних сати јесте и глобално смањење прихода од рада. У четворогодишњем периоду пре пандемијске 2020. године реални пораст прихода од рада био је између 1,6% и 2,2%. Године 2020. забележен је пад прихода од рада од 8,3%. У прва два тромесечја тај пад се наставио, али је био нешто блажи – 5,3% (ILO, 2021b: 12). Поново су у том погледу најугроженије жене, млади и радници са нижим квалификацијама. Када је реч о регионалним разликама (које су такође веома изражене), највећи пад прихода од рада забележен је у Северној и Јужној Америци и у Африци.

Трендови у Србији када је реч о губитку радних места, радних сати и прихода показују сличности, али и извесне разлике у односу на светске токове. Додатни проблем у сагледавању трендова на тржишту рада представља промена методологије 2021. године у Анкети о радној снази (АРС) Републичког завода за статистику Србије, чиме поређења са трендовима из ранијих година постају беспредметна. Но, подаци из 2020. године указују на релативно благи пад стопе запослености и пораст незапослености. Први на удару кризе били су неформално запослени радници: просечан број неформално запослених у 2020. години износио је 474.000, док је у 2019. години био 529.000, што је смањење од 10,5%. Јасно је да су се послодавци прилагођавали кризи првенствено отпуштањем радника који нису били формално запослени (Arsić, Anić, 2020: 22).

Занимљиво је да је у Србији почетком 2020. године већи пад активности и запослености забележен међу мушкарцима него међу женама. „Контингент активних мушкараца смањен је за 60.400 лица (-3,3 процентна поена), а контингент активних жена за 4.100 лица (-0,3 п.п.). То значи да су се ова лица искључила из групе запослених и незапослених и прешла у неактивна лица, односно она која нити су обављала било какву активност (формалну или неформалну), нити су тражила запослење. Контингент запослених мушкараца смањен је између два квартала за 58.400 лица (-3,6 п.п.), а жена за 2.500 лица (-0,2 п.п.). Истовремено, смањен је и број незапослених лица и међу женама (за 1.700 лица, или -1,1 п.п.) и мушкарцима (за 2.100 лица, или -1,3 п.п.). Највећа промена и родна разлика забележена је у контингенту неактивних лица, јер код жена, код којих је иначе више неак-

тивних лица, није дошло до промене (повећање од 200 неактивних лица је занемарљиво), док је код мушкараца дошло до повећања контингента неактивних лица за 56.900 лица, или 5,4 процентних поена” (SeCons, UNWomen, 2020a: 13). Наведене трендове покушаћемо да објаснимо у наставку рада (а повезани су првенствено са већим радним ангажовањем у сектору економије бриге у условима пандемије).

#### **4. Утицај структурних фактора на промене радног ангажовања повезаних са бригом о старијим особама у време пандемије**

##### **4.1. Актери бриге о старијим особама**

Промене у оквиру економије бриге (укључујући и бригу о старијим особама) део су ширих глобалних друштвено-економских трансформација последњих деценија. Раније помињана флексибилизација рада једна је од најважнијих карактеристика тих трансформација. Иако има важне позитивне стране (повећана конкурентност предузећа и појединаца на тржишту рада), флексибилност радног ангажовања има и јасне и значајне негативне аспекте, поготово за рањиве категорије на тржишту рада. Жене су у том погледу у знатно неповољнијем положају од мушкараца пошто знатно чешће обављају повремене, привремене и послове са скраћеним радним временом. Самим тим се додатно репродукују постојеће родне неједнакости на тржишту рада, па и свеукупне економске и друштвене неједнакости (Smithetal., 1998: 35). Генерално, када је реч о родним неједнакостима последњих деценија, опажају се значајне промене, али и репродуковање већег броја неједнакости, као и појава нових облика неједнакости (Бабовић, 2010: 299).

Ипак, важан аспект поменутих неједнакости представља и даље неједнако родно оптерећење радом у кући и бригом о другим члановима породице (поготово старијим и болесним). Знатно већи део послова повезаних са бригом о другима обављају особе које за то нису плаћене, првенствено жене и девојчице из друштвено депривилегованих група. Процењује се да жене и девојчице обављају више од три четвртине неплаћеног посла повезаног са бригом о другим особама,

као и да две трећине запослених у економији бриге чине жене (ILO, 2018: v). Обављање неплаћених послова бриге о другима у знатној мери онемогућава улазак на тржиште рада онима који га обављају, али у великој мери утиче и на услове рада целокупног сектора бриге о другима. Овај круг сачињен од неплаћене бриге о другима, плаћеног рада и плаћене бриге о другима такође утиче и на пораст родних неједнакости када је реч о плаћеном раду изван економије бриге, али и на обрасце родне (не)једнакости унутар домаћинства, као и на могућности жена и мушкараца да за себе обезбеде неплаћену бригу од стране других чланова породице (ILO, 2018: xxvii).

У уводу рада су наведени кључни колективни и индивидуални актери који пружају бригу старијим особама: институције, организације, породице и појединци (првенствено жене). Кастелс под институцијама подразумева „организације којима су дата неопходна овлашћења да обављају одређене задатке у име друштва као целине”, док организације дефинише као „системе средстава оријентисаних ка произвођењу учинка у постизању одређених циљева” (Kastels, 2018: 256). Из поменутих одређења јасно је да су институције које нуде услуге бриге о старијим особама у већини земаља света углавном у јавном власништву (оснивају се на нивоу целе државе или локалних самоуправа на различитим нивоима).

Наравно, број и капацитети таквих институција варирају од земље до земље (или региона до региона, пошто се могу издвојити кластери земаља које имају сличне институционалне праксе). У ширем смислу се може говорити о три доминантна режима када је реч о услугама социјалне заштите (што укључује и бригу о старијима) – социјално-демократски, конзервативно-корпоративни и либерални режим (Giddens, Sutton, 2017: 548). Први систем је карактеристичан за скандинавске државе, други за Француску и Немачку, док су Сједињене Америчке Државе представник либералног режима у којем се услуге социјалне заштите (укључујући и смештај за старије) преваходно купују на тржишту. Но, тренд (нео)либерализације и нестанка бројних функција државе благостања је све присутнији последњих деценија и принцип понуде и тражње постаје све доминантнији и у овој области. Наведене услуге се све више комодификују (препуштају тржишту), чак и у некадашњим државама благостања.

То нас доводи до другог колективног актера – организације. Оне су у приватној својини и одговор су на повећану тражњу за услугама смештаја старијих особа последњих деценија у већини (поготово) развијенијих земаља света. Узрок су, наравно, демографски чиниоци, тј. готово драматичан пораст удела старијег становништва (и у свету и у Србији) (Bobić, 2013). Високе цене таквих услуга сведоче да тражња и даље превазилази понуду, како у свету тако и код нас. На пример, просечна годишња накнада за такав смештај превазилази просечне приходе породице у САД (Last Week Tonight with John Oliver, 2021).

Систематских података о цени смештаја у домовима за старије на нивоу Србије нема (колико је нама познато). Но, најобичнија претрага на Интернету по одговарајућим кључним речима даје велики број „погодака” или понуда за смештај старијих особа. Углавном цене нису објављене, него се таква информација даје „на упит”. Но, летиличан преглед прве странице коју нуди претраживач показује да такав смештај износи најмање 400 евра па навише (Staracki domovi – сеповник, 2022). Наравно, највећи број тих домова је у Београду, тако да закључивање о ситуацији на нивоу целе Србије није могуће без истраживања. Неуређеност тржишта бриге о старијима у Србији у највећем је последица (најблаже речено) потпуно неуређеног институционалног оквира (Мојић, 2021). Подаци о цени смештаја у приватним организацијама овог типа код нас такође сведоче да је реч о износима који углавном превазилазе реалне финансијске могућности породица чији одрасли чланови имају примања близу просека. Наравно, систематски подаци о томе не постоје и овај правац истраживања би био веома занимљив и у научном и у практичном погледу.

Убрајање породица у колективне актере који брину о својим старијим члановима може донекле бити непрецизно, пошто у том погледу постоје јасне родне разлике у степену радног ангажовања у обављању таквих активности. Жене и девојчице много више и много чешће брину о старијим члановима породица. Даље, раније помињање недовољне и неефикасне институционалне мреже у погледу бриге о старијим особама има своје делимично објашњење и у културним чиниоцима. Наиме, наша култура се у одређеним аспектима може сврстати у јужноевропски културни круг или кластер (Италија,

Шпанија и Грчка), у којима породица има улогу сигурносне мреже и за млађе и за старије генерације (Ignjatović, 2009). У складу са тим, међугенерациска солидарност подразумева подршку млађим породичним члановима у транзицијама у одраслост, док старији чланови породица могу рачунати да ће млађи бринути о њима. Наравно, и ови обрасци се мењају, али таква врсте међугенерациске подршке још увек је присутнија у нашој (и наведеним) културама него у англосаксонским или германским културама (на пример).

Наравно, конкретан рад обављају конкретне особе и то важи и за институције и за организације и за породице. Већ је речено да су жене натпропорционално заступљене у економији бриге и у свету и у Србији. И овде су (наравно) на делу културни чиниоци, првенствено посредовани процесом примарне (нарочито) и секундарне социјализације. Друштво и култура још увек претежно женама намећу експресивну улогу бриге о осталим члановима породице (укључујући и старије). Појам друштвене улоге добро објашњава обрасце родне неједнакости када је реч о економији бриге. У случају институција и организација говоримо о радној улози и плаћеном раду, док је брига у осталим члановима породице најчешће неплаћени рад. Но, о томе ће више бити речи у наредним деловима рада.

#### ***4.2. Утицај структурних фактора на промене радног ангажовања повезаних са бригом о старијим особама у време пандемије: свет***

У току пандемије вируса корона појавиле су се и нове разлике и неједнакости у свету рада. Популарно (и у великој мери тачно) објашњено, основна подела је настала на повлашћене (који су могли да раде онлајн, од куће) и остале који су (ако су имали среће да задрже посао) морали да путују у условима значајних рестрикција јавног превоза. Појам есенцијалних радника осмишљен је да истакне важност појединих сектора привреде и радника у њима (*The Plight of Essential Workers during the COVID-19 Pandemic*, 2020), али се може схватити и као идеолошко оправдање нових неједнакости у свету рада. И у оквиру запослених у економији бриге појавила се таква подела: док су запослени у просвети (учитељи, наставници и професори) углавном

могли да раде од куће, ту могућност свакако нису имали запослени у здравству и запослени у сектору бриге о старијим особама.

Наравно, тешкоће са којима су се у пандемији суочавали запослени у медицинским институцијама неупоредиви су са било чим у свету рада последњих година. Физичко и психичко оптерећење на раду, могућност заражавања и умирања, недостатак заштитне опреме и/или њена неадекватност, све су то драматичне околности у којима су они обављали своје послове (*The Plight of Essential Workers during the COVID-19 Pandemic, 2020*). Но, и брига о старијим особама донела је бројне изазове и тегобе. Старије доба (природно) подразумева и бројне и озбиљне здравствене тегобе и болести, али и осећај друштвене искључености и изолованости. У време пандемије ти изазови су драматично увећани. Управо је заражавање старијих особа у колективним центрима за смештај један од глобално најтрагичнијих догађаја, чије размере вероватно још увек не можемо у потпуности да сагледамо.

Ипак, да за почетак наведемо примере добре праксе у овом погледу: у ту категорију се може сврстати институционални и организациони одговор земаља и области Источне Азије. Хонг Конг на почетку пандемије није забележио ниједан смртни случај међу корисницима оваквих центара (*Booth, 2020*). Сличне податке наводе и истраживања начина функционисања домова за старе особе у Кини (*Liang, Xu, 2021*). Но, бројна су и супротна сведочанства широм света.

Шведски модел борбе против пандемије изазвао је бројне и озбиљне расправе у стручној и широј јавности, како у тој земљи тако и широм света. Но, заражавање и умирање старијих особа у колективним центрима неоспорно представља један од највећих и најтрагичнијих институционалних пропуста у овој земљи. Последице су биле катастрофалне: корисници домова за старије чинили су половину умрлих од короне у овој земљи у првој години пандемије. Но, ако је за (делимичну) утеху, шведска влада је у свом извештају признала да домови за старе нису били довољно припремљени за пандемију, управо због институционалних недостатака који су се могли (и морали) предвидети (*Prodanović, 2021*). Ово показује слабљење функција државе благостања и неприпремљеност институција чак и у земљи која



је пример социјално-демократског режима социјалне заштите и бриге о старијима.

Са друге стране, ни либерални режим у којем се услуге социјалне заштите (укључујући и смештај за старије) (скупо) плаћају на тржишту није био много успешнији у овом погледу. Према подацима са почетка пандемије из САД, укупно 27% преминулих од вируса ковид-19 чиниле су старије особе из колективних центара за смештај, што је катастрофалан и трагичан показатељ организационих пропуста у функционисању овог типа приватних организација (Last Week Tonight with John Oliver, 2021).

Површан аналитичар оваквих пропуста би одмах окривио заплене у институцијама и организацијама које пружају овакве услуге, али социолошка анализа мора превасходно да понуди структурна објашњења. Та структурна објашњења морају да укажу на карактеристике контекста (правног, политичког, економског, технолошког, друштвеног, културног) у којем помињани актери пружају такве услуге. Овде ћемо се бавити првенствено друштвеним аспектом тог контекста, тј. ситуацијом на тржишту рада и свеукупним друштвеним положајем особа које најчешће брину о старијима. Тај положај се у највећој мери може описати као прекаран, дестандардизован, нестабилан, повремен и привремен (Hrženjak, 2017). Поред општих (и уобичајених) чинилаца прекарнизације рада (флексибилизација рада због глобализације и потребе за већом компетитивношћу, тј. мањим трошковима рада за предузећа, карактеристике постиндустријске услужне економије, итд.), различити привредни сектори имају своју специфичну „логику функционисања” који подстичу прекарност радног ангажовања. Економија бриге, а посебно брига о старијим особама представљају управо такве привредне секторе. Слабљење функција државе благостања „погурало” је већи број радно ангажованих у оваквим активностима ка тржишту и неформалном ангажовању, а тиме их довело у тежи и углавном незаштићен положај.

Посебно је то случај у појединим постсоцијалистичким земљама које се могу сматрати трансформационим „губитницима” из различитих разлога (у које се може сврстати и Србија и неколико других бивших југословенских република, између осталих). Њихове институционалне мреже подршке далеко заостају за оним земаља Европске

уније (на пример). Решење за снажење те мреже могло би се пронаћи у успостављању новог извора финансирања дугорочне бриге о старијима у виду обавезног осигурања за такав вид бриге. На тај начин би се омогућила мрежа јавних институција овог типа која би за запослене у њима значила и сигурније и стабилније услове рада, а за кориснике оваквих институција приступачније професионалне формалне услуге. „Већа доступност и приступачност јавних услуга бриге о старијима би смањиле потражњу за прекарним неформалним услугама и у исто време би омогућиле значајнију дефамилијаризацију бриге о старијим особама, што је, поред осталог, неопходан предуслов већег учешћа жена на тржишту рада” (Hrženjak, 2017: 14). Наравно, остаје отворено питање могућности становништва земаља са релативно ниским расположивим дохотком (попут Србије) да плаћа још једну врсту осигурања. Но, о томе ће (као и о другим структурним чиниоцима повезаним са радом у сектору бриге о старијим особама) бити речи у следећем делу рада.

#### ***4.3. Утицај структурних фактора на промене радног ангажовања повезаних са бригом о старијим особама у време пандемије: Србија***

У претходном делу рада је наведено да је у првим месецима пандемије у Србији пад запослености жена био много блажи у односу на пад запослености мушкараца. Разлог за то се може првенствено пронаћи у чињеници да су сектори у којима жене чине већину били од посебног значаја током економије („есенцијални сектори” и „есенцијалне раднице”). То се првенствено односи на здравствени сектор, али и на сектор бриге о старијим особама. Но, потребно је подсетити да у овом погледу ни жене ни мушкарци нису хомогена категорија и да су различити сегменти унутар женске и мушке радне снаге били на различите начине погођени пандемијом и мерама (или одсуством мера) Владе Србије (SeCons, UN Women, 2020a: 13).

Жене чине више од три четвртине сектора здравства и сектора бриге о старијим особама у Србији (прецизније 76%) (ILO, 2020: 32) и заиста се може рећи да су поднеле енорман терет додатног радног ангажовања током пандемије. Уз то је потребно подсетити на повећан обим послова у домаћинству и бригу о члановима породице (укљу-

чујући и старије), иако су такве послове оне и пре кризе претежно обављале (SeConS, 2020).

У каквим институционалним околностима су се радно ангажовале особе у Србији које брину о старијима (што је првенствено у жижи нашег интересовања у овом раду)? Пре свега се може донети закључак о првобитном несналажењу (најблаже речено) на почетку пандемије у разним аспектима институционалног (не)поступања, да би се касније могло говорити о неодговорности, немару, неспособности, итд. Наравно, било је и добрих институционалних (пре ванинституционалних) реакција. Набавка већег броја различитих вакцина једна је од њих, упркос готово потпуне нетранспарентности и цена коштања и начина прибављања тих вакцина (да не улазимо у проблем недовољног обухвата вакцинацијом који је и глобални, али и национални проблем раста ширег неповерења грађана у институције).

Шире посматрано, међу највеће институционалне проблеме функционисања српског друштва у периоду пандемије могу се (између осталих) убројити проблематични подаци о броју умрлих од ковида-19, висок степен заражавања и умирања здравственог особља и заражавање и умирање старијих у колективним центрима за смештај. Наравно, већина институционалних мера и поступака заслужује темељно научно и уопште друштвено преиспитивање, али то, наравно, није у жижи овог рада, нити би то било могуће у тексту овог обима.

Утемељене сумње у тачност података о броју умрлих од последица заражавања вирусом ковид-19 појавиле су се међу истраживачким новинарима већ у јуну 2020. године (Јовановић, 2020) и до сада „надлежни органи” нису пружили детаљнија и уверљивија објашњења за то. Други проблем који смо издвојили односи се на веома изражену смртност запослених здравствених радница и радника. „Од марта 2020. до 7. фебруара 2021. од последица корона вируса у Србији је преминуло 89 лекара, 13 стоматолога и два фармацеута – 104 укупно, подаци су Синдиката лекара, фармацеута и стоматолога (СЛФС). За то време у Албанији су преминула 33, у Хрватској два лекара, а у Словенији, према незваничним подацима – ниједан” (Anđelković, 2021). С тим у вези, изјава члана Кризног штаба за сузбијање заразне болести COVID-19 др Предрага Кона о честом начину заражавања здравствених радника и радница заслужује (као пример професионалне

неетичности, најблаже речено) да буде дословно наведена: „Имамо и једну уочену ситуацију, да је често долазило до заражавања на местима где се испијала кафа и тих кратких пауза” (Milovanović, 2021).

Најзад, трећи институционални и организациони проблем који смо издвојили (заражавање и умирање старијих у колективним центрима за смештај) признао је др Бранислав Тиодоровић, такође члан Кризног штаба. У својој изјави је поменуо грешке учињене у пандемији, „а као највеће грешке сматра заражавање у старачким домовима и критичне ситуације у јулу, новембру и децембру” (Mitić, 2021: 20). Но, када се помиње Кризни штаб, важно је истаћи да је већ и само његово успостављање било институционално, тј. законски проблематично. Наиме, првобитно образовање овог тела 13. марта 2020. године (Влада Републике Србије, 2020а) није урађено правно ваљано. То је исправљено тек 30. октобра 2020, када је одлука и званично објављена у „Службеном гласнику РС” (Влада Републике Србије, 2020).

Ово је само „груба скица” неких аспеката институционалног оквира у којем је функционисало наше друштво у периоду пандемије. Но, однос према старијим особама такође мора бити поменут, и то у веома негативном светлу. Наиме, наше грађанке и грађани старији од 65 година били су осуђени на готово потпуну изолацију током великог дела пандемије, наравно без готово икаквог рационалног (научног) оправдања. Арбитрарност мера праћена је скоро свакодневним медијским обраћањима високих државних званичника (првенствено председника Републике Србије Александра Вучића) у којима су те мере најављиване или оправдаване. На једној од многобројних конференција за штампу Вучић је пристао на молбу новинара да оцени предлог опозиционог Савеза за Србију да се пензионерима дозволи излазак напоље у трајању од једног сата у време полицијског часа. Поново наводимо изјаву у оригиналу: „Уколико, драги пензионери, послушате такве предлоге неће нам бити довољно комплетно ново Бежанијска коса гробље, комплетно Лешће, Ново гробље, Централно гробље. Биће мало да прими све нас уколико се такви савети буду слушали. За мене је то застрашујуће, ја их молим само да не излазе у јавност са било каквим предлозима. Молим пензионере да само слушају своју државу. Не излазите напоље, драги пензионери” (Звијер, 2021:

62). Ако је изјава др Кона пример професионалне неетичности, ова је свакако пример политичке злоупотребе пандемије и отворене старосне дискриминације без упоришта у стварним стручним разлозима (упркос готово дегутантним позивањима на „струку” у иступима владајуће политичке елите). Подсећамо да је реч о изјавама у периоду од само неколико недеља пре парламентарних избора одржаних у јеку пандемије – 21. јуна 2020. године (Petković, 2020).

Након скицирања општег друштвено-политичког контекста суочавања са пандемијом у Србији указаћемо на специфичан институционални оквир бриге о старијим особама. Организација и начин функционисања домова за старије особе спада у надлежност Министарства за рад, запошљавање, борачка и социјална питања Републике Србије. На интернет страници поменутог Министарства објављивани су подаци о броју заражених у установама социјалне заштите и домовима за смештај одраслих и старијих од почетка пандемије. Кључни аспект институционалног оквира за начин функционисања институција и организација у којима су смештене старије особе јесте систем лиценцирања, који је нарочито добио на значају у активностима Министарства за рад, запошљавање, борачка и социјална питања Републике Србије од 2014. године. Но, занимљиво је да су се у већини вести објављиваних на интернет страници овог Министарства пратиле активности тадашњег министра Александра Вулина (Ministarstvo za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja, 2014).

Наредних година се наставило са контролом поседовања важеће лиценце таквих институција и организација, што је за сваку похвалу. Ипак, није јасно како је могуће да након толико времена уопште постоје такви колективни центри. Једино објашњење може се пронаћи у неадекватности институционалног оквира, тј. недовољног инспекцијског надзора и неодговарајуће казнене политике. Тешко је (вероватно и немогуће) проценити колико нелиценцираних приватних организација пружа услуге смештаја старијих особа. Но, може се претпоставити да непоседовање лиценце подразумева и теже услове рада запослених у њима, те последично и нижи ниво квалитета тог смештаја, а самим тим и нижи ниво заштите и бриге о старијима.

Генерално, извесно је да је радно оптерећење (и физичко и психичко) свих запослених који раде у сектору бриге о старијима веома

велико, да је у условима пандемије повећано (Глишић, Марковић, 2021), а да је у приватним колективним центрима (поготово нелиценцираним) највеће. Наравно, увек постоје изузеци у том погледу, али прекарност радног ангажовања особља у организацијама у приватном власништву јесте одлучујући структурни чинилац у том погледу. Директор Геронтолошког центра у Суботици (јавне институције) Ненад Иванишевић јавно изражава сумњу у могућност да су запослени у приватним домовима за старије у стању да пруже адекватну бригу и негу: „Чињеница је да грађани приватне домове прихватају нерадо, те да тамо смештају своје сроднике само уколико нема места тренутно код нас или док чекају на место код нас. Они уз много мање запослених, који обављају више послова истовремено, што свакако доприноси томе да, по мом мишљењу, квалитет тих услуга не буде на задовољавајућем нивоу” (Јаковљевић, 2019). Иванишевић је додао и да постоји одређени број нелегалних геронтолошких центара у Суботици, као и да су поједини затворени у међувремену.

Занимљиво је (а вероватно више индикативно) како Иванишевић као директор једне јавне институције сву одговорност за одлуку да неки грађани своје родитеље сместе у нелиценциране приватне домове искључиво пребацује на њих, потпуно изостављајући из анализе структурни и институционални оквир: „Нису ми јасни сродници који своје родитеље смештају у такве домове, јер ми је то крајњи степен небриге” (Јаковљевић, 2019). Реч је о наративу који се може препознати у јавним иступима и других јавних и државних званичника, и у њему се свесно или несвесно испушта из вида неадекватност институционалног оквира у Србији у вези са регулисањем функционисања колективних центара за смештај старијих особа.

Но, истини за вољу, такав и слични иступи имају упориште у већ помињаним културним обрасцима у Србији, конкретније међугенерациској солидарности у сфери бриге о млађим и старијим генерацијама. Најновија истраживања показују да су наше старије особе у периодима забране изласка током пандемије помоћ добијали првенствено од своје деце и унука, те рођака и комшија. „Неки су добили пакет од општине, и то они са најнижим пензијама (испод 20.000 дин.), док је двоје испитаника изјавило да су их волонтери позивали и питали да ли им је потребна помоћ у набавци. Нико није користио

институционалне услуге јер, по њиховим речима, није било потребе за тим” (Драгишић Лабаш, 2021: 128).

Иако је ово истраживање веома занимљиво и подстицајно, важно је подсетити да није репрезентативно јер је обухватило испитанике који су у знатно бољем положају у односу на остатак старијег становништва. Услови становања (сви имају довољно стамбеног простора), редовни месечни приходи, помоћ деце, итд. омогућавају овим старијим особама да активно старе. Ма како се то чинило уобичајеним и цивилизацијски примереним за достојан живот старијих у 21. веку, они су чак и привилеговани у односу на сиромашне са слабије развијеном друштвеном мрежом којима је институционална подршка била неопходна (Драгишић Лабаш, 2021: 131). Да ли су је и добијали на адекватан начин остаје питање за нека наредна истраживања.

## 5. Закључак

Друштвене и хуманистичке науке последњих година суочавају се са вероватно најсложенијим изазовима од својих почетака. Живот људи, друштвених група, националних држава и човечанства у целини постао је сложенији него икад захваљујући низу глобалних, регионалних, националних и локалних структура и процеса. Но, оно што је (бар у социологији) извесно је да је сложени међуоднос постојећих структура и делања појединаца и група један од најважнијих и најзанимљивијих проблема. Један од најбољих одговора у социологији на овај проблем даје Гиденсова теорија структурације. Према овом схватању, људи активно стварају и мењају друштвену структуру својим свакодневним поступцима. Структура и делање су нужно међусобно повезани. „Друштва, заједнице и групе имају ’структуру’ у оној мери у којој се људи понашају на правилне и релативно предвидиве начине. Са друге стране, ’делање’ је једино могуће будући да сваки појединац поседује огромну количину структурисаног знања које постоји претходно у односу на њих” (Giddens, Sutton, 2017: 89).

У жижи анализе у овом раду биле су структуре које утичу на промене образаца рада у сектору економије бриге – конкретније бриге о старијим особама током пандемије ковида-19. Приказани су најва-

жнији глобални трендови, као и промене у Србији у овом аспекту света рада. Кључни глобални структурни чинилац света рада јесте капитализам, као светски систем, и његове трансформације. Последњих деценија живимо у касномодерном или постмодерном капитализму у којем је (поготово) глобализација донела апсолутни раст расположивог дохотка за већину људи на свету (иако је релативна расподела тог дохотка све неравномернија, поготово у развијенијим земљама). Бранко Милановић, инспирисан радовима бројних класика друштвене мисли, а поготово Адама Смита (Adam Smith), подсећа да капитализам има своју светлу и своју тамну страну. Светла страна односи се на чињеницу да се капитализам заснива на тржишном успеху (искazanом новчаном зарадом) који је последица чињенице да ће купци/корисници платити за производ/услугу која им је понуђена (Milanovic, 2019: 176).

У складу са темом овог рада, добро је да старије особе за себе (или њихове породице за њих) на тржишту могу обезбедити бригу која им је потребна у друштвима која су све старија, и у којима су породичне везе под утицајем модернизације значајно ослабиле. Но, постоји и тамна страна капитализма које смо последњих година болно свесни. Комерцијализација и комодификација односа међу људима све више успоставља његово „величанство” долар/јуан/евро/рубљу/динар као врховни критеријум (успеха) наших живота и могућности које су нам на располагању (укључујући и могућност достојанственог и активног старења). Но, какве су могућности за обезбеђивање такве бриге о старијима ако се о њима брину особе (углавном жене) које су у прекарном положају, оптерећене и пословима у домаћинству, чији економски и свеукупни друштвени положај подразумева укрштање различитих аспеката неједнакости (родног, расног, политичког, итд.)?

Економска глобализација и суштинска нерегулисаност (западног капитализма) управо се може веома јасно препознати у неадекватности (скупо плаћене) бриге о старијима у раду приватних организација у Сједињеним Америчким Државама. Наличје функционисања тих организација (али и целокупне привреде САД) јесте радно ангажовање илегалних усељеника (тј. претежно усељеница) у сектору бриге о старијима. Лицемерје је присутно чак и у написима истраживачких новинара који истичу да би слабије образоване усељенице могле



бар делимично да „реше проблем” бриге о старијим особама у САД (Butcheretal., 2022). Прекарни услови рада и свеукупан положај тих жена које би „решиле проблем” се уопште не разматра, да не говоримо о погоршању тог положаја у пандемији?!

Консолидација полупериферијског капитализма у Србији (Pešić, 2017) подразумева дејство сличног друштвено-системског утицаја на бригу о старијим особама, тј. његову комодификацију. Тај утицај је посредован раније помињаним културним чиниоцем – још увек релативно заступљеном међугенерациском породичном бригом о старијим члановима. Но, неповољни демографски процеси (старење становништва и вишедеценијски тренд одласка младих из земље) делују у супротном правцу – све већег притиска на институције и организације за смештај старијих. Због тога је више него икад потребно да се уреди регулаторни оквир за њихово функционисање, а поготово област услова рада особља у њима (на шта је пандемија тако драматично подсетила). Но, имајући у виду главни структурни проблем привреде (*на и целокупног друштва у Србији* – прим. Д. М.) – лош квалитет институција (Petrović, Gligorić Matić, 2021), таква очекивања се могу оценити као нереална (бар у краћем року). Другим речима, то значи да ће о старијима у колективним центрима за смештај у Србији и даље углавном бринути жене које су преоптерећене радним задацима и кућним обавезама, недовољно и несигурно плаћене, непознате и непризнате у друштву које политички „прваци” (али и знатан део становника) незаслужено сматрају праведнијим и солидарнијим у односу на многа друга друштва широм света.

## Литература

- Aleksander, Dž. Č., Tompson, K., DesforEdls, L., Kapu-Desilas, M. (2020). *Savremeni uvod u sociologiju: kultura i društvo u tranziciji*. Beograd: Ekonomski fakultet.
- Andelković, N. (2021). *Korona virus i lekari u Srbiji: Zašto je smrtnost zdravstvenih radnika od kovida veća nego u zemljama regiona*. <https://www.bbc.com/serbian/lat/balkan-56017044>
- Arsić, M., Anić, A. (2020). Tržište rada. *Kvartalni monitor ekonomskih trendova i politika u Srbiji*, 63 (oktobar–decembar), 21–28.

- Babović, M. (2010). *Rodne ekonomske nejednakosti u komparativnoj perspektivi: Evropska unija i Srbija*. Beograd: Sociološko udruženje Srbije i Crne Gore; Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta; SeConS – Grupa za razvojnu inicijativu.
- Bek, U. (2001). *Rizično društvo: u susret novoj moderni*. Beograd: „Filip Višnjić”.
- Bobić, M. (2013). *Postmoderne populacione studije*. Beograd: Čigoja štampa; Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta.
- Bolčić, S. (2007). *Svet rada u transformaciji: lekcije iz savremene sociologije rada*. Beograd: Plato.
- Booth, R. (2020). MPs Hear Why Hong Kong Had No Covid-19 Care Home Deaths. *The Guardian*, May 19.
- Butcher, K., Kelsey, K., Watson, T. (2022). *Immigration and the Care of America's Older Population*. <https://voxeu.org/article/immigration-and-care-america-s-older-population>
- Драгишић Лабаш, С. (2021). Изазови активног старења и ментално здравље у време пандемије ковида 19 у Србији. У: Драгишић Лабаш, С. (уредница). *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19: зборник радова* (стр. 117–133). Београд: Универзитет, Филозофски факултет.
- Giddens, A., Sutton, P. W. (2017). *Sociology*. Eight Edition. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, A., Sutton, P. W. (2013). *Sociology*. Seventh Edition. Cambridge: Polity Press.
- Глишић, М., Марковић, В. (2021). Изазови у раду стручних радника у домовима за смештај одраслих и старијих за време ковид-19 пандемије у Србији. *Геронтологија*, 49(1), 119–140.
- Hrženjak, M. (2017). Precarious Situations of Care Workers in Home-Based Elder Care in Slovenia. *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 0(0), 1–18.
- Ignjatović S. (2009). Aktuelni problemi u istraživanju tranzicije u odraslost sa osvrtom na Srbiju. *Stanovništvo*, 47(1), 7–22.
- ILO (International Labour Office/Organization). (2018). *Care Work and Care Jobs for the Future of Decent Work*. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_633135.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf)
- ILO (International Labour Office/Organization). (2020). *Covid-19 and the World of Work SERBIA Rapid Assessment of the Employment Impacts and Policy Responses*. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-budapest/documents/publication/wcms\\_754624.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-budapest/documents/publication/wcms_754624.pdf)
- ILO (International Labour Office/Organization). (2021). *ILO Monitor: COVID-19 and the World of Work*. Seventh edition. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms\\_767028.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_767028.pdf)

- ILO (International Labour Office/Organization). (2021a). *ILO Monitor: COVID-19 and the World of Work*. Eighth edition. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms\\_824092.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_824092.pdf)
- ILO (International Labour Office/Organization). 2021b. *World Employment and Social Outlook: Trends 2021*. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_795453.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_795453.pdf)
- Jakovljević, N. (2019). *Za državne gerontološke centre liste čekanja, privatni domovi za stare duplo skuplji*. <https://autonomija.info/vise-od-150-starih-na-listi-cekanja-u-gerontoloskom-centru-subotica/>
- Jovanović, N. (2020). *Korona: broj umrlih i zaraženih višestruko veći od zvanično saopštenog*. <https://birn.rs/korona-broj-umrlih-i-zarazenih-visestruko-veci-od-zvanicno-saopstenog/>
- Kastels, M. (2018). *Uspon umreženog društva*. Beograd: Službeni glasnik.
- Last Week Tonight with John Oliver. (2021). *Nursing Home Care in the United States*. April 21.
- Liang, Yu, & Xu, Junzhuo. (2021). Crisis Response of Nursing Homes during COVID-19: Evidence from China. *International Review of Economics and Finance*, 72, 700–710.
- Milanovic, B. (2019). *Capitalism, Alone: The Future of the System That Rules the World*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Milovanović, B. (2021). *Kon: umrli lekari se zaražavali na pauzama za kafu*. <https://nova.rs/vesti/drustvo/kon-lekari-se-zarazavali-na-puzama-za-kafu/>
- Ministarstvo za rad, zapošljavanje, boračka i socijalna pitanja. (2014). *Ministar Vulin započeo akciju kontrole domova za stare*. <https://www.minrzs.gov.rs/sr/aktuelnosti/vesti/ministar-vulin-zapocceo-akciju-kontrolu-domova-za-stare>
- Mitić, A. (2021). (Prvih) 12 meseci koje je pojeo virus. *Nedeljnik*, 478.
- Mojiћ, D. (2021). Организација и начин функционисања домова за старије особе у време пандемије ковида 19 у Србији. У: Драгишић Лабаш, С. (уредница). *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19*. (стр. 11–30). Београд: Универзитет у Београду, Филозофски факултет.
- Mojić, D. (2014). *Organizacije i (post)moderni društvo*. Beograd: Čigoja štampa; Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta.
- Pešić, J. (2017). *Promena vrednosnih orijentacija u postsocijalističkim društvima Srbije i Hrvatske: politički i ekonomski liberalizam*. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Filozofski fakultet.
- Petković, S. (2020). *O Vučićevoj empatiji za bake i deke*. <https://www.danas.rs/dijalog/licni-stavovi/o-vucicevoj-empatiji-za-bake-i-deke/>

- Petrović, P., Gligorić Matić, M. (2021). *Konvergencija periferije ka razvijenoj EU i faktori koji je opredeljuju: empirijsko istraživanje i implikacije za Srbiju*. Beograd: Ekonomski fakultet.
- Prodanović, K. (2021). *Bez zaključavanja: da li su Šveđani sve vreme u pravu?* <https://nova.rs/svet/koronavirus-svedski-model-za-i-protiv/>
- SeConS. (2020). *Istraživanje o efektima pandemije i vanrednog stanja na zaposlenost, uslove rada i brigu o domaćinstvu*. <https://secons.net/istrazivanje-o-efektima-pandemije-i-vanrednog-stanja-na-zaposlenost-uslove-rada-i-brigu-o-domacinstvu/>
- SeConS, UNWomen. (2020). *Ekonomija brige u vreme pandemije COVID-19 i mera za njeno sprečavanje u Srbiji*. Beograd: SeConS.
- SeConS, UNWomen. (2020a). *Uticaj COVID-19 pandemije i mera za njeno sprečavanje na zaposlenost i uslove rada žena i muškaraca u Srbiji*. Beograd.
- Smith, M. et al. (1998). Where and why is Part-Time Work Growing in Europe? In: Fagan C., O'Reilly J. (Eds.) *Part-Time Prospects* (pp. 35-56). London: Routledge.
- Staracki domovi – cenovnik. (2022). <https://www.mirandre.com/staracki-domovicine-cenovnik>
- The Plight of Essential Workers during the COVID-19 Pandemic. (2020). *The Lancet*, 395(10237), 1587.
- United Nations. (2020). *Policy Brief: The World of Work and COVID-19*. [https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-07/policy-brief-the\\_world\\_of\\_work\\_and\\_covid-19.pdf](https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-07/policy-brief-the_world_of_work_and_covid-19.pdf)
- Влада Републике Србије. (2020). Одлука о образовању Кризног штаба за сузбијање заразне болести COVID-19. *Службени гласник РС*, бр. 132, 30. октобар.
- Влада Републике Србије. (2020a). *Образован Кризни штаб за сузбијање COVID-19*. <https://www.srbija.gov.rs/vest/450999/obrazovan-krizni-stab-za-suzbijanje-covid-19.php>
- Звијер, Н. (2021). Телевизијски „ковид-наративи” о старијим особама у Србији. У: С. Драгишић Лабаш, С. (уредница). *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19: зборник радова* (стр. 49-66). Београд: Универзитет, Филозофски факултет.
- Wallerstein, I. (1990). *Kapitalizam – istorijski sistem*. Titograd: CID.

**Dusan Mojic**

**THE INFLUENCE OF STRUCTURAL FACTORS ON CHANGES OF WORK PATTERNS RELATED TO ELDERLY CARE DURING THE COVID-19 PANDEMIC: MAIN TRENDS IN THE WORLD AND IN SERBIA**

**Abstract**

The paper analyzes the most important influences of structural factors on global and national trends of change (on the Serbian example) considering work related to elderly care during the COVID-19 pandemic. Key global factors in this respect have been economic transformations (domination of the service economy and absolute growth in disposable income for most people in the world), demographic changes (aging of the population, especially in more developed countries) and socio-political changes (weakening of the role of the welfare state). The most important national structural factors influencing changes in work patterns related to elderly care during the pandemic in Serbia have been socio-economic (consolidation of semi-peripheral capitalism), cultural (intergenerational family solidarity in elderly care) and institutional (inadequacy of the regulatory framework for the functioning of organizations for the accommodation of the elderly and the working conditions of their employees).

**Key words:** COVID-19 pandemic, elderly care, the world, Serbia.

Прегледни научни рад

УДК 364-783-053.9:621.395(497.11)"2020/..."  
364.4-053.9:[616.98:578.834(497.11)"2020/..."

Рад послат: 10.6.2022.

Рад прихваћен: 16.8.2022.

**Жељка Манић\***

Универзитет у Београду – Филозофски факултет

## МОГУЋНОСТИ ТЕЛЕАСИСТЕНЦИЈЕ У ВРЕМЕ ПАНДЕМИЈЕ КОВИД-19\*\*

**Резиме:** Пандемија ковида-19 изазвала је глобалну кризу, која је захтевала реорганизацију свакодневице, а посебно је било изазовно прилагођавање измењеним условима живота за старије од 65 година. Предмет овог рада су могућности телеасистенције, као и препреке за њихово коришћење, у време пандемије ковида-19, пре свега за старије особе у Србији. Телеасистенција подразумева систем за побољшање квалитета живота старијих, као и других особа са тешкоћама самосталног живљења, посредством информационо-комуникационих технологија, односно даљинску кућну негу. Због својих социодемографских карактеристика, али и превентивних мера које су на њу примењене током ванредног стања 2020. године, старија популација спада у најугроженије у време пандемије ковида-19, а доминира међу корисницима телеасистенције у Србији.

**Кључне речи:** телеасистенција, могућности телеасистенције, препреке за телеасистенцију, пандемија ковида-19, старији, Србија

### 1. Увод

Пандемија ковида-19 изазвала је глобалну кризу, која је утицала на различите аспекте друштвеног живота, групе и појединце. Измењене животне околности су захтевале реорганизацију свакодневице и

---

\* Доценткиња, zmanic@f.bg.ac.rs

\*\* Рад је настао у оквиру научноистраживачког пројекта *Човек и друштво у време кризе*, који финансира Филозофски факултет Универзитета у Београду.

осмишљавање стратегија како опстати у новим стреснијим околностима. Посебно је било изазовно прилагођавање пандемијским условима за старије од 65 година. Припадници ове популације суочили су се са многобројним проблемима попут теже клиничке слике изазване вирусом корона, већег морталитета оболелих од овог вируса, отежаног приступа здравственој нези, бојазни да њихово ментално здравље може бити погоршано услед изолације, значајне промене свакодневне рутине, као и тешкоћама прилагођавања употреби нових технологија, укључујући и оне које доприносе здравственој заштити (Vahia, Jeste, Reynolds, 2020: 2253).

Предмет овог рада су могућности телеасистенције у време пандемије ковида-19. Глобална криза изазвана пандемијом довела је до учесталијег разматрања могућности телездравства у научној литератури, као и његове чешће примене у здравственој пракси, бар у развијеним земљама (Doraiswamy, Jithesh, Mamtani, Abraham, Cheema, 2021: 2). Пандемија ковида-19 нагласила је значај пружања здравствених услуга помоћу информационо-комуникационих технологија (ИКТ). У раду се пре свега разматрају могућности телеасистенције за старије особе у Србији, укључујући и препреке за њихово коришћење. Ова популација због својих социодемографских карактеристика, али и превентивних мера које су на њу примењене током ванредног стања 2020. године, спада у најугроженије у време ове пандемије, а доминира међу корисницима телеасистенције у Србији (Манић, 2021: 39). Пандемија је, између осталог, наметнула питање какву институционалну помоћ старији могу да добију током друштвених криза, односно како се може допринети очувању њиховог уобичајеног функционисања у измењеним околностима. Телеасистенција представља један од начина да се то учини.

У раду су најпре дефинисани релевантни појмови: телездравство, телемедицина, теленега и телеасистенција, уз сажет опис њене примене у Србији. Затим је укратко размотрен положај старијих особа у време пандемије ковида-19 у Србији. Следи анализа могућности телеасистенције током пандемије, као и препрека за њихово коришћење. Напошетку су дата закључна разматрања.

## 2. Телеасистенција и сродни појмови

Појам телеасистенција (*teleassistance*) нема прецизно одређење. Његовом недовољно јасном дефинисању доприноси повремено поистовећивање са појмом телездравство (*telehealth*), а у сродне појмове спада и телемедицина (*telemedicine*), док се теленега (*telecare*) може сматрати синонимом. Да би одређење телеасистенције било јасније најпре ће бити дефинисани остали релевантни појмови, кренувши од општијих.

Око значења појма телездравство не постоји сагласност (Doraiswamy, Jithesh, Mamtani, Abraham, Cheema, 2021: 3). Представља облик пружања здравствене заштите, односно обезбеђивање здравствених услуга путем ИКТ, укључујући и образовање здравствених радника. Битна особеност телездравства је удаљеност оних који пружају заштиту и оних који је примају, тачније одсуство њиховог физичког контакта. Овим путем се услуге могу пружати у реалном времену или применом технике складиштења и прослеђивања одговарајућих садржаја (Monaghesh, Hajizadeh, 2020: 2). Телездравство може имати значајну улогу у обезбеђивању здравствене заштите током пандемије корона вируса, која је наметнула нове изазове и захтева иновативна решења за испуњавање потреба пацијената, независно од болести због којих им је нега потребна. Телездравство је корисно како особама које су заражене вирусом корона или сумњају да јесу тако и онима којима је потребна рутинска здравствена нега, посебно особама које су под већим ризиком уколико дође до оболевања од ковида, попут старијих са постојећим здравственим тегобама. У предности овог вида обезбеђивања здравствених услуга спада могућност даљинске процене здравственог стања, односно тријаже, дијагностике, приступ рутинској здравственој нези без излагања ризику заражавања у здравственим установама, брзо пружање информација и неге (Smith, Thomas, Snoswell, Haydon, Mehrotra, Clemensen, Caffery, 2020: 310). Основни недостатак телездравства је то што се не могу све здравствене услуге обављати на даљину. Упркос евидентним предностима, телездравство чак и у кризним ситуацијама, на подручјима на којима овакав вид здравствене заштите постоји, нема распрострањену примену. Вишеструки су разлози за ограничено коришћење, а неки од њих су организација здравственог система, неодговарајуће финан-



сирање телездравства и неспремност лекара да га прихвати (Smith, Thomas, Snoswell, Haydon, Mehrotra, Clemensen, Caffery, 2020: 310).

Телемедицина према Светској здравственој организацији, подразумева „пружање здравствених услуга, где је удаљеност пресудан фактор, од стране свих здравствених радника који користе ИКТ за размену ваљаних информација за дијагнозу, лечење и превенцију болести и повреда, истраживање и процену, као и за континуирано образовање пружаоца здравствене заштите, све у интересу унапређења здравља појединаца и њихових заједница” (World Health Organization, 1998: 10). Иако се у стручној литератури термини телемедицина и телездравство учестало наизменично користе, телемедицина обухвата здравствене услуге које лекари пружају пацијентима на даљину, за разлику од телездравства, које укључује услуге свих здравствених радника, подразумевајући и њихово образовање (Doraiswamy, Jithesh, Mamtani, Abraham, Cheema, 2021: 3). Телемедицина не може у многим случајевима заменити директну здравствену помоћ коју лекари пружају пацијентима, али у оним ситуацијама у којима је примењива вишеструко је корисна током пандемије ковида-19. Када су у питању старије особе, телемедицина не угрожава њихову безбедност, односно не носи ризик заражавања вирусом корона, као ни за пружаоце помоћи. Истовремено доприноси ефикасности пружања неге, у условима преоптерећености здравственог система и фокусираности на пацијенте оболеле од ковида, што здравствену негу чини недоступнијом за старије особе којима је потребна. Међутим, неопходно је имати у виду изазове који се намећу у примени телемедицине за лечење старијих пацијената. Упитна је могућност руковања опремом преко које се остварује контакт са лекарима. „Старији пацијенти са коморбидитетом можда неће моћи самостално да управљају уређајима због когнитивног, функционалног или чулног оштећења” (Yeung, Chan, Chan, Kng, Lee, Luk, Mok, Shum, Wong, 2020: 58). Поред тога, старије особе често немају довољно искуства у руковању савременим технологијама. Процена неспремности за телемедицину, као видео посету пацијентима, међу старијима у Сједињеним Америчким Државама у време пандемије ковида-19, указује да 38% припадника ове популације није спремно за овакав вид даљинске здравствене неге,

пре свега због непознавања руковања технологијом (Lam, Lu, Shi, Covinsky, 2020: 1390).

Теленега означава кућну негу на даљину. Реч је о систему „који даљински повезује домове старих са контролним центром, а преко овог центра и са здравственим центрима и другим установама за негу” (Kerbler, 2013: 23–24). Дакле, овај систем не мора укључивати услуге лекара и других здравствених радника непосредно, али их посредно, уколико је потребно, може повезати са онима којима је њихова помоћ потребна.

Телеасистенција се „најједноставније може одредити као систем за побољшање квалитета живота, старијих и других особа са тешкоћама самосталног живљења, посредством ИКТ” (Манић, 2021: 33). У питању је систем који повезује кориснике са оперативним центром, ради добијања подршке у кризној ситуацији, а преко њега и са здравственим и другим релевантним установама, односно особама. Као и теленега, подразумева кућну негу на даљину, што ове појмове чини синонимима.

На подручју Србије телездравство и телемедицина још увек нису присутни, за разлику од телеасистенције. Ова услуга је од 2007. године била доступна у Београду, кроз партнерство приватног и јавног сектора (Геронтолошког центра Београд – ПЈ „Дневни центри и клубови”, компаније „Асистел” у својству реализатора услуге, неколико компанија у својству финансијера услуге) (Ресија Урошевић, 2010: 119). Од 2012. године услугу телеасистенције на подручју Србије пружа компанија „Контакта”<sup>1</sup>, а појавила се још једна компанија која се бави овом делатношћу, „Црвено дугме”<sup>2</sup>. Услуга телеасистенције реализује се преко уређаја са тастером за позивање оператера, који корисник носи са собом, а омогућава помоћ и подршку на даљину 24 часа сваког дана у години.

### **3. Положај старијих особа у време пандемије ковида-19 у Србији**

Положај старијих особа је све интензивније проучавана тема протеклих деценија у оквиру различитих дисциплина, због све изра-

<sup>1</sup> <http://www.kontakta24.rs/> (Приступљено 07. маја 2022).

<sup>2</sup> <https://crvenodugme.com/> (Приступљено 12. маја 2022).

женијег старења становништва. У Србији је једна петина становника старија од 65 година (Повереник за заштиту равноправности, 2021: 39). По уделу старијег становништва, Србија је 2019. године била на осмом месту у Европи, а годину дана раније на једанаестом месту у свету. Пораст учешћа старијих особа у популацији отвара питање обезбеђивања финансијских ресурса за одрживост система пензијског и инвалидског осигурања, здравствене и социјалне заштите, те се неминовно намеће као значајно за креаторе политика. Поред тога, „сама по себи, и без додатних проблема, старост доноси специфичне, у првом реду ограничавајуће ефекте за особе које улазе у то доба и, са друге стране, захтева прилагођавање најближе околине том редукованом потенцијалу старости” (Милић, 2004: 447). Често се старије особе суочавају и са додатним проблемима, међу којима је болест на првом месту, а који негативно утичу на могућност самосталног живљења. Пандемија ковида-19 је отворила додатна питања о односу друштава према старијим особама у условима глобалне кризе, као и о могућностима и ограничењима њиховог свакодневног живота у измењеним околностима. Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида-19 у Србији већ су привукли пажњу истраживача (Драгишић Лабаш, 2021а). „Положај старије популације за време пандемије је важно разумети да бисмо увидели који су ресурси посебно потребни старијим особама како бисмо могли да се припремимо на неке будуће кризе и као друштво боље одговоримо на потребе рањивих категорија међу старијим особама” (Радоман, 2021: 147).

И у уобичајеним друштвеним околностима старије особе се сматрају вулнерабилном групацијом. „У време кризе старија популација је увек посебно угрожена, имајући у виду њихову рањивост, социјалну искљученост и отежану прилагодљивост променама” (Урошевић, 2020: 28). Угроженост старијих особа додатно је појачана у време пандемије ковида-19 због високог ризика да вирус изазове тежак облик болести и веће смртности (Skitarelić, Dželalija, Skitarelić, 2020: 6). Поред тога, оптерећеност здравственог система негом оболелих од корона вируса донела је потискивање старања о осталим болестима у други план, односно отежала приступ старијима здравственој заштити, истовремено их излажући ризику од заражавања уколико потраже помоћ у здравственим установама, услед контакта са медицинским

особљем и другим пацијентима. Незанемарљиво је и најпре потпуно, а затим делимично ограничавање слободе кретања старијој популацији током ванредног стања у Србији 2020. године, као мера превенције заражавања корона вирусом. Већина учесника у истраживању о активном старењу и менталном здрављу у Србији у време пандемије ковида-19 „сматра да је забрана изласка за старије од 65 година била претерана мера, да то није било потребно јер су старији одговорнији од млађих и поштују све прописане мере, а да је неким то нарушило физичко и ментално здравље” (Драгишић Лабаш, 2021: 129).

У оквиру фокус група организованих са старијим особама у Београду, ради утврђивања проблема и изазова живота у време пандемије ковида-19, установљено је да су најзначајнији: „психичка нестабилност, депресија, осећај немоћи; забрана кретања, мањак физичке активности; несамосталност, зависност од других; изолованост и удаљеност од породице; забринутост за чланове породице, страх за здравље најближих; усамљеност, мањак социјалних контаката, разговора” (Урошевић, 2020: 30–31). Слични су налази истраживања о активном старењу и менталном здрављу у Србији у условима пандемије. Сви испитаници доживљавају пандемију као стресну животну ситуацију, која је изазвала страх, неизвесност, тугу, анксиозност, пад расположења, беспомоћност, проблеме са памћењем и пад концентрације (Драгишић Лабаш, 2021б: 123). Евидентно је да су се старије особе у пандемијским условима суочиле са додатним проблемима, поред уобичајених које старење носи са собом, а који захтевају нове приступе за њихово решавање, пре свега оне који не подразумевају близак физички контакт, те смањују ризик оболевања од ковида-19.

#### **4. Могућности телеасистенције у време пандемије ковида-19**

Из одређења појма телеасистенција могу се већ назрети неке њене могућности, како у оквиру свакодневног начина живота пре, тако и у време пандемије ковида-19. Иако је у овом раду фокус на њеним могућностима у условима глобалне кризе, оне се неминовно у значајној мери преплићу са могућностима овог вида пружања подршке уопште.

Пре свега је овде реч о могућностима телеасистенције за старије у Србији, али нису релевантне искључиво за ову популацију и просторни оквир.

Већ је општепознато да је основни начин ширења ковида-19 преношење вируса са човека на човека, као и да је вирус вирулентан и на површинама и у ваздуху. Ширењу ковида-19 доприноси и то што се вирус не преноси само са болесних на здраве особе, укључујући и асимптоматске болеснике, већ и са особа које су у фази инкубације вируса (Skitarelić, Dželalija, Skitarelić, 2020: 6). Основна мера превенције ширења вируса је одсуство или смањење блиског физичког контакта. Из основне препоруке у контроли ширења инфекције произлази и базична могућност телеасистенције током пандемије ковида-19. Обезбеђује давање подршке без ризика од заражавања услед блиског контакта између пружаоца и примаоца помоћи. Телеасистенција представља средство смањења ризика од контаминације корона вирусом услед одсуства непосредног физичког контакта. Самим тим се може сматрати начином подршке који доприноси мањем оболевању и смртности старије популације од корона вируса. Телеасистенција побољшава квалитет живота старијих у измењеним и стресним пандемијским околностима, омогућавајући им континуирану подршку преко даљинске кућне неге.

Давање подршке старијим особама путем телеасистенције, као и другима који имају потешкоће самосталног живљења, представља широк појам. На основу искустава пружаоца ове услуге у Србији, односно запослених у компанији „Контакта”, може се декомпоновати на саставне делове, што доприноси прецизнијем сагледавању могућности телеасистенције у време пандемије ковида-19 на нашем простору. Реч је о неколико врста подршке: повезивање са особама и службама које могу пружити помоћ у кризној ситуацији, здравственој подршци, психолошкој подршци и давању различитих информација потребних за обављање инструменталних активности свакодневног живота (Манић, 2021: 35–36).

Повезивање са особама (породица, комшије, пријатељи) и службама (хитна помоћ, ватрогасци, полиција) које могу пружити помоћ старијима у кризној ситуацији, као могућност телеасистенције, добија још више на значају у пандемијским условима. Наглашавању значаја

ове могућности доприноси изолација, односно одсуство уобичајених физичких контаката са другим људима, а посебно забрана кретања. Старијим особама у Србији је на почетку пандемије током 53 дана била најпре потпуно, а затим делимично одузета слобода кретања. „У тој ситуацији најугроженије су биле старије особе које живе саме, нарочито оне које имају потребу за туђом негом и помоћи, међу којима је највише жена” (Драгишић Лабаш, 2021б: 119). За старије особе у самачким и старачким домаћинствима мера забране кретања је представљала још већи ризик да може изостати помоћ, уколико дође до кризне ситуације, која захтева подршку споља. Кориснике телеасистенције од повезивања са особама или службама које им могу помоћи у кризној ситуацији дели притискање тастера на уређају, преко ког остварују комуникацију са оператером обученим за решавање проблема.

Здравствена подршка такође представља значајну могућност телеасистенције у време пандемије ковида-19, а свакако и у уобичајеним друштвеним околностима. Корисници компаније „Контакта” најчешће контактирају оператере преко уређаја због здравствених проблема (Манић, 2021: 35). Најучесталији разлог контактирања оперативног центра није изненађујућ, имајући у виду да је здравствени статус један од најзначајнијих проблема старијих особа, који условљава могућност самосталног функционисања, као и квалитет свакодневног живота (Ресија Урошевић, 2010: 33). Приликом јављања здравствених тегоба оператери корисницима телеасистенције помажу саветодавно, у случају здравствених проблема који нису озбиљнији. Услед тога су им неопходни подаци о здравственом стању корисника, те поседују картоне са основним информацијама о болестима и терапијама. Са неким корисницима телеасистенције постоји договор да их оператери подсећају да узму терапију или пружају помоћ у заказивању неког здравственог прегледа. Ипак, телеасистенција није медицинска услуга помоћу које се може добити дијагноза или преписати терапија, односно не замењује здравствене службе и раднике (Манић, 2021: 36). Ако су у питању здравствене компликације корисника, које захтевају непосредну интервенцију лекара, оператери контактирају одговарајуће службе попут хитне помоћи. У условима преоптерећености здравственог система у време пандемије ковида-19

и усмерености на лечење оболелих од вируса корона, телеасистенција може олакшати или спасити живот, здравственом подршком оператора или слањем лекара након процене озбиљности стања корисника и ризика који носи.

Психолошка подршка старијим особама путем телеасистенције посебно добија на значају у време пандемије ковида-19. Иако „старије одрасле особе обично имају нижу реактивност на стрес и, генерално, бољу емоционалну регулацију и добробит од млађих одраслих особа” (Vahia, Jeste, Reynolds, 2020: 2253), присутна је забринутост да изолованост као мера превенције заражавања вирусом корона може негативно утицати на њихово ментално здравље. Међутим, више емпиријских истраживања реализованих у развијеним земљама показало је да је ментално здравље старијих мање угрожено (Vahia, Jeste, Reynolds, 2020: 2253). Ови позитивни налази потичу из првих месеци пандемије и не морају се односити на све подгрупе старије популације, те су потребни даље праћење и додатна истраживања ефеката ковида-19 на ментално здравље старијих особа. Када је о нашем просторном оквиру реч, раније су наведени налази фокус група да су припадници старије популације у Београду као једне од најзначајнијих проблема у време пандемије навели психичку нестабилност, изолованост, забринутост за ближње и усамљеност (Урошевић, 2020: 30–31). Указано је и да је неким учесницима у истраживању о активном старењу и менталном здрављу у Србији забрана изласка током ванредног стања нарушила ментално здравље (Драгишић Лабаш, 2021б: 129). Запослени у компанији „Контакта” уочили су пораст потребе за пружањем психолошке подршке корисницима телеасистенције у време пандемије ковида-19 (Манић, 2021: 43). Она је важна и присутна у телеасистенцији и у уобичајеним околностима, а у условима појачане неизвесности и страха још више се испољила потреба да је старији корисници добију. „Социјална изолованост се сматра значајним проблемом за јавно здравље у свим земљама, тако да је психолошка пандемија (страха и панике) расла брже од саме пандемије ковида 19” (Драгишић Лабаш, 2021б: 118).

Једна од могућности телеасистенције је и пружање различитих информација. Ова могућност је првенствено била значајна старијим корисницима телеасистенције током периода потпуне или делимичне

забране кретања, за време ванредног стања 2020. године, али и у периоду након његовог укидања (Манић, 2021: 43). У складу са епидемиолошком ситуацијом, процене о потребним мерама превенције доношене су на дневном нивоу. Учестала промена мера условила је недовољну информисаност о томе шта је дозвољено и када. Старији корисници телеасистенције обраћали су се оператерима компаније „Контакта” ради добијања информација о томе када и како могу обавити набавку, а након укидања ванредног стања о процесу вакцинације против ковида-19 (Манић, 2021: 43). Дакле, релевантне информације за обављање инструменталних активности свакодневног живота су им биле доступније у време пандемије захваљујући телеасистенцији. Неоспорно је да су и пре пандемије помоћу телеасистенције добијали потребне информације, попут оних где могу да обаве неки здравствени преглед.

Осим бенефита телеасистенције за кориснике, посебно у условима пандемије ковида-19, не треба губити из вида ни могућности које пружа њиховим породицама. Пре свега је реч о умирујућем сазнању да се неко стара о старијем сроднику, односно да у случају неопходне подршке може да контактира оперативни центар који ће предузети даље потребне кораке. У компанији „Контакта” је уочено појачано интересовање из иностранства за њихове услуге (Манић, 2021: 40). Оно је првенствено условљено информисаношћу деце о постојању услуге телеасистенције у иностранству, коју желе за своје родитеље у нашој земљи. Поред тога, у време пандемије је уочен и повећан број позива оперативном центру од стране породице корисника телеасистенције, која живи у иностранству, а отежан јој је долазак у земљу због ограничења међудржавног кретања као мере превенције. Искуства пружаоца услуге телеасистенције у Србији у време пандемије несумњиво указују да је овај вид подршке значајан и породицама старијих особа.

Незанемарљиве су и користи које друштво може имати распрострањем телеасистенције, у уобичајеним околностима, а и у условима глобалне кризе. Све веће учешће старијих особа у популацији захтева обезбеђивање финансијских ресурса за одговарајућу здравствену заштиту. Пандемија ковида-19 оголила је слабости здравствених служби, условљене првенствено вишегодишњим запостављањем, показујући њихову немогућност да функционишу у условима опте-



рећености здравственог система заразном болешћу, онемогућавајући лечење хроничних болести, а посебно превенцију. Већ је указано да телеасистенција није медицинска услуга, те да не замењује здравствене службе и раднике. Међутим, у условима редукованог пружања здравствених услуга у време пандемије ковида 19, односно ограничавања на лечење оболелих од вируса корона и ургентна стања, телеасистенција још више може допринети здравственој заштити старијих особа, у односу на уобичајене околности, јер подршку пружају оператери са медицинским знањем уз познавање историје болести и терапије корисника.

Старење становништва отвара и питање адекватне социјалне заштите припадника ове популације. Током ванредног стања у Србији 2020. године „већина услуга социјалне заштите била је или обустављена или су услуге пружане уз знатна ограничења” (Драгишић Лабаш, 2021б: 119). Телеасистенција би могла допринети социјалној заштити старијих особа у пандемијским околностима, да је препозната као мера социјалне заштите на нашем простору. Због све већег учешћа старијих у популацији, значајна је потреба за обезбеђивање све више ресурса за смештај оних особа које имају потешкоће самосталног живљења. У развијеним земљама су стратегије бриге о старијима све више оријентисане на премештање старања из институција у кућно окружење (Kerbler, 2013: 23). То је у складу и са преференцијам старијих, да живе у свом дому колико год могу. Телеасистенција може допринети дужем останку старијих особа у свом животном и друштвеном окружењу, с тим да се не смеју губити из вида њене реалне могућности. Телеасистенција је учинковита по питању останка старије особе у свом дому када су њени капацитети за старање о себи смањени, али довољни да може да функционише самостално, уз одређену подршку.

## **5. Препреке за коришћење могућности телеасистенције у време пандемије ковида-19**

Да би могућности телеасистенције могле бити имплементиране у време пандемије ковида-19, а и у временима која нису кризна, нео-

пходно је постојање одређених предуслова. Овде ће бити размотрене препреке за коришћење телеасистенције у Србији, пре свега имајући у виду старије особе као кориснике, уз ослањање и на сазнања из Словеније, због оскудности литературе за наш просторни оквир. У препреке за коришћење могућности телеасистенције током пандемије ковида-19 спадају: недовољно информисање потенцијалних корисника, као и њихових породица, о овом виду подршке; одсуство позитивног става према телеасистенцији, односно негативан однос према даљинској кућној нези; недовољна распрострањеност телеасистенције; неукљученост телеасистенције у систем социјалне заштите; конвенционални модел неге старијих.

Адекватно информисање о томе шта је телеасистенција, како функционише, које су њене карактеристике и могућности, представља основу за коришћење овог вида подршке старијим особама. Не само да је потребно да старије особе буду информисане о телеасистенцији, као потенцијални корисници, већ и чланови њихових породица, имајући у виду да је у Србији породица та која најчешће преузима бригу о старијим сродницима. Поред тога, већина корисника услуге телеасистенције компаније „Контакта” углавном се одлучила на овај вид подршке под утицајем своје деце (Манић, 2021: 40).

Потпуно информисање о телеасистенцији допринело би развијању позитивног става према оваквом виду обезбеђивања додатне сигурности код старијих особа. „Налази различитих аутора сугеришу да старији људи углавном имају негативне ставове према кућној нези на даљину” (Kerbler, 2013: 23), те је информисање потенцијалних корисника, и њима блиских особа, неопходно за прихватање и распрострањавање овог облика помоћи у друштву. Дакле, негативни ставови према телеасистенцији такође представљају препреку за коришћење њених могућности током пандемије ковида-19, а и у околностима које нису пандемијске. Већина старијих особа које су учествовале у истраживању о теленези 2012. године у Словенији имала је позитивне ставове о овом виду помоћи (Kerbler, 2013: 29). Овакви налази истраживања приписани су чињеници да су испитаници пре прикупљања података на једноставан и разумљив начин информисани о томе шта услуга даљинске кућне неге подразумева. Готово половина испитаника имала је искључиво позитивне ставове (44,8%), док су остали

исказали барем један негативан став. Постојање негативног односа према неком аспекту теленеге не подразумева и њено одбацивање. Примену овог вида подршке у својим домовима подржали су старији који већином или у потпуности имају позитивне ставове. Бојазни интервјуисаних старијих особа тицале су се сумње да даљинска кућна нега може омогућити дужи останак у свом дому, односно одложити пресељење у дом за старе, губитка приватности, сумње да пружа сигурност и прилику да се живи независно, као и страха од усамљености због ређих посета породице и пријатеља.

У препреке за коришћење могућности телеасистенције у време пандемије ковида-19 несумњиво спада и недовољна распрострањеност овог вида пружања помоћи старијима, као и другим особама са тешкоћама самосталног живљења. Према подацима из 2021. године, број корисника компаније „Контакта” варира од 400 до 1.000, а међу њима доминирају старије особе (Манић, 2021: 39). Поређења ради, ни у земљама у окружењу са дужом традицијом теленеге распрострањеност није већа. У Словенији је 1992. године први овакав сервис започео са радом, а од 2011. је услуга доступна на подручју целе земље (Kerbler, 2013: 26). Готово две деценије након увођења (2010. године) само 0,1% старијих особа је користило услугу (Kerbler, 2013: 28). С друге стране, резултати истраживања из 2012. године указују да би 78,4% интервјуисаних старијих особа у Словенији желело да користи услугу даљинске кућне неге (Kerbler, 2013: 29).

Недовољна распрострањеност телеасистенције у Србији не значи непостојање потребе за њом, посебно у пандемијским условима. Резултати истраживања компаније „Асистел” указали су да 10.000 особа на подручју Београда има потребу за телеасистенцијом, а претежно су у питању старији, немоћни, болесни и особе са инвалидитетом (Ресија Урошевић, 2010: 120). Један од разлога недовољне распрострањености телеасистенције на нашем подручју може бити и материјални положај особа којима је овакав вид подршке потребан, а који не омогућава плаћање услуге. Неки корисници услуге телеасистенције компаније „Контакта” сами финансирају даљинску кућну негу, док некима општине у којима живе покривају трошкове, током трајања уговорне обавезе правног лица са компанијом (Манић, 2021: 39). Приходи првих су углавном виши него приходи потоњих. Први одлуку о

коришћењу услуге доносе самостално, односно консултујући се са породицом, док потоњи добијају могућност да користе услугу претежно на основу процене центара за социјални рад о томе коме је овакав вид подршке најпотребнији.

Телеасистенција би морала наћи своје место у систему социјалне заштите да би њене могућности током пандемије ковида-19, а и у временима која нису кризна, могле бити искоришћене. Право на социјалну заштиту подразумева пружање услуга социјалне заштите и материјалну подршку (новчана социјална помоћ, додатак за помоћ и негу другог лица, увећани додатак за помоћ и негу другог лица, помоћ за оспособљавање за рад, једнократна новчана помоћ, помоћ у натури и друге врсте материјалне подршке) (Закон о социјалној заштити, 2011, чл. 79). Закон о социјалној заштити дефинише пет група услуга социјалне заштите:

- „1) услуге процене и планирања – процена стања, потреба, снага и ризика корисника и других значајних особа у његовом окружењу; процена старатеља, хранитеља и усвојитеља; израда индивидуалног или породичног плана пружања услуга и мера правне заштите и других процена и планова;
- 2) дневне услуге у заједници – дневни боравак; помоћ у кући; свратиште и друге услуге које подржавају боравак корисника у породици и непосредном окружењу;
- 3) услуге подршке за самосталан живот – становање уз подршку; персонална асистенција; обука за самостални живот и друге врсте подршке неопходне за активно учешће корисника у друштву;
- 4) саветодавно-терапијске и социјално-едукативне услуге – интензивне услуге подршке породици која је у кризи; саветовање и подршка родитеља, хранитеља и усвојитеља; подршка породици која се стара о свом детету или одраслом члану породице са сметњама у развоју; одржавање породичних односа и поновно спајање породице; саветовање и подршка у случајевима насиља; породична терапија; медијација; СОС телефони; активација и друге саветодавне и едукативне услуге и активности;

- 5) услуге смештаја – смештај у сродничку, хранитељску или другу породицу за одрасле и старије; домски смештај; смештај у прихватилиште и друге врсте смештаја” (Закон о социјалној заштити, 2011, чл. 40).

Међу наведеним услугама социјалне заштите за старије особе се као посебно релевантне могу издвојити: помоћ у кући, становање уз подршку, смештај у сродничку породицу и установу социјалне заштите. Наведене услуге се могу поделити на оне које треба да помогну старијој особи да што дуже живи у свом стамбеном простору и оне које подразумевају наставак живота на другом месту.

Пресељење старије особе из властитог животног простора обично представља нужност услед немогућности даљег самосталног живота. Уколико особа не може бити смештена у сродничку породицу или породица (више) нема капацитета да се о њој стара, у систему социјалне заштите постоје установе за смештај старијих лица, државне и приватне. Најзаступљенија услуга социјалне заштите је управо услуга смештаја, а старије особе преовладавају међу корисницима домског смештаја у јавном сектору, на основу података из 2016. године, уз константан пораст њиховог броја у наредном периоду, иако само око 0,8% старијих живи у домовима (Повереник за заштиту равноправности, 2021: 77–78). Према подацима из 2019. године, више од половине корисника установа за смештај одраслих и старијих је живело у самачким домаћинствима пре пресељења у дом. Дакле, повећава се број старијих особа које живот настављају изван властитог животног простора, што указује на потребу развијања стратегија које ће одложити пресељење што је дуже могуће, а у оквиру којих телеасистенција може наћи своје место. Значајно је указати још да су у време пандемије „(и код нас и у свету) посебно тешко погођене старије особе у колективним установама и организацијама” (Мојић, 2021: 12).

Када су у питању услуге социјалне заштите за останак старијих у свом дому доступна је помоћ у кући. „Дневне услуге у заједници су најразвијеније услуге за старије особе, гледано у односу на остале групе услуга, осим услуга смештаја” (Повереник за заштиту равноправности, 2021: 79). Помоћ у кући за одрасле и старије спада у три најраспрострањеније дневне услуге у заједници. Одраслим и старијим

лицима је 2018. године 126 локалних самоуправа у Србији обезбеђивало ову услугу, а у периоду од 2015. до 2018. године се више него удвостручио број корисника. Ипак, обухват старијих овом услугом је 1,24% укупне популације старијих од 65 година, с тим да је једна петина њих из Београда, а доступност је посебно проблематична у руралним срединама. Помоћ у кући пружају геронтодомаћице, које су обучене за обављање посла. Надлежни центар за социјални рад на основу потреба појединца ком се одобрава помоћ у кући доноси одлуку о временском интервалу пружања услуге, учесталости, као и конкретним пословима које геронтодомаћице обављају.

Становање уз подршку је услуга социјалне заштите која би могла обухватити телеасистенцију као вид помоћи старијима у очувању независности. Оно је до сада нашло своју маргиналну примену у Србији, када је у питању подршка становању особа са инвалидитетом, махом младих. Телеасистенција као део услуге становања уз подршку допринела би сигурности старијих у властитом дому, посебно у условима глобалне кризе попут пандемије ковида-19. Неке локалне самоуправе су препознале њен значај и финансирају услугу становницима којима је овакав облик помоћи најпотребнији, али би укључење телеасистенције у систем социјалне заштите, као вид становања уз подршку, учинило кућну негу на даљину доступнијом.

Препреку за коришћење могућности телеасистенције у време пандемије ковида-19 представља и конвенционални модел неге старијих. Скоро две трећине домаћинстава у Србији међу својим члановима има старије особе или се стара о старијој особи ван домаћинства, односно породице се налазе „у ситуацији да се мање-више саме носе са свим сложеним проблемима старости и старих људи, који у њима налазе не само *примарни* већ најчешће *једини ослонац*” (Милић, 2004: 448). Породице преузимају одговорност да се по сваку цену старају о старијим сродницима, без обзира на то да ли имају капацитета да то адекватно чине. Запослени у компанији „Контакта” сматрају традиционални менталитет препреком за већу распрострањеност телеасистенције у старијој популацији, имајући у виду да се у свом раду непрестано сусрећу са његовим особеностима (Манић, 2021: 45). С једне стране, породице бригу о старијима сматрају подразумевајућом,

док, са друге, старије особе нерадо прихватају ангажовање помоћи споља да учествује у старању.

Дакле, већина породица у Србији, поред терета свакодневног живота, преузима и бригу о својим старијим сродницима. „Овај податак сведочи о темељној инверзији породичних функција у нас: уместо да су највећим делом окренуте репродукцији и развоју подмлатка, оне у већини представљају последње уточиште члановима на крају своје путање” (Милић, 2004: 462). У време пандемије ковида-19 живот у међугенерациским кохабитацијама чак представља фактор ризика за оболевање старијих особа у оквиру домаћинства и у време забране кретања на јавним местима током ванредног стања 2020. године. „Наиме, старије особе у вишегенерациским породичним домаћинствима изложене су већем ризику од оболевања од ковида 19 због тога што користе заједнички стамбени простор и ступају у неизбежну интеракцију са осталим укућанима, који због радних и других обавеза могу имати ризичне контакте изван породице” (Мирков, 2021: 104).

## 6. Закључна разматрања

Пандемија ковида-19 изнедрила је глобалну кризу која је изменила друштвени живот. Старије особе су популација која је посебно угрожена у време пандемије, првенствено због својих социодемографских карактеристика. „Популација старијих се сматра осетљивом на изненадне и стресне животне околности, а посебно уколико старији са нарушеним физичким или менталним здрављем живе сами, у друштву у коме је институционална подршка слаба и имају слабо развијену социјалну мрежу” (Драгишић Лабаш, 2021б: 117). У наведеним околностима телеасистенција може допринети квалитету њиховог живота, а могућности и препреке за њено коришћење размотрене су у раду.

Кључна могућност телеасистенције у време пандемије ковида-19 је пружање подршке без ризика од заражавања вирусом корона. Услед одсуства непосредног физичког контакта између особе којој је помоћ потребна и пружаоца помоћи може се сматрати средством смањења ризика од контаминације ковидом-19. Ова могућност је значајна за све примаоце и пружаоце подршке, а посебно за старије, код којих

вирус изазива тежу клиничку слику и већи морталитет. Телеасистенција омогућава континуирану подршку старијим особама, без бојазни да ће их пружање помоћи угрозити. Старијима у Србији у време пандемије ковида-19 телеасистенција омогућава различите врсте подршке: повезивање са особама и службама које могу пружити помоћ у кризној ситуацији, здравствену подршку, психолошку подршку, као и пружање информација које су потребне за обављање инструменталних активности свакодневног живота.

За имплементирање могућности телеасистенције у време пандемије ковида-19 у Србији нужно је савладавање одређених препрека. Почетна препрека је недовољна информисаност потенцијалних корисника телеасистенције, а и њихових породица, о карактеристикама и могућностима овог вида подршке. Не мање значајан проблем је и неопходност развијања позитивног става према даљинској кућној нези. „Можемо закључити да би боље и ефикасније информисање, нарочито ако потенцијални корисници имају прилику да чују сва позитивна искуства од оних који већ користе овакву услугу, помогло побољшаном разумевању функционисања ових сервиса, чиме би се смањило удео негативних ставова код старијих лица” (Kerbler, 2013: 41). Препрека је и недовољна распрострањеност коришћења телеасистенције у Србији, чему доприноси и њена неукљученост у систем социјалне заштите. Напослетку, конвенционалан модел неге старијих, који подразумева старање породице о старијем сроднику и преовладава у нашем друштву, не погодује ширењу других облика старања о старијој популацији.

Несумњиво би смањење препрека за имплементацију телеасистенције донело дугорочну корист старијим особама, као и њиховим породицама и друштву уопште, како у време пандемије ковида-19, тако и у уобичајеним друштвеним околностима. „На основу искустава запослених у компанији 'Контакта', која пружа услугу телеасистенције у Србији, утврђено је да су основне разлике у употреби телеасистенције међу старијима током пандемије у односу на време пре њеног избијања повећан број позива корисника оперативном центру, а и чланова њихових породица, и чешће потреба за добијањем психолошке подршке и релевантних информација о обављању инструменталних активности свакодневног живота” (Манић, 2021: 44).



Евидентно је да су корисници телеасистенције у кризним временима у овом виду подршке пронашли додатни ослонац, који је допринео лакшем преживљавању пандемијске свакодневице.

Напоследку, технолошки напредак пружа нове могућности за побољшање квалитета живота старијих, посебно у условима глобалне кризе. „Премештање активности бриге о старима у домове захтева прилагођавање ефективног пружања услуга и квалитета услуга животном окружењу, као и примену нових организационих процедура и технолошких решења” (Kerbler, 2013: 23). Телеасистенција је један од начина да се старијој популацији применом ИКТ омогући што дужи и безбеднији останак у својим домовима, односно у познатом друштвеном окружењу. „Подизање свести потенцијалних корисника је, стога, од кључног значаја за прихватање даљинске кућне неге у друштву” (Kerbler, 2013: 41).

## Литература

- Cimperman, M., Makovec Brenčič, M., Trkman, P., de Leoni Stanonik, M. (2013). Older Adults' Perceptions of Home Telehealth Services. *Telemedicine Journal and e-Health*, 19(10), 786–790.
- Crveno dugme. <https://crvenodugme.com/>, (Приступљено 12. маја 2022).
- Doraiswamy, S., Anupama, J., Ravinder, M., Amit, A., Cheema, S. (2021). Telehealth Use in Geriatrics Care during the COVID-19 Pandemic—A Scoping Review and Evidence Synthesis, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–17.
- Драгишић Лабаш, С. (ур.) (2021а). *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19*. Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет.
- Драгишић Лабаш, С. (2021б). Изазови активног старења и ментално здравље у време пандемије ковида 19 у Србији. У: С. Драгишић Лабаш (ур.), *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19* (стр. 117–133). Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет.
- Dragišić Labaš, S. M. (2016). *Aktivno starenje u Beogradu*. Beograd: Sociološko udruženje Srbije i Crne Gore, Institut za sociološka istraživanja i Univerzitet u Beogradu – Filozofski fakultet.

- Elham, M., Hajizadeh, A. (2020). The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence. *BMC Public Health*, 20(1), 1–9.
- Ipsit, V. V, Jeste Dilip, V., Reynolds III, C. F. (2020). Older Adults and the Mental Health Effects of COVID-19, *JAMA*, 324(22), 2253–2254.
- Kenneth, L., Lu, A. D., Shi, Y, Covinsky, K. E. (2020). Assessing Telemedicine Unreadiness Among Older Adults in the United States During the COVID-19 Pandemic, *JAMA Internal Medicine*, 180(10), 1389–1391.
- Kerbler, B. (2013). The Elderly and a Remote Home Care: The Case of Slovenia, *Stanovništvo*, 51(1), 23–41.
- Kontakta. <http://www.kontakta24.rs/>, (Приступљено 07. маја 2022).
- Манић, Ж. (2021). Значај телеасистенције за старије у Србији током пандемије ковида 19. У: С. Драгишић Лабаш (ур.), *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19* (стр. 31–48). Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет.
- Милић, А. (2004). Стари и породично збрињавање и нега. У: А. Милић (ур.). *Друштвена трансформација и стратегије друштвених група* (стр. 443–463). Београд: Институт за социолошка истраживања Филозофског факултета у Београду.
- Мирков, А. (2021). Међугенерациска кохабитација као фактор ризика за оболевање старијих особа у време пандемије ковида 19.
- Манић, Ж. (2021). Значај телеасистенције за старије у Србији током пандемије ковида 19. У: С. Драгишић Лабаш (ур.), *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19* (стр. 103–115). Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет.
- Мојић, Д. (2021). Организација и начин функционисања домова за старије особе у време пандемије ковида 19 у Србији. У: С. Драгишић Лабаш (ур.), *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19* (стр. 11–30). Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет.
- Ресија Урошевић, Р. (2010). *Друштвени положај и модели социјалне заштите старијих лица у Београду*. Београд: Институт за социолошка истраживања Филозофског факултета у Београду и Ћигоја штампа.
- Повереник за заштиту равноправности (2021). *Посебан извештај о дискриминацији старијих грађана*. <http://ravnopravnost.gov.rs/wp-content/uploads/2021/09/poseban-izvestaj-o-diskriminaciji-starijih.pdf> (Приступљено 20. маја 2022).
- Радоман, М. (2021). Ментално здравље старијих особа у Србији. У: С. Драгишић Лабаш (ур.), *Друштвени аспекти старења у време пандемије*

- ковида 19 (стр. 135–150). Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет.
- Skitarelić, N., Dželalija, B., Skitarelić, N. (2020). Covid-19 pandemija: kratki pregled dosadašnjih spoznaja. *Med Jad*, 50(1), 5–8.
- Smith, A., Thomas, E., Snoswell, C. L., Haydon, H., Mehrotra, A., Clemensen, J., Caffery, L. J. (2020). Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Telemedicine and Telecare*, 26(5), 309–313.
- World Health Organization (1998). A Health Telematics Policy in Support of WHO's Health-For-All Strategy for Global Health Development: Report of the WHO Group Consultation on Health Telematics", 11-16 December, Geneva, 1997. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63857>, (Pristupljeno 14. aprila 2022).
- Yeung, TW A., Chan, HW F., Chan, TY, Kng, C. PL, Lee, J. SW, Luk, J. KH, Mok, W. YW, Shum, CK, Wong, CW (2020). COVID-19 and older adults: experience in Hong Kong. *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics*, 15(2), 54–59.
- „Закон о социјалној заштити”, *Службени гласник Републике Србије*, бр. 24/2011.

**Zeljka Manic**

## THE POSSIBILITIES OF TELEASSISTANCE DURING THE COVID-19 PANDEMIC

### Abstract

The COVID-19 pandemic caused the global crisis, which required the reorganization of everyday life, and for those older than 65 years was especially challenging adaptation to the changed conditions of life. The subject of this paper are teleassistance opportunities, as well as obstacles for their use, during the COVID-19 pandemic, primarily for the elderly in Serbia. Teleassistance is a system for improving the quality of life of the elderly, but also other people with difficulties of independent living, through information and communication technologies, that is, telecare. Due to its sociodemographic characteristics, but also preventive measures applied during the state of emergency in 2020, the older population belongs to the most endangered during the pandemic, and dominated by teleassistance users in Serbia.

**Key words:** teleassistance, possibilities of teleassistance, obstacles for teleassistance, COVID-19, elderly, Serbia.

Прегледни научни рад  
УДК 316.647.8-053.9:61  
616.98:578.834:616-053.9-083  
Рад послат: 10.6.2022.  
Рад прихваћен: 16.8.2022.

Милана Љубичић\*

Универзитет у Београду – Филозофски факултет

## ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА СТАРИХ С ПОСЕБНИМ ОСВРТОМ НА ПАЛИЈАТИВНУ ЊЕГУ У ДОБА НОВЕ НОРМАЛНОСТИ\*\*

**Резиме:** Предрасуде према старима и на њима засноване праксе подједнако су присутне данас, као и прије много вијекова. У савременим, посебно у развијеним западним земљама које су уређене по принципима владавине права, присуство нарочито оног системски подржаног ејџизма, као на примјер у пољу здравствене заштите, треба да забрине због импликација које има. Да јасно разазнамо лице ејџизма у медицини омогућила нам је глобално живљена нова нормалност. Показало се да се током пандемије брига о старима у великом броју земаља Запада кретала од беневољентног ејџизма до отворено дискриминаторних пракси, односно ускраћивања медицинске његе. То је посебно видљиво у два домена: у случају интензивне медицинске његе због инфекције ковид-19 вирусом и у домену палијативне заштите. Да бисмо указали на присуство ејџизма у медицини дали смо преглед доступних емпиријских података о карактеристикама здравствене заштите и палијативне његе старих који пате од различитих болести, о односу медицинског особља према обољелима, те препорукама и клиничким протоколима који се односе на лијечење људи у трећем животном добу током пандемије. Анализа секундарне грађе недвосмислено потврђује континуирани ејџизам: присутан је и у времену које је претходило пандемији и у пандемијској ситуацији. Показало се и да су у погледу здравственог збрињавања у посебно неповољном положају сиромашни и на друге начине маргинализовани стари људи, као и да има основа да се закључи да је поштовање права на здравље и здравствену заштиту у пракси сразмјерно процјени о томе каквој користи се може надати друштво од носиоца овог права.

**Кључне ријечи:** стари, ејџизам, здравствена заштита, ковид-19, палијативна њега

---

\* Редовна професорица, milanaljubicic@yahoo.com

\*\* Рад је настао у оквиру научноистраживачког пројекта *Човек и друштво у време кризе*, који финансира Филозофски факултет Универзитета у Београду.

## 1. Увод

Да су стари<sup>1</sup> људи особе препознатљивог физичког изгледа (крезуби, ћелави, смрежурани, ружни), да старост доноси типичне когнитивне карактеристике и немоћ да се води брига о себи, било је увријежено мишљење у далеким данима људске историје. Нажалост, предрасуде према старима су веома заступљене и у савременим друштвима (Dragišić Labaš, 2016; Драгишић Лабаш, 2021), а њихов садржај је идентичан онима из ранијих времена. Стари се на општем друштвеном нивоу посматрају кроз утилитаристичку агенду. По овој концепцији, старост је изједначена са болешћу и зависношћу од других, а брига о старима представља непотребан друштвени трошак, јер се улагање у њих не може вратити.

Нажалост, овакви општеприхваћени ставови о старости и старима су инкорпорирани и у институционалне агенде и нормативна рјешења. Ријеч је о тзв. структуралном ејџизму – оном који кроз законе, политике и праксе подржава предрасуде према старима (AGE Platform Europe Position on Structural Ageism, 2016). Ова форма ејџизма се, између осталих, лако да препознати у домену медија, политике, права и медицине. На примјер, стари су у масовним медијима представљени или као маскоте – предмет су исмијавања због свог изгледа или претпостављених особина, или као драге, али од стране других зависне особе (Љубичић, 2021). Надаље, дискриминацију по основу година илуструју како препознатљив ејџистички ријечник у легислативи тако и праксе адвоката и судске одлуке које иду на уштрб права старих (Whitton, 1997: 481).

Ејџизам у пољу медицине има Јанусово лице. С једне стране налазимо беневољентност, која је оличена у ставу да су сви стари топли, дивни, али у исто вријеме фрагилни, немоћни, зависни од туђе помоћи, што води патерналистичким праксама – одузима им се аутономија, а одлуке о третману љекари доносе умјесто остарјелих јер

---

<sup>1</sup> У тексту користимо појмове стари и особе у трећем животном добу као синонимне. Појам старији нисмо користили, иако се овај термин донедавно препоручивао као политички коректан, због тога што га и сами заговорници права старих особа сматрају стигматизујућим (Љубичић, 2021).

сумњају у њихову способност рационалног резонувања. Насупрот овом саосјећајном ејдизму стоји терапијски нихилизам (Љубичић, 2021).<sup>2</sup> Ријеч је праксама нелијечења или неадекватног здравственог збрињавања обољелих старих које правда став да се њима не може помоћи и да је ограничене медицинске ресурсе боље усмјерити ка онима који имају више шанси да преживе/оздраве (Olson, 2013, према Љубичић, 2021). Оваква логика утилитарности је своје посебно мјесто добила током још увијек присутне пандемије болести коју изазива корона вирус (у даљем тексту: пандемија), а о томе како је она укључена у клиничку праксу и какве посљедице има биће више ријечи на наредним странама.

## 2. Препандемијски медицински ејдизам с посебним освртом на палијативну његу

Ејдизам у медицини неодвојив је од предрасуда према старима које владају у друштву. Бројни емпиријски докази говоре у прилог присуства ејдистичких ставова медицинског особља (Wyman, Shiovitz-Ezra, Bengel, 2018; Oral, Gunay, Cetinkaya, 2019). Љекари су ријеђе стрпљиви, мање поштују и са мање оптимизма гледају на своје старије пацијенте, а увјерења да се они не могу опоравити нису лишене ни медицинске сестре<sup>3</sup> (Skirbekk, Nortvedt, 2014).

Роб (Robb) и сарадници (2002) цијене да такви ставови представљају основ дискриминације у домену медицинске заштите, а она се најјасније види на примјеру ускраћивања здравствене његе старима. У прилог медицинском нихилизму говори читав низ студија. Анализирајући податке Медикера, Левински (Levinsky) и сарадници (1999) долазе до закључка да тренд хоспитализације опада са старошћу у случају пацијената који болују од кардиоваскуларних обољења

<sup>2</sup> Да не буде забуне – аутори који се баве питањима ејдизма се слажу да је и позитивни, подједнако лош као и онај негативни (Љубичић, 2021).

<sup>3</sup> Шиербек (Skirbekk) и Нортевц (Nortvedt) (2014) сматрају да се извори ејдизма међу норвешким љекарима и медицинским сестрама крију не само у општеприхваћеним ставовима према старима, већ и у условима у којима медицинско особље ради – са мањком радне снаге и осталих ресурса.

и канцера, као и да је вјероватноћа да ће срчани болесници добити адекватну терапију уколико су старији од 75 година 65% нижа. Надаље, поражавајући је податак да рана дијагностика канцера, чак и онда када су одобрене скрининг процедуре у случају старих, изостаје, иако 2/3 свих пацијената обољелих од ове болести спада у ту старосну категорију.

Нађено је и да се на њих далеко ријеђе примјењују третмани који могу довести до излечења (Goodwin, 1998, према Robb, Chen, Haley, 2002), а по свједочењима геронтолошкиње Woo (Woo, према Senger, 2019), један број њених пацијената није добио неопходну медицинску помоћ због увјерења да се не могу опоравити. Иновативни оперативни захвати и рехабилитација су им неријетко ускраћене (AGE Platform Europe Position on Structural Ageism, 2016), а због година стари не партиципирају ни у евалуацији ефикасности лијекова.<sup>4</sup>

Наводи се и то да психијатријске услуге користи тек незнатан број људи у трећем животном добу. На примјер, иако старији од 65 година чине 12,7% популације Сјеверне Америке, само 2% користи психијатријске услуге у приватном, и између 4–7% у јавном сектору (Robb, Chen, Haley, 2002). Чини се да су такве праксе директна посљедица предрасуда. На примјер, Гарфинкел (Garfinkel) (1975, према Robb, Chen, Haley, 2002) је утврдио да преко 80% пружалаца услуга у психијатрији<sup>5</sup> сматра да стари не мисле нити много нити јасно, као и да таква увјерења имају утицаја на одабир третмана, мотивацију терапеута, те коначно очекивања од терапије.

Када је ријеч о палијативној њези: активном, холистичком приступу пацијенту који болује од животно угрожавајуће болести, и његовој породици (Ђукановић, Богдановић Васић, 2020), налазимо податак да на глобалном нивоу сваке године око 40.000.000 људи има потребу да буде збринуто на овакав начин (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>). Већина њих (чак 78%) живи у економски слабо или средњеразвијеним земљама свијета, а тек 14% оних

<sup>4</sup> На дјелу је дискриминација по основу година која може да има погубне посљедице. Наиме, без доказа клиничке ефикасности нови третмани на њих не могу бити примјењени, што у крајњој линији може да скрати њихов животни вијек.

<sup>5</sup> Узорак се састојао од 38 испитаника.

којима је оваква помоћ неопходна<sup>6</sup> је и добију.<sup>7</sup> Палијативна њега се и у најбољим временима суочава са мањком ресурса (The Lancet, 2020: 1168), а иако је у западним земљама препозната као дио људских права<sup>8</sup>, непобитна је истина да ејџизам игра изузетну улогу у обликовању краја овоземаљских дана старих особа.

Као и у другим областима медицине, и у палијативној њези је евидентна конкуренција старијих и млађих животно угрожених пацијената око ограничених ресурса (Burge et al., 2008). У прилог томе говоре налази низа истраживања. На примјер, један броја аутора (Bernabei et al., 1998) сматра да је палијативном његом обухваћен релативно мали број старих, као и да више од четвртине умирућих пацијената који имају 65 и више година, иако у смртним боловима, не добија терапију за умањење бола у домовима за старе. Надаље, нађено је да је вјероватноћа да ће од неизљечиве болести тешко обољели пацијенти стари 85 и више година бити збринуте у оквиру палијативне њега веома ниска, чак и у САД, земљи која по завидном квалитету ове гране медицине у стопу прати Холандију (Ђукановић, Богдановић Вилић, 2020).

Иако би вољели да крај живота дочекају у хоспису, то је терминално<sup>9</sup> болесним старијима мање доступно него онима млађим по доби (Van Den Block et al., 2015). Еверс, Мајер и Морисон (Evers, Meier,

<sup>6</sup> Палијативном његом је обухваћен широк дијапазон обољења, почев од болести срца (у 38%), преко канцера (34%), хроничне респираторне болести (10,3%), АИДС (5,7%) и дијабетеса (4,6%). Дјеца која обољевају од болести које су предмет палијативног збрињавања у 98% случајева живе у ниско и средњеразвијеним земљама, а од тога броја половина у Африци.

<sup>7</sup> О обиљежјима палијативне њега у нашој земљи нема много података. У том погледу веома је информативна истраживачка студија „Организација палијативног лечења и неге и остваривање права на здравствену заштиту у области палијативног лечења на подручју АП Војводина” из 2015. године.

<sup>8</sup> Ланцетова комисија за палијативну његу и ослобођење од бола 2017. године евидентирала је могућност да обољели буду третирани помоћу скупих и ефикасних интервенција није доступна свима, и именовала овакав третман као лакрдију од правде (travesty of justice) (The Lancet, 2020: 1168).

<sup>9</sup> Нема стандардне клиничке дефиниције појма терминално обољели. Обично се употребљава да би се дала прогноза очекиваног трајања живота (у данима, недељама или мјесецима) тешко болесног човјека код којег примјена терапије не доводи до побољшања здравственог стања (Džonson, Zigler, Vinslejd, 2008: 42).



Morrison, 2002, према Burge et al., 2008) дају објашњење овог тренда и веле да старији од 80 година заправо ријетко кад имају искључиво дијагнозу канцера, болести која је примарна у палијативној њези. Они су, наиме, оптерећени и другим стањима чији су исходи неизвјесни, и неријетко пате од деменције. То другим ријечима значи да умјесто њих одлуке о лијечењу доносе други – најчешће медицинско особље највишег нивоа (Waters, 2012), иако би клиничари морали уважавати и жеље обољелог – примјенити принцип пропорционалности (Džonson, Zigler, Vinslejd, 2008: 176).

Надаље, чини се да су љекари својеврсни чувари капија – они који имају моћ да некима дозволе, а другима ускрате палијативну његу. На овакву праксу их подстиче, с једне стране, то што на располагању имају ограничена финансијска средства – истраживање из 2019. године је показало да се у палијативну заштиту не слива довољно новца (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>). С друге стране стоје предрасуде према старима: ејдизма нису лишени ни доктори који се баве палијативном медицином (Burt, Rain, 2006). Тако Харис (Harrises) и сарадници (2007) налазе да би половина њихових испитаника: геријатара и кардиолога, на различит начин третирали млађе и старије пацијенте, независно од њиховог пола, коморбидитета и клиничких импликација. На старије би примјенили мањи број интервенција и третмана, сматрајући да се њихове значајно разликују од потреба млађих пацијената.

Да боље разумијемо или барем да поставимо могуће хипотезе због чега постоји овакав третман старијих помогло нам је једно истраживање којим су обухваћене палијативне медицинске сестре (Gott, Ibrahim, Binstock, 2011). Оне, наиме, имају више емпатије и симпатије према млађима него према старијим пацијентима, резонујући овако: за разлику од умируће дјеце и младих људи, стари су имали довољно времена да живе. Уз то иде и (погрешно) увјерење да што смо старији постајемо помиренији са смрћу.

Из до сада казаног можемо закључити да физички и психолошки симптоми једног великог броја тешко обољелих старих особа, нису купирани, као и да је то барем дијелом посљедица имплицитног ејдизма којег ни медицинско особље нужно не мора бити свјесно (Robb, Chen, Haley, 2002). Осим тога, важно је подвући да су у нарочито неповољном положају стари којима због сиромаштва, географских баријера,

неадекватне саобраћајне инфраструктуре нпр., здравствена њега није доступна. Сиромашни људи у свим дијеловима свијета живе и умиру са мало или без имало палијативне његе или олакшања болова, а иза такве праксе назире се окрутност лице сиромаштва и неједнакости (Knaul et al., 2018). Могли бисмо казати да они не само да живе животом који није достојанствен, већ да на исти начин и умиру.

Ејџизам присутан (и) у пољу медицине и прије пандемијске ситуације до свог пуног изражаја долази у посљедње двије године. Њега најбоље илуструје етичка дебата<sup>10</sup> која није нова, а која гласи овако: имају ли стари права на бенефите медицинске његе и бриге у ситуацији ограничених ресурса и да ли је оправдано да се *срежу* трошкови њиховог лијечења? О логици рационализације трошкова здравствене његе и бриге о старијима и о њеној примјени у пракси биће више ријечи у наредном поглављу.

### 3. Пандемијски ејџизам у интензивној медицини с посебним освртом на палијативну његу

Одмах по проглашењу пандемије, марта 2020, појавио се недостатак медицинских и људских ресурса узрокован повећаном потребом за његом обољелих. Појава новог и непознатог вируса у опасност је довела здравствене системе, који су биле принуђени да на најбољи начин алоцирају ограничене капацитете (De Oliveira, Machado, Dadalto, 2020). Рационализација ограничених ресурса довела је до усвајања таквих клиничких протокола у којима су године играле важну улогу у доношењу одлука о третману у интензивној њези.<sup>11</sup> Тако је у Италији, иако је ризик од разбољевања и смрти старих процјењен као изузетно висок (Petretto, Pili, 2020), због недостатка медицинске опреме (респиатора) и особља, Италијанско друштво за анестезију, аналгезију, реанимацију и интензивну његу (Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) дало етичке препоруке које

<sup>10</sup> Вођена је и прије пандемије у од стране државе финансираним здравственим системима.

<sup>11</sup> Како болест изазвана вирусом има непредвидив ток, очекивало се да један број обољелих заврши на интензивној њези.

су предност приликом лијечења у јединицама интензивне његе давале млађима (Cesari, Proietti, Fehra, 2020). Са циљем штедне ресурса за оне који имају највеће шансе да преживе, а потом за оне пред којима је остало више година живота, одређена је узрасна граница за пријем на интензивну његу. Осим тога, препоручено је да се коморбидитет и функционални статус пажљиво евалуирају и да се при том у обзир узму године старости. Сличан клинички протокол постоји и у САД и у Шпанији (De Oliveira, Machado, Dadalto, 2020), док се дискриминација по основу старости индиректно промовише у Њемачкој и УК (Љубичић, 2021).

Рубио (Rubio) и сарадници (2020) су, на основу анализе девет доступних чланака који су се бавили етиком процеса доношења одлука у пандемијској кризи, пронашли да препоруке реферирају на: 1. потребу да се примјене специфични морални критеријуми како би се алоцирали ресурси по принципу максимизације преживљавања након отпуста из болнице и од смрти спасили људи пред којима је остао већи број година живота; те 2. тријажу, која би требало да се заснива на принципу алокације дистрибуције правде – приоритет треба дати резону трошкови/добит и пропорционалности. Другим ријечима, не би требали бити хоспитализовани пацијенти који су већ тешко обољели и којима је трајање живота очекивано кратко.

Овакву праксу један број аутора (Љубичић, 2021) сматра отвореном дискриминацијом старих, док други (De Oliveira, Machado, Dadalto, 2020) у томе виде рационално рјешење којем су прибјегли здравствени системи на рубу пуцања. Иако је оно нека врста Софијиног избора<sup>12</sup> (Estella et al., 2020: 440), једина мудра опција је била да се у обзир узму и доступни ресурси, озбиљност клиничке слике и могућност преживљавања као критеријуми одлуке да се неко смјести на јединицу интензивне његе. Образлажу даље да у ситуацији катастрофе не можемо очекивати да сви обољели добију потребну медицинску помоћ и да су због тога јасни клинички протоколи и водичи

<sup>12</sup> Термин Софијин избор је преузет из истоименог филма, који описује ситуацију када мајка, која је заробљена заједно са своје двоје дјеце у Аушвицу, треба да одлучи које дијете ће спасти, а које ће сигурно умријети. Софијин избор је појам који описује тешку одлуку или у сваком случају трагичан избор (de Oliveira, Machado, Dadalto, 2020: 597).

неопходни. На тај начин, наводи се, осигурава се адекватна употреба ресурса и поштује живот, а уз то се уважавају и узуси правичности, транспарентности, конзистентности, пропорционалности и одговорности као кључни принципи којима се треба руководити током кризе (De Oliveira, Machado, Dadalto, 2020: 597).

Иако је на овом мјесту оправдано запитати се ко је дефинисао правичност алокације?, ово ћемо питање оставити по страни, и пажњу скренути на резон (оправдање?) за успостављање оваквих водича клиничке праксе. Резон је универзалан, а да бисмо га илустровали позваћемо се на примјер Италијанског удружења за анестезију, аналгезију, реанимацију и интензивну медицину. Свој клинички водич ово тијело аргументује овако: у случају да поменути критеријуми нису усвојени ресурси би се трошили на све, па би здравствени систем, када би их исцрпио, морао да престане да се бави лијечењем, а то би довело до веће катастрофе (De Oliveira, Machado, Dadalto, 2020: 597).

Иако су подаци о импликацијама таквог односа према обојелим старим лицима недовољно исцрпни и систематични, сва је прилика да је смртност особа у трећем животном добу била изузетно висока усљед недостатка медицинске његе (Gilissen et al., 2020). То се првенствено односи на лица која живе у установама за бригу о старима. У једном од извјештаја Свјетске здравствене организације (у даљем тексту СЗО) наводи се да је више од 40% оних који су преминули усљед посљедица инфекције ковид-19 било збринуто у домовима за старе, док се тај проценат у неким високоразвијеним земљама пење на чак 80% (Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: policy brief, 2020: V). Брину и подаци које износи Амерички центар за медицинску његу и сервисе за медицинску помоћ. У овој је земљи до 1. јуна 2020. у установама социјалне заштите преминуло 26.000 људи, што је у том тренутку представљало четвртину свих смрти усљед инфекције вирусом ковид-19 (Monahan et al., 2020).

Да боље разумијемо ове налазе помаже нам неславна статистика о високој смртности старих лица која стиже из Шпаније (Rada, 2020). У овој је земљи један број за кревет везаних старих лица преминуо због тога што су их почетком пандемије његоватељи напустили плашећи се могућности да се разболе од непознатог и потенцијално смртоносног вируса (Ayalon, 2020). Таквом страху је кумовао и недостатак

потребне медицинске опреме: маске, дезинфекционих средстава и рукавица, као уосталом и то што је особље било препуштено само себи (Abbasi, 2020; Gilissen et al., 2020). Потоње сликовито илуструје водич којег је домовима за старе упутило Мадридско одјељење за здравље. У њему је дато упутство да они резиденти који испољавају симптоме респираторне инфекције, а који су непокретни, пате од интелектуалне ометености или озбиљног коморбидитета, не могу бити примљени у болницу, већ се о њима требају старати лоше опремљени и слабо обучени његоватељи у институционалном смјештају (Rada, 2020).

Како ствари стоје у домену палијативне његе? Један број аутора је сагласан да је палијативна њега постала изузетно важна карика збрињавања током пандемије.<sup>13</sup> И поред тога што је све потребнија, показало се да је, нажалост, све мање доступна, нарочито старијима (Rodin et al., 2020).

Иако постоји недвосмислено слагање око принципа да је за терминално обојеле неопходно да се обезбједи адекватна палијативна њега и у ситуацији пандемије (Atreya, Kumar, Salins, 2020: 3169; Rubio et al., 2020), то је веома тешко постићи (The Lancet, 2020). Бројни су разлози, а у литератури се подвлаче ови: вријеме које је остало на располагању пацијентима је кратко, професионалци су оптерећени послом, изолација је наметнута, а породици се савјетује да се физички дистанцирају од обојелог (The Lancet, 2020).

Осим тога, налазимо да се препоруке надлежних медицинских тијела дате током пандемије ријетко кад односе на домен палијативне његе. На примјер, водич о томе како управљати најзначајнијим здравственим сервисима који је издала СЗО се, између осталих, бави питањима имунизације, бриге о породиљама, ургентном медицинском

---

<sup>13</sup> Захваљујући љубазности др Горана Шеве, замјеника директора Градског завода за геријатрију и палијативно збрињавање у Београду, дошли смо до података о томе коликом броју пацијената су током 2020. године пружене услуге у оквиру ове установе. Годишње се на кућно лијечење, његу и палијативно збрињавање прими око 600 терминално обојелих, а, како наводи др Шево, у сваком тренутку је у овој установи евидентирано између 2.000–2.500 пацијената.

његом и заштитом хронично обољелих пацијената<sup>14</sup>, али се у овом документу палијативна њега не помиње<sup>15</sup> (The Lancet, 2020). С друге стране, водичи у којима је фокус стављен на терминално обољеле, у име логике рационализације ресурса, заговарају отворену дискриминацију ових људи. Тако Рубио и сарадници (2020) у већ поменутој анализи препорука медицинских тијела, које су донесене током пандемије, налазе да се интензивна медицинска њега мора заснивати на објективним критеријумима адекватности и очекиваном исходу процеса лијечења који би морао водити добром квалитету живота и функционалности. Осмишљени индикатори који клиничарима требају помоћи приликом доношења одлуке о томе који пацијенти имају приоритет у лијечењу у интензивним јединицама њега, а које треба искључити, јасно говоре у прилог отвореној дискриминацији људи на крају живота. Наиме, они који болују од тешке болести по Чарлсоновом индексу коморбидитета (Charlson Comorbidity Index), као и људи који пате од неизљечиве болести која неизбјежно води смрти, не могу бити смјештени на јединице интензивне њега (Rubio et al., 2020: 442).

Надаље, Гилисен (Gilissen) и сарадници (2020) су, на основу анализе садржаја националних и међународних водича који се односе на палијативну његу<sup>16</sup>, уочили да су теме везане за збрињавање терми-

<sup>14</sup> Онг (Ong) и сарадници (2020) на примјеру Сингапура илуструју посљедице обустанове посјета у одјељењима палијативне њега како би се спријечило ширење инфекције ковид-19 вирусом и додатно угрожавање живота обољелих. Током пандемије посјете су биле забрањене или је дозвољавано да пацијента посјети уз обавезне посебне мјере предострожности један члан породице. Одсуство драгих лица, сматрају аутори, код обољелих је изазивало изразити емоционални дистрес.

<sup>15</sup> Занимљиво је примјетити да консултовани аутори, уз ријетке изузетке (Коф, 2020), не помињу искуства земаља у којима су установе намјењене палијативним пацијентима током короне прешли у ковид системе, што ће рећи да нису били доступни терминално обољелим људима.

<sup>16</sup> Анализиран је садржај јавно доступних водича за палијативну његу у институционалном сетингу који су бирани на основу неколиких критеријума, између осталог и кључних ријечи: палијативна њега, одлуке везане за крај живота, терминално обољели. Три водича је инаугурисала СЗО, док су остали објављени у САД (седам), Холандији (два), Ирској (један), Великој Британији (три), Швајцарској (три), Новом Зеланду (један) и Белгији (један).

нално обољелих лица покренуте, али само до одређеног степена. На примјер, већина препорука тиче се регулисања посјета обољелима и пријема у болнице, док су нека друга важна питања (практични водичи, структуралне потешкоће, питања координације) остављена без одговора. Такав је случај са трима препорукама СЗО које имају међународни карактер. Оне се односе на превенцију инфекције ковид-19 код терминално обољелих људи, баве се и питањима третирања посмртних остатака и сахрањивања преминулих, али се штуро изјашњавају о холистичкој процјени симптома, складиштењу неопходне опреме и лијекова, обуке и подршке особљу, начина комуникације са обољелим и члановима његове породице, доношењу одлука које се односе на умируће пацијенте... Осим тога, за све анализиране водиче карактеристично је да постоји тек незнатан број препорука које се тичу купирања симптома умирућих пацијената, као и подршке породици током процеса туговања којег емоционално тежим чини немогућност или смањена могућност да се буде уз ближњег због обавезе држања физичке дистанце.

Шта о свему овом мисле они на које се ове мјере непосредно односе имамо мало сазнања. Квалитативне студије су малобројне, а на томе имамо захвалити још увијек присутној пандемији. Једно од таквих истраживања су радили Маћи (Macchi) и сарадници (2021). Они су на основу квалитативне грађе – интервјуа са обољелима од неуродегенеративних болести који се лијече у оквиру амбулантне неуропалијативне медицине – посебне специјалности палијативне његе, и њиховим његователима, закључили да је пандемија у великој мјери утицала на квалитет живота обољелих и оних који о њима брину (Macchi et al., 2021). И једни и други се суочавају са недостатком потребних услуга, уз повећане потребе за здравственом његом усљед погоршања симптома и психосоцијалном подршком на које нема ко да одговори.

#### 4. Умјесто закључка

У посљедње двије године (2020–2022) на глобалном нивоу на површину су испливали недостаци здравствених система (Манић, 2021; Мојић, 2021). У ситуацији још увијек актуелне пандемије, којој се не

наслућује крај, постале су очигледне њихове бројне мањкавости. Вирус који је завладао свијетом оку јавности предочио је да се здравство на глобалном нивоу суочава не само са мањком ресурса: медицинске опреме, доступних кревета, особља..., већ нас је упозорио и на присуство отвореног еџизма према једној од категорија обољелих – људима у трећем животном добу (Džonson, Zigler, Vinslejd, 2008: 221). Наиме, праксе лијечења остарјелих оптерећене су еџистичким постулатом којег љекари и друго медицинско особље не морају бити свјесни, а који гласи да је живот старе особе мање важан у односу на животе млађих по узрасту.

Пандемија је, како у домену интензивне медицине тако и у палијативној њези, актуелним учинила неке етичке дилеме, каква је она има ли смисла примјењивати медицинске интервенције иако су оне узалудне – очекује се да оне неће имати позитиван исход (Džonson, Zigler, Vinslejd, 2008: 45) и на велика врата у праксу увела биополитику засновану на одмјеравању трошкова и користи. Тако су у једном броју земаља развијеног Запада донесене етичке препоруке/водичи клиничке праксе за пријем на јединице интензивне његе који дискриминишу старе. Аргумент за такву праксу је да би лијечење у оквиру јединица интензивне његе пацијената у трећем добу, који углавном пате и од придружених болести, било узалудно и да би били потрошени драгоцјени ресурси на оне који се свакако не могу опоравити.

По једном броју аутора такво поступање је једино рационално у ситуацији медицинске катастрофе, док други цијене да су ове праксе некрополчке (Kochi, 2020, према Perić Dilgenski, 2020: 629). Потоње становиште упозорава да таква системска дискриминација старих може имати озбиљне посљедице како по њих тако и по друштва чији су они резиденти. Наша бојазан је да је недостатак медицинских ресурса укинуо права старих на здравље и здравствену његу. Какви су исходи такве праксе није тешко закључити, као ни то да су у ситуацији пандемије људи у трећем животном добу од стране једног броја доносилаца одлука у домену медицине препознати као непотребни баласт.

И на крају, са читаоцем дијелимо податке које смо пронашли у литератури, без намјере да закључујемо о њиховој позитивној корелацији. Стављени један поред другог налази: 1. да у Великој Британији од смрзавања на годишњем нивоу премине између 20.000 и 50.000



старих, и 2. да су у овој земљи добротворне организације које се баве старима најгласнији заговорници идеје о еутаназији, нама говоре да се савремена друштва спремају на опасне путеве и странпутице. Ми се надамо да гријешимо, да је веза само привидна и да је човјек ипак хуманије биће.

### Литература

- Abbasi, J. (2020). "Abandoned" Nursing Homes Continue to Face Critical Supply and Staff Shortages as COVID-19 Toll Has Mounted. *JAMA*, 324(2), 123–125. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2767282>
- AGE Platform Europe Position on Structural Ageism (2016). [https://www.age-platform.eu/sites/default/files/AGE\\_IntergenerationalSolidarity\\_Position\\_on\\_Structural\\_Ageism2016.pdf](https://www.age-platform.eu/sites/default/files/AGE_IntergenerationalSolidarity_Position_on_Structural_Ageism2016.pdf)
- Albers, G., Martins Pereira, S., Onwuteaka-Philipsen, B., Deliens, L., Pasman, R., Van den Block, L. (2015). A public health perspective on palliative care for older people: an introduction, in: L. Van den Block, (Ed.), *Palliative care for older people: A public health perspective* (pp. 3–19). Oxford: Oxford University Press.
- Atreya, S., Kumar, R., Salins, N. (2020). Community-based palliative care during the COVID 19 pandemic, *J Family Med Prim Care*, 9(7), 3169–3175.
- Ayalon, L. (2020). There is nothing new under the sun: ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak, *Int Psychogeriatr.*, 1–4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7184144/>.
- Burt, J., Raine, R. (2006). The effect of age on referral to and use of specialist palliative care services in adult cancer patients: a systematic review, *Age and Ageing*, 35, 469–476.
- Cesari, M., Proietti, M., Fehra, F. (2020). COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic, *JAMDA* 21, pp. 576–577. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118618/>.
- Dragišić Labaš, S. (2016). *Aktivno starenje u Beogradu*. Beograd: Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta, Službeni glasnik.
- Драгишић Лабаш, С. (2021). Изазови активног старења и ментално здравље у време пандемије ковида 19 у Србији. У: С. Драгишић Лабаш (ур.), *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19* (стр. 117–135). Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет.

- Đukanović, K., Bogdanović Vasić, S. (2020). Palijativna njega kao integralni deo zdravstvene nege, *Sestrinska reč*, 11–14.
- Džonson, R. A., Zigler, M., Vinslejd, V. (2008). *Klinička etika. Praktični pristup etičkim odlukama u kliničkoj medicini*. Beograd: Službeni glasnik.
- Gilissen, J., Pivodic, L., Unroe, T. K., Van den Block, L. (2020). International COVID-19 Palliative Care Guidance for Nursing Homes Leaves Key Themes Unaddressed, *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), 56–69.
- Gott, H., Ibrahim, M. A., Binstock, H. R. (2011). The disadvantaged dying: Ageing, ageism, and palliative care provision for older people in the UK, in: M. Gott, C. Ingleton (Eds.), *Living with Ageism and Dying: Palliative and End of Life Care for Older People* (pp. 52–62). Oxford: Oxford University Press.
- Harries, C., Forrest, D., Harvey, N., McClelland, A., Bowling, A. (2007). Which doctors are influenced by patient's age? A multy-method study of angina treatment in general practice, cardiology and gerontology, *Quality & Safety in Health Care*, 16(1), 23–17.
- Knaul, F. M. et al. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – an imperative of universal health coverage, *The Lancet Commission report. The Lancet Commissions*, 391(10128). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29032993/>.
- Koh, M. Y. (2020). Palliative care in the time of COVID-19: reflections from the frontline, *Journal of pain and symptom management*, 60(1), 3–4.
- Macchi, A. Z., Ayele, R., Dini, M., Lamira, J., Katz, M., Pantilat, Z. S., Jones, J., Kluger, M. B. (2021). Lessons from the COVID-19 pandemic for improving outpatient neuropalliative care: A qualitative study of patient and caregiver perspectives, *Palliative Medicine*, 35(7), 1258–1266.
- Манић, Ж. (2021). Значај телеасистенције за старије у Србији током пандемије ковида 19. У: С. Драгишић Лабаш (ур.), *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19* (стр. 31–49). Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет.
- Monahan, C., Macdonald, J., Lytle, A., Apriceno, M-B., Levy, R. S. (2020). The COVID-19 and Ageism: How Positive and Negative Responses Impact Older Adults and Society, *American Psychologist*, 75(7), 887–896.
- Мојић, Д. (2021). Организација и начин функционисања домова за старије особе у време пандемије ковида 19 у Србији. У: С. Драгишић Лабаш (ур.), *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19* (стр. 11–31). Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет.
- Љубичић, М. (2021). Свакодневица старијих и званични дискурс о корони; између друштвене бриге и ејџизма. У: С. Драгишић Лабаш (ур.), *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19* (стр. 67–85). Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет.

- Ong, J. K., Yin Yin Lim, M., Chang, J. X. R., Wong, P. Y. Koh, H. L. (2020). Collateral Damage: How the COVID-19 Pandemic Has Affected the Dying Process of Palliative Care Patients in Hospitals-Our Experience and Recommendations, *Ann Acad Med Singap*, 49(8), 616–620.
- Organizacija palijativnog lečenja i nege i ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu u oblasti palijativnog lečenja na području AP Vojvodina* (2015). Pokrajinski zaštitnik građana Autonomne Pokrajine Vojvodine: Novi Sad.
- Perić Dilgenski, T. (2020). Koronavirus u (bio)političkom imaginarijumu, *Sociološki pregled*, LIV(3), 627–646.
- Petretto, R. D., Pili, R. (2020). Ageing and COVID-19: What Is the Role for Elderly People?, *Geriatrics* 5, 25.
- Rada, G. A. (2020). Covid-19: the precarious position of Spain's nursing homes, *BMJ* 369. [https://web.archive.org/web/20200429044128id\\_/https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m1554.full.pdf](https://web.archive.org/web/20200429044128id_/https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m1554.full.pdf)
- Rodin, G., Zimmermann, C., Rodin, D., Awamer, A., Sullivan, R., Chamberlain, C. (2020). COVID-19, palliative care and public health, *European Journal of Cancer*, 136, 95–98.
- Rubio, O., Estella, A., Cabre, L., Saralegui-Reta, I., Martin, M. C., Zapata, L., et al. (2020). Recomendaciones éticas para la toma de decisiones difíciles en las unidades de cuidados intensivos ante la situación excepcional de crisis por la pandemia por COVID-19: revisión rápida y consenso de expertos, *Med Intensiva*, 44, 439–445.
- Senger, E. (2019). Ageism in medicine a pressing problem, *CMAJ*, 14, 191.
- Skirbekk, H., Nortvedt, P. (2014). Inadequate Treatment for Elderly Patients: Professional Norms and Tight Budgets Could Cause “Ageism” in Hospitals, *Health Care Anal* 22, 192–201. <https://doi.org/10.1007/s10728-012-0207-2>.
- Vilela De Oliveira, A. S., Campos Machado, J., Dadalto, L. (2020). Palliative care and autonomy of older adults exposed to Covid-19, *Rev. Bioét.*, 28(4), 595–603.
- Waters, L. (2012). *Factors Associated with Access to Palliative Care in a Large Urban Public Teaching Hospital with a Formal Hospital-Based Palliative Care Program*, VCU Scholars Compass, Virginia Commonwealth University Theses and Dissertations Graduate School. <https://scholarscompass.vcu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3745&context=etd>.
- Whitton, S. L. (1997). Ageism: Paternalism and Prejudice, *DePaul Law Review*, 46(2), 453–482.
- World Health Organization (2020). Preventing and managing COVID-19 across long-term care services: policy brief (2020). Geneva. WHO/2019-nCoV/Policy\_Brief/Long-term\_Care/2020.1).

Wyman, F. M., Shiovitz-Ezra, S. Bengel, J. (2018). *Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems*, in: L. Ayalon, C. Tesch-Römer, (eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism* (pp. 193–212). Cham: Springer. [https://ifa.ngo/wp-content/uploads/2019/10/Ageism\\_in\\_the\\_Health\\_Care\\_System\\_Providers\\_Patient.pdf](https://ifa.ngo/wp-content/uploads/2019/10/Ageism_in_the_Health_Care_System_Providers_Patient.pdf)

**Milana Ljubicic**

## **HEALTH CARE OF THE ELDERLY WITH PARTICULAR REFERENCE TO PALLIATIVE CARE IN THE AGE OF NEW NORMALITY**

### **Abstract**

Prejudices against the elderly and practices based on them are equally present today as they were many centuries earlier. However, in modern, especially in developed western countries governed by the principles of the rule of law, the presence of systemically supported ageism, such as in health care, should be a concern due to its implications. The new normality has enabled us to recognize the face of ageism in medicine. It turned out that during the pandemic, care for the elderly in a large number of Western countries ranged from benevolent ageism to openly discriminatory practices, i.e., denial of medical care. This refers, among others, to two domains of health care: in the case of intensive medical care due to covid-19 virus infection and palliative care. To point out the presence of ageism in medicine, we reviewed available empirical data on the characteristics of health care and palliative care for the elderly suffering from various diseases, the attitude of medical staff towards patients, and recommendations and clinical protocols concerning the elderly during the pandemic. The analysis of secondary material unequivocally confirms that ageism is continuous: it is present in the time before the pandemic and in the pandemic situation. Poor and otherwise marginalized older adults are particularly disadvantaged in health care. To conclude: the right to health and health care in practice is proportionate to assessing the benefits that society can expect from the holder of this right.

**Key words:** elderly, ageism, health care, covid-19, palliative care.



Оригинални научни рад  
УДК 316.644-053.9:364(497.11)"2021"  
316.728-053.9(497.11)"2021"  
316.346.32-053.9(497.11)"2021"  
Рад послат: 10.6.2022.  
Рад прихваћен: 16.8.2022.

Слађана Драгишић Лабаш\*

Универзитет у Београду – Филозофски факултет

## АКТИВНО СТАРЕЊЕ У ВРЕМЕ ПАНДЕМИЈЕ КОВИД-19: КРЕИРАЊЕ НОВИХ АКТИВНОСТИ\*\*

**Резиме:** У раду се бавимо могућностима за активно старење старијих особа из Београда у време пандемије ковида-19, кроз одржавање дотадашњих активности (менталних и физичких) и креирање нових „пандемијским условима прилагођеним” депањима. Одржавање свакодневних ритуала, домаћинства, социјалних односа, као и организација слободног времена у условима потпуног затварања, а и касније, захтевали су значајне промене које није било могуће остварити без улагања додатних менталних снага и развијене имагинације. Испитаници, њих 25, старости од 70 до 93 године, суочили су се са стресним околностима изазваним пандемијом, а посебно потпуним затварањем. Захваљујући „солидној” материјалној ситуацији и условима становања, живљењу у кући са двориштем и поседовању викендица, доброј образовној структури, као и развијеној социјалној мрежи, старији су успели да наставе са активним животом „прилагођеним кућним условима”. То није било нимало лако, али је, захваљујући претходним искуствима суочавања са стресним животним догађајима и њиховој резилијентности, период потпуног затварања остао упамћен по различитим активностима захваљујући којима активно старење није било потпуно прекинуто. Ослањајући се искључиво на личне снаге, без значајне институционалне помоћи, старији су остали задовољни собом и својим функционисањем, не сматрајући се вулнерабилнијим од других старосних категорија.

**Кључне речи:** активно старење, нове активности, пандемија ковид-19, материјални ресурси, културни ресурси, резилијентност

---

\* Редовна професорица, [sladjadl@yahoo.com](mailto:sladjadl@yahoo.com)

\*\* Рад је настао у оквиру научноистраживачког пројекта *Човек и друштво у време кризе*, који финансира Филозофски факултет Универзитета у Београду.

## 1. Увод

Пандемија изазвана вирусом САРС-КОВ-2 (SARS-CoV-2), или пандемија КОВИД-19 (COVID-19), утицала је на милионе људи широм света, мењајући њихов дотадашњи начин живота и функционисања. Изненадне и нагле промене изазвале су страх од заражавања, као и страх од друштвених и економских последица<sup>1</sup> и губитка формалне социјалне подршке. То је захтевало налажење различитих стратегија за прилагођавање новим условима живота појединаца, као и друштва које је требало да обезбеди додатне услуге одређеним категоријама становништва, у које спадају и старији. Ковид мере физичке дистанцираности и самоизолованости<sup>2</sup> захтевале су снажнију и формалну и неформалну социјалну подршку у смислу помоћи у нематеријалним и материјалним ресурсима.

Сматра се да је психолошка пандемија страха и панике расла брже од саме пандемије ковида-19. Тако се нпр. у Холандији повећала преваленца анксиозности и депресије у односу на предпандемијски период, али, осим нарушеног менталног здравља, пандемија је довела до озбиљних економских и социјалних последица, остављајући један број људи без посла, а друге (међу њима и старије) суочила са смањеним приступом здравственим услугама. Све то је био додатни фактор погоршања здравља (менталног и физичког) (Dekker et al., 2022). Налази добијени у Пољској потврђују промене менталног здравља старијих од 60 година и учесталије присуство осећања усамљености, раздражљивости и симптоме анксиозности и депресије у односу на

---

<sup>1</sup> Према подацима истраживања, рађених у 24 земље, показује се да је у Србији перцепција економских ризика већа од здравствених. У многим земљама се сматра да је мања вероватноћа заражавања у односу на економску штету коју појединци могу да претрпе (Nisa et al., 2021).

<sup>2</sup> Истраживања повезаности социјалних контаката, солидарности и осећања усамљености у време пандемије ковида-19, рађених у 23 земље, показују да „online” контакт није могао да замени контакт лицем у лице и смањи усамљеност. Препоручује се разматрање примене других стратегија осим потпуног затварања и социјалне изолованости (van Breen et al., 2022).

претпандемијски период (Dziedzic et al., 2021).<sup>3</sup> Према истраживању рађеном у САД нађен је виши ниво анксиозности, усамљености и бриге око финансија међу испитаницима у чијим су земљама прописане мере неизлажења из куће у поређењу са онима где таквих забрана није било (Tull et al., 2020, према Sugmas et al., 2021). У Индији је потпуно затварање трајало дуже од 50 дана и један број старијих је био „деморалисан и очајан”, патили су од усамљености и социјалне изолованости, а посебно они који живе сами (Regy et al., 2021).<sup>4</sup>

Посебно угроженом групом виђени су старији од 65 година чија је стопа смртности на почетку пандемије била највиша. Процењено је да највећи ризик од високог морталитета имају земље са великим уделом старије популације у укупном становништву, као и мање развијене земље са лошијим системом здравствене заштите (Arsalan et al., 2020). Ипак, било је и другачијих мишљења од оних о повезаности старости са вулнерабилношћу и нижом резилијентношћу, а са нагласком да овакви ставови не важе за све старије људе и да воде ка јачању већ постојећег ејдизма (Rahman & Jahan, 2020: 632; Ayalon, 2020; Monahan et al., 2020, према Љубичић, 2021). Анализа ковид наратива у нашим медијима (телевизији) истиче пренаглашено исказивање бриге и специфичан начин обраћања („наши” „баке и деке”), што указује на доживљавање старијих као инфериорних особа. Таква слика о старијима у време ковида-19, пласирана путем јавних медија, утицала је на перцепцију осталих категорија становништва (Звијер, 2021). Супротно од схватања да су старији најугроженија категорија у време криза показују и резултати истраживања рађених у Америци,

<sup>3</sup> Један од пет учесника студије имао је симптоме анксиозности и депресије. Већи је број жена, незапослених, особа које живе саме, лошијег здравља, са хроничним болестима и лошијим материјалним стањем (Dziedzic et al., 2021).

<sup>4</sup> Према студији рађеној у Словенији, ментално здравље старијих било је повезано са системима социјалне подршке. Старији су подељени у три групе у односу на врсту и интензитет социјалне подршке. У првој су они који живе у руралним областима и који су имали ширу социјалну подршку добијену од чланова породице, комшија и пријатеља. У другој групи су мушкарци који су добили мању социјалну подршку од партнера и чланова породице. У трећој групи су жене које живе у урбаним подручјима и које су имале снажну емоционалну и инструменталну подршку добијену од стране партнера, чланова породице и пријатеља (Sugmas et al., 2021).



Италији и Шпанији, и то о нижем нивоу стреса код старијих у односу на млађу популацију и жене, који су се суочили са више психичких тегоба (депресивних и анксиозних) у време пандемије (Barzilay et al., 2020; Gonzales Sanguino et al., 2020; Rossi et al., 2021, према Радоман, 2021).

Старије особе у Србији (65+ или 70+ у зависности од насељености у месту становања) искусиле су потпуно затварање у периоду ванредног стања (уведеног 15. марта 2020) у трајању од 35 дана са повременим изласцима у одређеном временском периоду једном недељно.<sup>5</sup> Старији су се на различите начине суочили са тзв. „новом нормалношћу” (Љубичић, 2021), коју је требало на нов начин и осмислити, и показали су виши ниво резилјентности у односу како су виђени у званичном дискурсу. Старији који су у предпандемијском периоду били задовољни квалитетом живота – имали задовољавајући материјални статус, добре породичне односе и развијену социјалну мрежу и себе проценили као самосталне и активне, успели су да се прилагоде новонасталој ситуацији без већих проблема (рационално прихватање без интензивних негативних емоција), међутим, потпуно затварање је довело до осећаја понижености и беспомоћности, као и губитка контроле над неким аспектима функционисања (Цамоња Игњатовић et al., 2020). Према другом истраживању, слично, старији су сматрали да је пандемија ковида-19 стресна животна ситуација која је довела до промена расположења и активности, али да је забрана изласка била додатни, чак и већи стрес и претерана мера и да су старији доживљени као недовољно одговорни и неспремни на сарадњу у заједници (Драгишић Лабаш, 2021).<sup>6</sup> Овде се мисли пре свега на људе који активно живе и старе, имају развијену социјалну мрежу и који су успели добро да се снађу у ситуацији изазваној пандемијом ковида-19. Ипак треба бити обазрив у закључцима јер један број старијих свакако припада „рањивој групи”, посебно особе са више хроничних боле-

<sup>5</sup> <https://covid19.rs/o-covid-19-virusu>

<sup>6</sup> Ускраћивање кретања старијима који живе у вишегенерацијским домаћинствима такође се није показало ефикасном мером, јер је до заражавања долазило због неадекватног стамбеног простора и немогућности одвајања чланова породица у таквом простору (Мирков, 2021).

сти<sup>7</sup>, са слабијим материјалним, културним и социјалним ресурсима којима је потребна већа и континуирана друштвена подршка и медицинска нега. Старији (као и млађи) вулнерабилни у непандемијским условима у време пандемије постају још рањивији.

## 2. Активно старење: дефинисање и критика

Термин успешно старење први пут је употребљен 1961. у часопису Геронтологија од стране једног аутора чланка (Robert Navighurst), а као доминантна парадигма опстаје још од 1980-их. Последњих деценија користе се други термини – продуктивно старење, здраво старење, активно старење (Lamb et al., 2017). Светска здравствена организација (WHO, 2002: 22) активно старење дефинише као процес оптимизације могућности за здравље, партиципацију и безбедност, а у циљу побољшања квалитета живота. Истиче се такође да је важно да старији „остану активни и доприносе својим породицама, вршњацима, заједницама и народима”<sup>8</sup> У литератури не постоји консензус у погледу мерења активног (успешног) старења, али су најчешће помињани индикатори: добро физичко здравље; продуктивна

<sup>7</sup> У питању су старији са хроничним незаразним болестима, као што су кардиоваскуларна обољења, дијабетес, астма и психички поремећаји (Милићевић Калашевић и сарад., 2021). Обојели од Алцхајмерове болести такође спадају у ризичну групу којој је потребна чешћа хоспитализација и интензивна нега, као и због „највећег ковид 19 удруженог морталитета” (Burns et al., 2021, према Милићевић Калашевић et al., 2021: 35).

<sup>8</sup> Према Стратегији за здраво старење у Европи 2012–2020. издвојене су 4 стратешке области: 1) „здро старење кроз цео живот” (укључује превенцију болести код старијих од 50 година, евалуације, мониторинг); 2) „подржавајуће окружење” (омогућава активно учешће старијих особа у локалној заједници и политикама које се односе на здраво старење); 3) „здравствени систем фокусиран на здравље и негу старије популације” (нови модели неге, развијена превенција – примарна, секундарна, терцијарна, добра информисаност старијих (е-информисање), финансијска подршка и универзални приступ здравственој и социјалној заштити...); 4) „интензивирање истраживања и стварање база података” (процена и праћење здравственог статуса и функционисања старијих). СЗО истиче важност промовисања физичких активности старијих, „спречавање пада”, вакцинацију, јачање формалне и неформалне неге (брига о себи, самопомоћ) (Riva et al., 2014).

активност; капацитет за когнитивни раст; задовољство животом; адаптација на промене и постизање личних циљева; самоконтрола; самоиспуњење, духовност, итд (Versey, Newton, 2013; Tovel, Carmel, 2014, према Драгишић Лабаш, 2016).<sup>9</sup> Дакле, на почетку се важним критеријумом за активно старење сматрало физичко здравље и продуктивност, али временом се фокус мења и усмерава ка различитим активностима (рекреативним, едукативним...), личним одлукама, изборима и делању које унапређује квалитет живота.

Критике успешног старења односе се на: одржавање родних стереотипа (да жене више брину о телу и задржавању доброг изгледа јер се то од њих и очекује у односу на мушкарце), етноцентричност (везано за доминантне идеале – америчке или неке друге), неуважавање социјалних неједнакости и разлика у здравственом статусу, као и да се у истраживањима ретко чује глас старијих (Lamb et al., 2017). Критике дефинисања активног старења (АС) и дискурса о активном старењу заснивају се на истицању личне, а умањењу друштвене одговорности за активно старење. За активно старење неопходна је подршка заједнице и активно старење не подразумева искључиво ослањање на личне ресурсе. Активно старење је повезано са личним факторима исто колико и са социокултурним окружењем и политикама. Тако еколошки приступ разматра старење као интеракцију појединца и физичког и друштвеног окружења. Одржавање активног старења у заједници подразумева урбанистичко пројектовање и планирање услуга важних за АС. Такви приступи укључују стварање здравих градова погодних за живот старијих особа, што укључује: приступачан јавни превоз, услуге здравствене заштите, информативне услуге, рекреативне програме, прилике за волонтирање, итд (Lak et al., 2020).

<sup>9</sup> Конструисан је „нов алат” за мерење активног старења (АС) заснован на еколошком моделу у урбаним насељима (уз учешће мултидисциплинарног тима). Еколошки модел се фокусира на однос старијих особа и животне средине. Скала се састоји из пет делова и мери следеће димензије важне за АС: просторну, социо-економску, државно-политичку и здравствену. Активно старење почиње на индивидуалном нивоу (ставови, понашање), али укључује друштвено и физичко окружење. Примена овог мерног инструмента може бити веома корисна за креаторе политика и архитекте који се баве урбаним дизајном, а у циљу помоћи старијима да одржавају свој активан и здрав живот (Lak et al., 2021).

Предлаже се допуна термина и говори о „аутентичном активном старењу”. Тај термин укључује културну разноликост старења, а не искључује оне који не могу да испуне све критеријуме „активног старења”, промовише социјалну инклузију и социјалну правду за старије (Драгишић Лабаш, 2021). Како наглашавају Фостер и Вокер (2015, према Lak et al., 2021: 2), у мерењу активног старења „морамо поштовати националне и културне разноликости”. Дакле, за процену активног старења потребни су објективни критеријуми који уважавају културни и друштвени контекст и субјективни критеријуми. Налази истраживања (Lamb et al., 2017) указују да старији у значајном броју прихватају идеју о здравом, активном старењу, али је некима то онемогућено из здравствених и/или материјалних разлога, а пре свега „неподржавајуће заједнице”.

### 3. Истраживање активног старења у Београду – „старе и нове активности”

У овом делу рада биће кратко представљени налази о практиковању различитих активности (физичких и менталних) из наше студије (Драгишић Лабаш, 2016) о активном старењу у Београду, јер је већи број садашњих испитаника припадао претходном узорку на основу кога је вршено испитивање. У студији су наведени лични примери активног старења упркос ограниченим материјалним и друштвеним ресурсима који су га на различите начине ометали. Прихваћен је концепт аутентичног активног старења које даје свим појединцима једнаку шансу да остаре на свој активан начин.

После одласка у пензију, догађаја који се сматра стресним и који захтева мање или веће промене и стратегије прилагођавања, наши испитаници су у свакодневици, у слободно време, наставили да се баве углавном истим активностима као и раније (зависно од година). Велики број саговорника је укључио нове активности за које раније није било довољно времена или новца. Веровања испитаника да су физичке и менталне активности значајне за успешно старење и одржавање здравља усмерава њихово понашање и делање, па су сви на различите начине физички и ментално активни. Старији стари и најстарији стари

(75–84 и 85+) се највише баве шетњом, а млађи старији (65–74) различитим активностима: пливањем, скијањем, кошарком, фудбалом, возњом бицикла, вежбама на справама у теретани, вежбама на специјалним машинама, јогом, вежбама на поду у кућним условима, као и радом у башти или у викендици. Заступљене су различите едукативне, уметничке, креативне активности. Већина испитаника користи компјутер или таблет за рад, електронску пошту и Скајп за комуникацију са блиским људима (Драгишић Лабаш, 2016). За испитанике је активно старење позитивно искуство, јер они не би ни могли другачије да живе, стога своје старење повезују са активним живљењем, радом и продуктивношћу, још од периода младости. Како су старији испитаници пет година после овог истраживања успели да се изборе са новом стресном животном ситуацијом изазваном пандемијом ковид-19, биће речи даље у тексту, као и колико је било тешко одржати активно старење у време потпуног затварања. Да ли су се тада старији нашли у „неподржавајућој заједници” која је потценила њихову одговорност, рационалност, спремност на сарадњу и лични избор и зауставила активно старење?

#### 4. Истраживања у Србији у време пандемије ковида-19

У периоду пандемије урађен је један број значајних истраживања у Србији, која се не односе искључиво на старије, али их укључују као једну од старосних категорија, а даље у тексту ће бити представљени неки од резултата. Резултати истраживања су драгоцени за планирање кризних интервенција у време пандемије ковида-19, али и за будуће кризне ситуације. За разлику од нпр. природних катастрофа у којима се људи удружују, групишу и покушавају да заједно реше проблеме, пандемија ковид-19 је специфична управо због потребе за физичком дистанцом и у том смислу тежа.

У току пандемије испитивање субјективног благостања и повећења у људе<sup>10</sup> (Павловић, Петровић, 2020) указује да је задовољство животом (когнитивна димензија) углавном непромењено, док је про-

<sup>10</sup> Узорак су чинила 602 пунолетна испитаника, а примењен је онлајн упитник.

цена среће (афективна димензија) „претрпела значајан пад” условљен страхом за здравље и социјалном изолованомшћу. Солидарност и поштење других људи оцењено је *вишом оценом* у односу на претпандемијски период, док ауторке постављају питање да ли ће ова процена остати и даље. Према истраживању породичних пракси у време ванредног стања у Србији<sup>11</sup> (Чикић, Билиновић Рајачић, 2020) добијени су занимљиви резултати, и то да су „партнерске праксе показале најизраженији континуитет у односу на претпандемијско стање”, а уколико су праксе промењене у већини случајева се евидентира промена набоље, „изазвана значајнијим заједничким провођењем времена, новим заједничким интересовањима или интензивираним интимношћу” (Чикић, Билиновић Рајачић, 2020: 814). Нађене су промене у праксама снабдевања – планирању унапред и прављењу мањих залиха, док су старије испитанице истакле значајну помоћ у набавци намирница од деце, снаха и зетова. На промене породичних пракси у време пандемије указују и други истраживачи (Ристић et al., 2020)<sup>12</sup>, а које се односе на кућне послове, негу и бригу о деци и старијима и куповину намирница. Обавезе око деце, посебно у периоду затварања школа и вртића, почеле су да се деле између супружника, тако да овај период у неким породицама одликује активно очинство, које је и новооснована пракса. Више од трећине испитаника је бринуло о старијима, а брига је подељена и није била искључиво обавеза жена (што је у нашој култури уобичајена пракса). Испитаницима из руралних подручја су више помагале комшије у односу на оне из градских. Недостатак институционалне помоћи захтевао је повећан степен комшијске и рођачке солидарности.

О важности породичне и подршке социјалне мреже у периоду кризе истиче у истраживању и Радоман (2021). Ово су важни фактори за очување личног доживљаја идентитета и самосталности. Те резултате потврђује и истраживање самопомоћи<sup>13</sup> (Урошевић, 2020), тј. веровања и пракси старијих о начинима превазилажења негативних

<sup>11</sup> Узорак је чинило 265 жена, а примењен је метод анкетања и онлајн разговора.

<sup>12</sup> Узорак је чинило 685 пунолетних испитаника, а примењен је онлајн упитник.

<sup>13</sup> Предлог о оснивању Група самопомоћи за старије после пандемије ковида-19 сматрамо врло значајном идејом.

емоција у време пандемије ковида-19. Испитаници су истакли као веома значајну солидарност у кругу породице и у комшилуку,<sup>14</sup> док су примењене личне стратегије обухватиле и тражење помоћи од стручњака. Тако се обраћање стручњацима који раде у компанији „Контакта”, која пружа услугу телеасистенције у Србији (посебно значајном у време ванредног стања), повећало од стране старијих особа и чланова њихових породица у време пандемије ковида-19. Истакнута је „чешћа потреба за добијањем психолошке подршке и релевантних информација о обављању инструменталних активности свакодневног живота” (Манић, 2021).<sup>15</sup>

## 5. Методски оквир – узорак и циљ истраживања

Узорком је обухваћено 25 испитаника (14 жена и 11 мушкараца), старости од 70 до 93 године, од којих је већи број учествовао и у ранијем истраживању о активном старењу (2016). Имена су промењена. Истраживање је рађено у периоду јануар–март 2021. године. У питању је пригодан, грудва (“snow-ball”) узорак. Приликом интервјуисања коришћен је полуструктурисани упитник, а разговори су обављани телефонски или преко Скајпа (Skype), као и у кућама испитаника (ауторка текста и испитаници су вакцинисани). Циљ истраживања је био шири<sup>16</sup> од испитивања активности којима су се испитаници

<sup>14</sup> Примењене личне стратегије су обухватиле: „непрепуштање очајању, јер свака криза прође”; веровање да ће бити боље; едукацију за прилагођавање новим ситуацијама; критички однос према информацијама и ограничено време за информисање; фокусирање на позитивне поруке (смс, вибер); комуникација путем телефона или скајпа; рекреативне активности, читање, музика... (Урошевић, 2020).

<sup>15</sup> Манић (2020: 45) наводи да телеасистенција „може допринети квалитетнијем самосталном животу старијих, јер подразумева пружање подршке у кризним ситуацијама на даљину”. Било би стога корисно ову услугу сврстати у мере социјалне заштите у Србији.

<sup>16</sup> „Било је важно да добијемо информације о следећим темама: да ли је пандемија стресна животна ситуација и, уколико јесте, које су начине за превазилажење стресне ситуације старији користили, како су се осећали, о чему су размишљали, потом колико се променила њихова свакодневица у време пандемије, како су организовали своје дотадашње активности (да ли су могли да их обављају и на који

бавили у време потпуног затварања и обухватио је истраживање могућности, ограничења и тешкоћа за активно старење у Београду у време пандемије ковида-19, док су за овај рад издвојени само подаци о активностима у време кризе.

## 6. Анализа резултата

### 6.1. Демографске карактеристике испитаника

Највећи број испитаника/ца припада старосној категорији 65–74, њих 12, док се у следеће две старосне категорије (75–84 и 84+) заједно *нашло* 13 испитаника. Заступљеност по полу је – 14 жена и 11 мушкараца. Више и високо образовање има нешто већи број старијих (12) у односу на средње (10). Сви испитаници су лични пензионери са, како су навели, „солидним” и „мањим” пензијама. Сви имају обезбеђен стамбени простор. Око половине наших саговорника је у браку (12), док је деветоро удоваца и удовица и четворо је разведених. Као што се и могло очекивати, већи број обудовелих налази се у категорији 85+, и то седам жена и двојица мушкараца. Сви испитаници имају децу, и то већина двоје деце. Доминирају двочлане породице (16) које чине испитаник и супружник или испитаник и дете, док деветоро саговорника/ца живе сами.

### 6.2. Активности у време пандемије ковида-19

#### 6.2.1. Радне и волонтерске активности

Као што је већ у тексту наглашено, узорак су чинили испитаници из Београда који активно старе, и који су у већем броју (19 од 25) учествовали и у ранијим истраживањима (Драгишић Лабаш, 2016;

---

начин), да ли су их заменили неким другим активностима које су могли да спроведу у кућним условима, како су одржавали контакте са блиским људима, како су обезбеђивали храну, лекове и остале потребне ствари, ко им је у томе помогао, да ли је стрес нарушио њихово ментално здравље и да ли су се обраћали стручњацима за помоћ и, на крају, шта данас мисле о мерама које су се у време пандемије ковида 19 односиле на старије од 65 година” (Драгишић Лабаш, 2021: 121).



Драгишић Лабаш, 2021). С обзиром на добру образовну структуру и субјективну и објективну процену активног старења, очекивало се да ће један број наставити да ради у струци или волонтира после пензионисања, што се и догодило. Половина испитаника је наставила да ради после 65. године (у претпандемијском периоду), те су их пандемија и ванредно стање у томе прекинули. Осим радних, прекинуте су и друге за активно старење важне активности (рекреативне, едукативне, креативне...). У питању су оне које су захтевале излазак из куће и коришћење јавног превоза, али не само у време потпуног затварања старијих од 65 година већ и после тога.

Теодора је била принуђена да напусти рад у једној приватној клиници, *Напустила сам посао због КОВИД-а... не желим да се враћам на посао због још увек лоше ситуације. Проблем је што не смем да примим вакцину, имала сам озбиљну реакцију на пеницилин. Син је имао благу форму ковида, али смо много водили рачуна, одвојено смо ручавали и нисам се заразила. Од октобра сам престала да радим, али можда ћу поново почети, али сам зато често давала савете синовљевим друговима и неким мојим пријатељицама преко телефона* (Теодора, 74, ВСС, неуропсихијатар, удовица, двочлана породица, једно дете). Прекинут одлазак на посао ипак није значајно и потпуни прекид рада, али само за неке испитанике, који су могли да део посла наставе од куће. То показује Верин пример, *Морала сам да престанем да радим за бутик... онда је газдарица донела материјале па сам радила од куће и онда је било лакше, али сам шила маске за комшије, а потом и за продају* (Вера, 74, ОШ, снајдерка, удата, двочлана породица, двоје деце).

За разлику од већине испитаника, Раде је поново почео да се бави својим послом, на молбу у почетку његових старијих комшија којима је био забрањен излазак, *Онда су ме неке комшије из моје зграде, па после и из друге зграде, замолили да их ошишам и ја сам одлучио да опет мало радим. Шишао сам их на тераси и носили смо маске и пазили, и све је добро прошло* (Раде, 77, ССС, фризер, ожењен, двочлана породица, једно дете). И други испитаници су, мада у знатно мањем обиму него пре пандемије, телефонским путем или преко скајпа успели да обављају разговоре са клијентима. Они чији су послови иначе били везани за кућу (атеље) наставили су да раде. То потврђује извод из

интервјуа сликарке, *Од потпуног затварања у мом се животу, што се тиче рада, ништа није променило. Сликала сам 5, 6 сати дневно, читала сам пуно и сликала, и то је трајало месецима. Нисам излазила из стана 4 месеца, али временом није ми било довољно, па отворим прозор и гледам у људе. Ја сам припремала изложбу у току 2020.* (Мирјана, 77, ВСС, сликарка, разведена, живи сама, троје деце).

Прекидом радних активности нико од испитаника није био задовољан, пре свега из финансијских разлога, јер су тим радом многи допуњавали буџет, али и због промене дневних рутина, тј. свакодневице. Новац добијен хонорарним радом служио је за дневне потребе неких домаћинстава, али више за путовања, повремене изласке са пријатељима и друге активности ван куће. Сада је то време требало испунити нечим другим, а у ситуацији потпуне забране изласка, у којој су се старији нашли, било је могуће организовати се само у кућним условима. Укидање потпуне забране није значило и враћање на посао или на волонтерски рад свих испитаника. Због опрезности да не дођу у ситуацију заражавања, а посебно да не пренесу вирус укућанима, неки испитаници су у дужем периоду прекинули ову врсту активности. То је била прва важна промена која је утицала на дотадашњи стил живота, тј. активно старење. Следећа се односила на дружења са пријатељима и рођацима у кућним условима, а посебно ван куће. Та промена је била, по мишљењу наших саговорника, најтежа. Држати се препоруке о физичком дистанцирању и прекинути све активности везане за контакт „лицем у лице” у периоду ванредног стања највише је утицала на ментално здравље старијих. Једна испитаница наводи да је излазила у време забране изласка, и да је примењивала све мере заштите, али да је за њу „боравак у затвореном простору био већа штета од короне”. *Признајем, излазила сам у време забране да прошетам пса око зграде, а онда и мало околу. Нисам могла да издржим у стану, а живим сама. Научила сам да свакодневно шетам, да се дружим... мислим да не живим тако не бих ни била жива данас* (Олга, 80, ССС, службеница, разведена, живи сама, једно дете). Друга испитаница је такође повремено кршила забрану изласка и наводи, *Добро је што изгледам мало млађе* (осмех) *па сам могла да прођем као да имам испод 65, и тако сам изашла пар пута само да удахнем ваздух* (Светлана, 70, ССС, пољопривредни техничар, удата, трочлана породица, двоје

деце), као и трећа, *Понекад пређем у продавницу преко пута улице, пазим да ме нико не види* (Оља, 71 година, комерцијалиста, разведена, трочлана породица, двоје деце). Мирјана је престала да излази у шетње и да виђа децу и унукe, и у једном периоду је то добро подносила потом се та ситуација променила, *Крајем новембра сам осетила страшну потребу да будем са људима, онда сам почела да одлазим код ћерке, нисам могла више да издржим, све је дрхтало у мени, био је снажан емотивни, ментални притисак само са неким да будем у просторији, само да се прошетам и седим са људима, после ми је било лакше, после су деца почела да долазе повремено са маскама, једном недељно.*

### 6.2.2. Рекреативне, едукативне и креативне активности

О разноврсним начинима коришћења слободног времена испитаника у претпандемијском периоду сазнали смо из претходног истраживања о активном старењу (2016), што је и кратко изложено у делу рада. После пет година наши испитаници су се суочили са изненадном стресном ситуацијом која је бар у једном периоду захтевала потпуну промену активног живљења и старења, а потом и прилагођавање на *блажу варијанту*. Многе активности, као што су изласци у ресторан, код пријатеља, одласци у позориште, биоскоп, на концерт, на предавања, на базен, на рекреативне активности, на креативне радионице, у цркву, на спортске утакмице, итд. нису били могући, али не само у периоду потпуне забране кретања за старије већ у много дужем периоду, скоро у току целе 2020. године. То потврђују и следећи изводи из интервјуа: *Нема слава, нема рођендана, не можеш ни на сахрану човеку да одеш; Нисам возио бицикл, нисам виђао људе, нисмо нигде ишли. Најтеже је било што нисмо могли да се дружимо, унукe смо виђали кроз прозор; Људи су нам често раније долазили у кућу у госте, седели смо, дружили се, а сада празна кућа; Много ми недостаје море, обожавам воду, да пливам да шетам кроз воду, сваке године сам ишла са другарицама, баи ми је тешко; Највише су ми недостајала дружења и изласци, ми волимо позориште, концерте, изложбе, ресторане. Све ми је ово недостајало; Ништа више није као раније; Највише ми је недостајало виђање са друштвом, а мало нас је и остало; Оно*

*што је важно и о чему сам размишљала и причала са другарицама је – ако ово потраје, а ми смо све старије, да ли ћемо икада више моћи да путујемо?*

У време забране изласка најтеже је било испитаницима који су живели сами, у стану без терасе. За разлику од њих, испитаници који су имали куће и дворишта, као и они који су имали викендице могли су да осмисле и реализују значајно већи број, пре свега физичких активности, важних за активно старење и генерално за здравље. Драгослава је имала такву могућност. Наводи, *Од Ускрса сам била на Златибору, и у следећих 6 месеци. Имам комшиницу, обе смо биле мало усамљене, па смо се дружиле* (Драгослава, 87, ВСС, проф. географије и математике, удовица, живи сама, двоје деце). Софија је радила у свом дворишту, *Имам двориште и баишту, па сам садила и неговала поврће, шетала горе, доле, ако нисам имала шта у том тренутку да радим, јер не волим много да седим или лежим, јер се не осећам тада добро* (Софија, 88, без школе, пољопривредница, удовица, живи сама, двоје деце). Александар је проводио време у викендици, *Моја супруга и ја смо радили у баишти, сређивали детаљно викендицу* (Александар, 84, ВСС, хирург, ожењен, двочлана породица, троје деце).

Важан податак за прилагођавање новој пандемијској ситуацији је да је већина испитаника и раније користила компјутер или таблет за рад, електронску пошту и скајп (Драгишић Лабаш, 2016), као и апликације на телефону Viber i WhatsApp, што им је у овој ситуацији *наређене* или препоручене физичке дистанце било од велике користи. У једном периоду је то био и једини могућ начин комуникације, али се интернет користио и у сврху наручивања хране. Тако једна испитаница наводи, *Наручивали смо преко интернета поврће и воће, посебно у време када су син и снаја били болесни* (Ивана, 74, ВСС, неуропсихијатар, удата, двочлана породица, једно дете).

Коришћење интернета у едукативне сврхе такође је било и раније присутно, али у време пандемије у значајно већој мери. Неке испитанице су пратиле бесплатне курсеве језика, неки су читали књиге, гледали изложбе слика доступне на интернету, слушали музику, док је једна испитаница пратила часове јоге које је претходно платила. Други саговорници наводе, осим коришћена интернета за комуникацију, и „нове начине” комуникације и дружења. *Причао сам са комшијама*

*са терасе, ето то нисмо раније радили, него смо ко људи седели једни код других (Светислав, 82, ССС, конобар, власник кафане, разведен, живи сам, троје деце). Онда станем на капију и причам са двојицом комшија, чак смо износили кафу и причали преко ограде. То је било ново и занимљиво (Славко, 70, ССС, ожењен, двочлана породица, двоје деце). Причала сам са комшијама преко ограде, да чујем шта мисле млађи, они боље знају и разумеју све ово (Софија).*

Интензивирање старих и укључивање у нове активности у време потпуне забране изласка занимљиво је разматрати и у односу на родну димензију. Жене су се вратиле на неке активности које нису дуго практиковале, као нпр. штрикање и хеклање. Оне су више комуницирале телефоном или преко Скајпа са пријатељицама, рођацима и комшијама у односу на мушкарце. Иначе је познато да жене имају развијеније социјалне мреже у односу на мушкарце.<sup>17</sup> Оно што је раније било ретко присутно у породицама сада је постало чешће, као што су заједнички ручак са члановима породице и подела кућних послова између супружника. Ограничени на унутрашњи простор, мушкарци су се више ангажовали у кувању и сређивању стана него раније. *Онда сам почео више да помажем жени око ручка, али и сређивања стана, то раније нисам радио, а није било ни потребе (Слободан). Иначе заједно смо гледали ТВ, сређивали по стану, причали, радили вежбе, испробавали неке нове рецепте за колаче, смишљали сваки дан шта ћемо сутра и тако (Раде). Супруга је млађа од 65 и могла је да излази, тако да је она ишла у набавку, а ја за то време сређивао кућу и двориште, заменили смо улоге (Славко).* Игор каже да супруга и он нису годинама уназад проводили довољно времена заједно, јер је он радио после пензије, а сада се то променило и мисли да убудуће овако наставе. *У том периоду затварања дружио сам се са супругом, како нисмо годинама уназад, свирао сам гитару, певали смо, заједно направили пластеник у дворишту, чули се свакодневно са децом (Игор, 71, ВШС, правник, ожењен, двочлана породица, троје деце).*

Жене су ипак биле маштовитије у организацији „нове кућне свакодневице”, што и не чуди с обзиром на то да жене због традиционалне

<sup>17</sup> Спалтер (2010) наводи да жене стварају социјалне мреже, одржавају их и шире, да су оне извор информација и посредовања, важног и за њих и за мушкарце.

поделе улога знатно више времена проводе у кући (посебно важи за генерације наших испитаница), и то је, желеле или не, више њихов простор (пре свега радни), него њихових супруга. Међу женама је значајно више удовица (7)<sup>18</sup> у односу на мушкарце (2), али и више разведених (3) у односу на мушкарце (1), и оне су, како кажу, научиле да живе саме и да се сналазе, што је и један од разлога развијенијих социјалних мрежа. Тако једна испитаница наводи, *Седела сам код куће, решавала судоку, читала књиге, гледала ТВ, чула се са пријатељицама свакодневно... Трудила сам се да будем рационална, научила сам да живим сама, супруг је умро пре 7 година* (Данијела). Друга слично говори, *Научила сам на самачки живот и да све радим сама, муж ми је умро пре 15 година, али се чујем са мојом децом, унуцима, прауницима сваки дан, имам много добре комишије, али сада само причамо преко оgrade* (Софија). Татјана такође наводи, *Давно ми је умро муж, а ја се добро сналазим сама... велики сам читач, читам и уживам. Волим класичну музику, имала сам програм на коме сам стално слушала музику, Тв сам ређе гледала...* Неке су пријатељице (иначе удовице) организовале бар једном недељно „састанке” преко Скајпа уз пијење кафе. *Све смо ми осмислиле преко скајпа да заједно пијемо кафу и причамо у исто време када смо раније играле карте код мене или код њих* (Сања).

Практиковање различитих активности у пандемијском периоду у односу на образовну структуру показује разлике, али и новине и „приближавања” међу испитаницима. Испитаници вишег образовања су чешће читали књиге, посећивали позоришта и концерте, излазили у ресторане са пријатељима, и генерално мање слободног времена проводили у кући у препандемијском периоду у односу на испитанике нижег образовања који су чешће од њих одлазили у цркву, дружили се са комшијама, и одлазили у кућне посете рођацима. У пандемијским условима новина је да су испитаници, без обзира на образовање (посебно они који имају куће), доста комуницирали са комшијама, више времена проводили у кући и после потпуног затва-

<sup>18</sup> У Србији је присутна већа вероватноћа дужег самачког живота жена, јер оне ређе поново ступају у брак или ванбрачну везу у односу на мушкарце, потом су жене просечно млађе од својих партнера око 3,5 године и на крају жене и живе у просеку 77,9 година, а мушкарци 73 године (Бобић, Драгишић Лабаш, 2021).

рања више радили у дворишту. Тако Драгослава наводи, *Замислите шта сам ја радила и уживала, помагала сам комшиници на Златибору, где имам викендицу, да чува краве, спремале смо зимницу, пиле кафу свако јутро и скупљале смо шишарке, а организовала сам и мајсторе да ми косе траву* (Драгослава, 87, ВСС). *Добро је што сам се пре овога преселио у кућу, мада сам у стану имао велику терасу, али ово је боље, природа, башта, гајиш биљке, може да се ужива... проћи ће и ова корона* (Игор, 71, ВШС). *На сву срећу, имам кућу и двориште, башту, цвеће, не знам шта бих да сам у стану* (Теодора, 74, ВСС). *Чешће него раније сам се чула са комшијама из зграде телефоном и причали смо преко балкона* (Даница, 74, ВСС). *Имамо малу башту испред зграде, то је срећа, не знам шта бисмо да није те баште. Тај контакт са природом нам је олакшао све. Разговарали смо испред зграде са комшијама чешће него икада до тада* (Сања, 88, ВСС).

Наши саговорници су се потрудили да све спољне активности пренесу (уколико је то било могуће) у унутрашњи простор. Терасе и дворишта заменили су баште ресторана, вежбање у кући – одлазак на рекреацију, слушање музике и гледање слика на компјутеру – концерте и музеје, собни бицикл – *прави бицикл*, скајп и „комуникација преко оgrade и терасе” – комуникацију „лицем у лице” – а шетња у близем окружењу стана – шетњу на Ади. Тако да је настављање и интензивирање кућних активности, укључивање нових или поново активирање запостављених активности омогућило активно старење и у измењеним условима. Све ово је било могуће захваљујући њиховом личном капиталу, развијеној имагинацији, вољи и резилијентности.

## 7. Закључак

Активно старење наших испитаника/ца у периоду пандемије ковида-19 било је у једном периоду заустављено или прекинуто бар што се тиче активности везаних за ванкућне услове. Цела 2020. година није била нимало лака, јер је на почетку пандемије било страха, анксиозности, нерасположења и бриге за здравље (посебно деце и унука). Нико се није обраћао стручњацима за помоћ на почетку пандемије, као ни касније, међутим, већина се слаже да је стрес утицао

на њихово ментално здравље. Двоје саговорника је изјавило да је ова ситуација гора од рата у коме су учествовали. Код неких испитаника дошло је до погоршања физичких болести због тешкоћа долажења до лекара и реализовања заказаних контрола. Многи су били принуђени да одлазе у приватне ординације, што је био додатни издатак за њихове пензије, иако процењене као „солидне”, што не значи добре. Суочавајући се са низом проблема на почетку пандемије, а посебно потпуним затварањем, саговорници су временом почели да се прилагођавају новонасталој ситуацији и да налазе начине како да опстану и *сачувају* активно старење. У томе су се, пре свега, ослањали на личне снаге, без значајне институционалне помоћи, али су изјавили да су задовољни собом, својим функционисањем и снажањем у новонасталим околностима не сматрајући себе вулнерабилнијим од других старосних категорија. Потпуно затварање старијих већина не сматра добром мером, а неки су увређени и поред тога што прихватају да су старији са хроничним болестима у већем ризику за разбољевање. Испитаници сматрају да су их лоше проценили и да сви не припадају осетљивој групи, те да је њихова вулнерабилност у стресним животним околностима пре предрасуда него истина. Сматрају такође да су они одговорнији од млађих, искуснији када су у питању животне недаће и да би више од других поштовали прописане мере.

Ипак, на крају, потребно је нагласити да наш узорак није репрезентативан, да је он обухватио само особе које су помоћу објективних и субјективних критеријума процењени као људи који активно старе, али уз одређене предности поседовања личног, материјалног, социјалног и културног капитала. Сви су лични пензионери, стамбено и материјално обезбеђени, са углавном високим, вишим и средњим образовањем, а тиме и већим могућностима да наставе рад после пензије, са развијеном социјалном мрежом која им је омогућила и емоционалну и инструменталну подршку. Они спадају у групу привилегованих у односу на сиромашне са слабом социјалном мрежом, којима је институционална подршка била неопходна. Ако се вратимо на питање с почетка текста да ли су се старији у време пандемије ковида-19 нашли у „неподржавајућој заједници” која је потценила њихову одговорност, рационалност, спремност на сарадњу и лични избор и зауставила активно старење. Одговор је да, осим што су старији уложили велики



напор да активно старење наставе уз осмишљавање низа стратегија које могу да нам послуже као пример успешног сналажења у изненадним, непредвидивим животним околностима.

### Литература

- Cugmas, M., Ferligoj, A., Kogovšek, T., Batagelj, Z. (2021). The social support networks of elderly people in Slovenia during the Covid-19 pandemic, *PLoS ONE*, 16(3), 1–16. [https://www.researchgate.net/publication/349768973\\_The\\_social\\_support\\_networks\\_of\\_elderly\\_people\\_in\\_Slovenia\\_during\\_the\\_Covid-19\\_pandemic](https://www.researchgate.net/publication/349768973_The_social_support_networks_of_elderly_people_in_Slovenia_during_the_Covid-19_pandemic)
- Dekker, M., Frielink, N., Hendriks, A., Embregts, P. (2022). The General Public's Perceptions of How the COVID-19 Pandemic Has Impacted the Elderly and Individuals with Intellectual Disabilities, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2855. <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/5/2855>
- Драгишић Лабаш, С. (2016). *Активно старење у Београду*. Београд: Институт за социолошка истраживања Филозофског Факултета и Службени гласник.
- Драгишић Лабаш, С. (2021). Изазови активног старења и ментално здравље у време пандемије ковида 19 у Србији. У: С. Драгишић Лабаш (ур.), *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19* (стр. 117–134). Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет, Службени гласник.
- Dziedzic, B., Idzik, A., Kobos, E., Sienkiewicz, Z., Kryczka, T., Fidecki, W., Wysokiński, M. (2021). Loneliness and mental health among the elderly in Poland during the COVID-19 pandemic, *BMC Public Health*, 21, 1976. <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-1501996>
- Lak, A., Rashidghalam, P., Nouroddin, A., Myint, P., Baradaran Hamid, R. (2021). An ecological approach to the development of an active aging measurement in urban areas (AAMU), *BMC Public Health*, 21(4), 1–18. <https://www.semanticscholar.org/paper/An-ecological-approach-to-the-development-of-an-in-Lak-Rashidghalam/4b10acc74ae7e1473edc84d6367cd21c1c5d5787>
- Lak, A., Rashidghalam, P., Nouroddin, A., Myint, P., Baradaran Hamid, R. (2020). Comprehensive 5P framework for active aging using the ecological approach: an iterative systematic review, *BMC Public Health*, 20(33), 1–22. <https://bmc-publichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-8136-8>

- Lamb, S., Robbins-Ruszkowski, J., Corwin, A. (2017). Successful Aging as a Twenty-first-Century Obsession. In: S. Lamb (ed.) *Successful Aging As a Contemporary Obsession: Global Perspectives*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Љубичић, М. (2021). Свакодневица старијих и званични дискурс о корони: између друштвене бриге и ејџизма. У: С. Драгишић Лабаш (ур.), *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19* (стр. 67–84). Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет, Службени гласник.
- Манић, Ж. (2021). Значај телеасистенције за старије у Србији током пандемије ковида 19. У: С. Драгишић Лабаш (ур.), *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19* (стр. 31–48). Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет, Службени гласник.
- Миљевић Калашаић, А., Терзин, Ђ., Гавриловић, А. (2021). Здравствено социјални проблеми старијих у условима ковид 19 пандемије, *Геронтологија*, 49(2), 31–59.
- Мирков, А. (2021). Међугенерациска кохабитација као фактор ризика за оболевање старијих особа у време пандемије ковида 19. У: С. Драгишић Лабаш (ур.), *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19* (стр. 103–116). Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет, Службени гласник.
- Nisa, C., Bélanger, J., Faller, D., Buttrick, N., Mierau, J., Austin, M., Schumpe, B., et al. (2021). Lives versus Livelihoods? Perceived economic risk has a stronger association with support for COVID-19 preventive measures than perceived health risk, *Scientific Reports*, nature portfolio. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33958617/>
- Павловић, Н., Петровић, Ј. (2020). Поверење и субјективна добробит у Србији за време пандемије: резултати истраживања, *Социолошки преглед*, 54 (3), 560–582.
- Павловић Виноградац, Валентина (2020). Поверење у здравствени систем током пандемије КОВИД-19 и вредносни систем студената у Југоисточној Европи, *Социолошки преглед*, 54(3), 583–608.
- Радоман, М. (2021). Ментално здравље старијих особа у Србији – истраживање о системима подршке током пандемије ковида 19. У: С. Драгишић Лабаш (ур.), *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19* (стр. 135–150). Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет, Службени гласник.
- Regy, M., Kiran, P., Gnanaselvam, N. (2021). Anxiety and Resilience among the Elderly During the Covid-19 Related Lockdown in Anekal, Karnataka, *Indian Journal of Gerontology*, 35(2), 143–150. <https://pesquisa.bvsalud.>

- org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covid-who-1200559
- Riva, G., Graffigna, G., Baitieri, M., Amato, A., Bonanomi, M. G., Valentini, P., Castelli, G., (2014). Active and Healthy Ageing as a Wicked Problem: The Contribution of a Multidisciplinary Research University. In: G. Riva, P. A. Marsan, C. Grassi (eds.), *Active Ageing and Healthy Living: A Human Centered Approach in Research and Innovation As Source of Quality of Life*. Roma: IOS Press.
- Ристић, Д., Пајванчић-Цизељ, А., Чикић, Ј. (2020). КОВИД-19 и свакодневни живот: Контекстуализација пандемије, *Социологија*, 62(4), 524–548.
- Spalter, T. (2010). Social capital and intimate partnership in later life: A gendered perspective on 60+ year-old, *Israelis Social Networks*, 32, 330–338. [https://www.researchgate.net/publication/223708569\\_Social\\_capital\\_and\\_intimate\\_partnership\\_in\\_later\\_life\\_A\\_gendered\\_perspective\\_on\\_60\\_year-old\\_Israelis](https://www.researchgate.net/publication/223708569_Social_capital_and_intimate_partnership_in_later_life_A_gendered_perspective_on_60_year-old_Israelis)
- Урошевић, Р. (2020). Самопомоћ у време короне, *Геронтологија*, 48(2), 27–37.
- van Breen, J., Kutlaca, M., Коџ, Y., Jeronimus, B., Reitsema, A., Jovanović, V., et al. (2022). *Lockdown Lives: A longitudinal study of inter-relationships amongst feelings of loneliness, social contacts and solidarity during the COVID-19 lockdown in early 2020*. Durham: Durham University Library.
- Чикић, Ј., Билиновић Рајачић, А. (2020). Породичне праксе у доба пандемије и ванредног стања – женска перспектива, *Социолошки преглед*, 54(3): 799–836.
- Џамоња Игњатовић, Т., Станковић, Б., Кликовац, Т. (2020). Искуства и квалитет живота старијих особа током пандемије Ковида-19 и уведених рестриктивних мера у Србији, *Психолошка истраживања*, 23(2), 201–231.
- Звијер, Н. (2021). Телевизијски „ковид-наративи” о старијим особама у Србији”. У: С. Драгишић Лабаш (ур.), *Друштвени аспекти старења у време пандемије ковида 19* (стр. 49–66). Београд: Универзитет у Београду – Филозофски факултет, Службени гласник.

Sladjana Dragisic Labas

## ACTIVE AGING DURING THE COVID-19 PANDEMIC: CREATING NEW ACTIVITIES

### Abstract

In this paper, we deal with the possibilities for active aging of the elderly from Belgrade during the Covid-19 pandemic, through the maintenance of previous activities (mental and physical) and the creation of new actions “adapted to the pandemic conditions”. Maintaining daily rituals, household, social relations as well as the organization of free time in conditions of lockdown, and even later, required significant changes that could not be achieved without the investment of additional mental strength and developed imagination. Respondents, 25 of them, aged 70 to 93, faced stressful circumstances caused by the pandemic, especially during the “complete lockdown”. Thanks to the “solid” financial and living situation, living in a house with a yard or owning cottages, a good educational structure, as well as a developed social network, the elderly managed to continue their active life “adapted to home conditions”. It was not easy at all, but thanks to previous experiences of dealing with stressful life events and their resilience, the period of complete lockdown was remembered for various activities thanks to which active aging was not completely stopped. Relying exclusively on personal strength, without significant institutional assistance, the elderly remained satisfied with themselves and their functioning, not considering themselves more vulnerable than other age categories.

**Key words:** active aging, new activities, covid-19 pandemic, material resources, cultural resources, resilience.



---

## II ИЗ УГЛА ПРАКСЕ

---



**Надежда Сатарих\***

Удружење „Снага пријатељства” – Amity

**Маја Гајић Квашчев\*\***

Српско удружење за Алцхајмерову болест, Институт „Винча”

## **ИСКУСТВА ПИЛОТИРАЊА УСЛУГЕ ДНЕВНОГ БОРАВКА ЗА ОБОЛЕЛЕ ОД ДЕМЕНЦИЈЕ У БЕОГРАДУ**

### **1. Увод**

Деменције су група болести чији узрок настајања није до сада довољно познат, а које проузрокују напредујући, неповратан губитак менталних функција. Деменција је погоршање интелектуалних и когнитивних капацитета, услед губитка можданих ћелија (Линч, 2016). Испољава се као пад способности оболеле особе да мисли, памти и расуђује, са променама личности, расположења и понашања до постепеног, али потпуног губитка свакодневних вештина (оболела особа не може да плати рачуне, не може самостално да се обуче, да брине о личној хигијени, губи способност да се самостално храни, жваће и гута, па све до престанка способности да хода). Оболела особа губи оријентацију чак и на веома познатим местима, учестало заборавља речи или их погрешно употребљава, неспособна је за доношење исправних и рационалних одлука. Ова болест онеспособљава болесну особу, али и њену околину, пре свега породицу, јер је у напреднијој

---

\* Дипломирана социјална радница, магистарка политичких наука, nada@amity-yu.org

\*\* Виша научна сарадница, gajicm@vin.bg.ac.rs



фази болести, у свим активностима дневног живота, потпуно зависна од туђе неге и помоћи.

Сматра се да патолошки процес започиње чак 10–20 година пре испољавања првих клиничких симптома деменције. Болест траје оквирно од 2 до 12 година. Вероватноћа настанка увећава се са старењем.

Према проценама Светске здравствене организације, болест је заступљена код 6% до 10% особа старијих од 65 година, а у 2% случајева код млађих особа. У 2019. години у свету је живело 57.000.000 оболелих од деменције, а процене су да би тај број могао да се утростручи у наредне три деценије, када ће бити 153.000.000 људи са деменцијом. Према проценама из 2019. године, у Србији је било 129.000 оболелих, а очекује се да ће се тај број повећати за 38% кроз три деценије, те да ће их бити 178.000.

Решавање проблема оболелих од деменције је изузетно сложено, јер није засновано само на примени медикаментне терапије, већ је неопходно и целодневно ангажовање других лица око подршке, збрињавања и неге. Тај терет најчешће пада на чланове породице, а у случајевима да оболели нема породицу бива препуштен сам себи или збрињавању путем смештаја у институцију социјалне заштите. У немалом броју случајева и тамо где старији имају породицу, ако она није у могућности да организује подршку у кући, у ситуацији је да, и поред одбијања оболеле особе и њиховог нерадог прихватања смештаја у институцију, они на то буду принуђени (Сатарић, Милићевић, 2014).

Оболели живе у једном нестварном свету доживљаја и осећања и због тога њихово понашање околини делује измењено на различите начине. Сродници – неформални неговатељи, суочавају се са различитим изазовима. Неопходно је да прво сами прихвате да им је блиска особа трајно и неизлечиво болесна. Неопходно је да потпуно реорганизују свој и живот оболелог, да прилагоде услове и време новонасталој промени, да спремно помогну и негују оболелог, да своје време у потпуности уложе у негу и подршку оболелом. Особе које негују оболеле често тешко подносе њихове сталне промене личности и промене понашања, као и одсуство могућности да се барем делић дана посвете себи. У току неге најтеже се подноси константан стрес

и фрустрација сталним, непредвидивим променама, без могућности за паузу.

Отуда је веома важан развој служби и услуга социјалне и здравствене заштите у заједници базираних на препознатим потребама оболелих и њихових неговатеља; од постављања дијагнозе у што ранијој фази, развоја кућног лечења, до организовања дневног или вишедневног боравка оболелих на предах смештају, као и пружања услуга саветовалишта за неформалне неговатеље.

Развој служби омогућава одговарајуће збрињавање, али и подршку члановима породице, посебно онима које члану породице оболелом од деменције помажу у свим активностима дневног живота: помажу му око тоалете, да се обуче, очешља, нахрани, прате да се не изгубе и слично.

Циљ овог текста је да се представе изазови које чланови породице имају у погледу неге свог члана који живи са деменцијом, анализирајући налазе из истраживања о потребама за дневним центром за оболеле од деменције у Београду 2014. године, као и налазе анализе корисности услуге саветовалишта за неформалне неговатеље зависних старијих особа из 2020. године. У тексту су представљена и искуства из пилотирања услуге Дневног боравка за оболеле од деменције у Београду у периоду од јуна 2021. до јуна 2022. године. У завршном делу рада приказани су резултати евалуације/задовољства сродника корисника услуге дневног боравка и могући правци развоја програма и политика.

## **2. Изазови чланова породица оболелих од деменције и почетак заговарања за успостављање услуге дневног боравка у Београду**

Неформални неговатељи су чланови породица, најчешће супружник или деца оболелог, односно партнер или снахе. Жене доминирају међу неформалним неговатељима у 79% случајева (Сатарић, Милићевић, 2014). Највећи број њих су узраста између 50 и 65 година, док је тек сваки пети млађи од 50 година. Сваки четврти неформални неговатељ је запослен. За њих је велики изазов ускладити своје обавезе на

послу и оне око неге оболелог члана породице, јер немају могућност да раде скраћено радно време или да смене прилагођавају потребама неге оболелог члана. Додатни проблем представља право коришћења боловања у трајању од само седам дана. Ништа мањи изазов није ни за пензионере који негују своје супружнике, јер су и они старији, са све лошијим личним здрављем и са смањеним личним физичким ресурсима.

Неговање оболелих је не само емотивно већ и физички напорно, јер траје без престанка 24 сата сваког дана. Коначно, нега временом и економски исцрпљује породицу. Неговатељи су два до три пута склониији да постану депресивни од других људи. Отуда им је потребна подршка на више нивоа како би се у што дужем временском периоду носили са изазовима у неговању члана породице оболелог од деменције. Потребно им је оснаживање за обављање улоге неговатеља – они су често у свом проблему сами. Не знају коме да се обрате за праве информације, како да реагују у случајевима неприлагођеног понашања оболелог, како да се опходе са комшијама и окружењем – рећи или не да је њихов укућанин оболео од деменције?

Према истраживању из 2014. године спроведеном у Београду, више од 80% испитаника, сродника оболелих сматра да би од изузетног значаја било постојање дневних боравака, који би од изузетне користи били не само оболелима већ и њиховим сродницима – неформалним неговатељима (Сатарић, Милићевић, 2014). У дневним боравцима би оболелима била пружана додатна неопходна нега кроз структуриране прилагођене активности, које би они спроводили уз подршку посебно обучених стручњака и волонтера, а то би било и место сусрета генерацијски блиских људи са сличним проблемом, чиме се додатно умањује погоршање болести деменције услед усамљености и отуђености. Време које оболели проводи у дневном боравку растеређује неговатеља на неко време и враћа му могућност да поново има мало времена за себе и своје потребе, да се одмори од психичког и физичког стреса – чиме се умањује могућност прегоревања, тј. да се оснажи за нове изазове неге. Исто истраживање је показало неопходност постојања услуге саветовања неформалних неговатеља, ради обучавања за пружање што квалитетније неге, као и психолошке подршке у току суочавања са дијагнозом и превладавања страха и фру-

страције у току неге, помоћи у решавању правних питања која настају с обољевањем од ове болести и свих осталих проблема. Посебно је значајна улога саветовалишта у повезивању неговатеља, јер се у размени искустава стичу непроцењива знања и пријатељски односи који на најбољи и најефикаснији начин оснажују неговатеље да нису ни сами ни усамљени. Сродници су изразили спремност и да учествују у делимичном, чак и потпуном финансирању услуге дневног боравка, само да не би морали своју драгу болесну особу да сместе у институцију/дом и да би били што ефикаснији у пружању неге и помоћи.

Користећи све те аргументе, 2014. године Amity је формирао неформалну коалицију организација цивилног друштва из Београда ради заједничког заговарања код локалне самоуправе Београда, да право на услуге дневног боравка за оболеле од деменције унесе у одлуку о правима из социјалне заштите и да почне развијати услугу. У заговарачкој коалицији је било 14 организација цивилног друштва, али је успех изостао: званичан одговор Градског секретаријата за социјалну заштиту био је да ту услугу прво треба пилотирати па ће онда бити уврштена у одлуку о правима.

У међувремену, 2020. године у Београду је формирано и Српско удружење за Алцхајмерову болест (у даљем тексту: СУАБ) које, између осталог, ради и на развоју недостајућих сервиса на нивоу локалне заједнице за оболеле од Алцхајмерове болести и свих других облика деменције. Исте те године Amity је пилотирао услугу Саветовалишта за неформалне неговатеље оболелих од деменције, којом приликом је урађена анализа корисности услуге саветовалишта за неформалне неговатеље зависних старијих особа (Николин, Сатарих, Перишић, 2021), у којој су потврђена ранија сазнања о изазовима са којима се сусрећу неформални неговатељи. Највећи број испитаница и испитаника описује својим речима комбинацију менталног и физичког напора и преоптерећености који непрекидно трају у једном дугом континуитету обележеном неизвесношћу и страхом за члана породице о коме брину, као и за последице стања на укупне породичне односе и здравље. Поред исцрпљености, недостатка времена за сопствена интересовања, па чак и плаћене послове, јако је изражен и страх да ли се посао неговатеља обавља 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 неговатељи суочавају. Разне студије доказују да постоји тесна веза између осећаја емпатије, осећаја кривице и расподеле родних улога. Жене су, због родних улога које су им наметнуте, додатно оптерећене тим константним осећањем кривице које је повезано са преузимањем терета бриге за друге. Већину неговатеља чине жене, а оне се даље, углавном, ослањају на друге женске особе: ћерке, пријатељице, сестре. Сугестије корисница и корисника ишле су у правцу разгранавља подршке, увођењем нових услуга (професионалних неговатељица и неговатеља, дневног боравка који би објединио све потребе оболелог и неговатеља, група за подршке и за самопомоћ, размену искустава и стручне едукације).

### **3. Искуства из пилотирања услуге Дневног боравка за оболеле од деменције**

Како у Београду, где живи више од 337.000 старијих од 65 година, међу којима је најмање 20.000 оних који болују од неког облика деменције, не постоји ниједан дневни боравак за оболеле од ове болести, Amity је у јуну 2021. године у партнерству са Српским удружењем за Алцхајмерову болест, у оквиру пројекта, започео пилотирање услуге дневног боравка за оболеле од деменције на Новом Београду, у коме живи 45.000 старијих од 65 година. Тај пројекат био је подржан од стране Министарства за бригу о породици и демографију.

У оквиру датих финансијских могућности, могли смо да организујемо и започнемо пилотирање услуге тако да коришћење Дневног боравка пружимо једном недељно у трајању од 4 сата, до краја 2021. године (шест месеци). Добили смо на коришћење простор у месној заједници Газела, на Новом Београду, четвртком од 15:00 до 19:00, без накнаде трошкова закупнине. Простор који смо добили одговара свим минималним структуралним стандардима дефинисаним у Правилнику о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите у погледу: локације објекта и опреме, у погледу одржавања хигијене простора, у погледу неометаног приступа корисника. Налази се на месту где је доступан јавни превоз. У мирном је крају, без буке у стамбеном блоку, довољно је простран. Топлотно

је, звучно и хидро изолован, има систем централног грејања, климу, природно проветравање и осветљење. У просторијама за кориснике подови су од неклизационог материјала. Има посебан тоалет за особе са инвалидитетом, а ни у једној просторији нема степеника.

У оквиру пројекта планирано је да дневни боравак може да користи највише 10 корисника оболелих од деменције, а који су у почетној или средњој фази болести. Међутим, међу корисницима нисмо имали ниједног у почетној фази болести, већ су сви они били у поодмаклим фазама. Знали смо да им је болест званично идентификована пре једну, две или три године, али смо и сазнавали да су њихови проблеми са болешћу почели знатно раније. Отуда смо врло брзо схватили да је недовољан ангажман једног стручног радника и два сарадника, колико налажу минимални функционални стандарди, за капацитет до 10 корисника, већ да их треба знатно више.

Amity је ангажовао једног стручног радника – дипломираног социјалног радника са искуством у раду са оболелима од деменције (у оквиру пројектног буџета), а за сараднике смо ангажовали волонтере из круга чланова СУАБ-а и друге. Волонтери су неформални неговатељи са искуством неговања оболелог од деменције у кућним условима, затим студенти психологије и других професија, па и пензионери који имају афинитет за рад са људима: професор физичке и музичке културе, пензионери који певају или свирају у неком од културно-уметничких друштава или су ангажовани и обучени волонтери из Црвеног крста Савски венац. Све волонтере смо додатно сензибилисали и обучавали за приступ и комуникацију са оболелима од деменције.

Приликом пријема корисника у дневни боравак придржавамо се и понашамо у складу са Правилником о стандардима за пружање услуга социјалне заштите, почев од начина пријема корисника, процене и одређивања степена подршке, прављења индивидуалног плана услуге, планирања примене рестриктивних мера и свега осталог.

Једном месечно лекари специјалисти, чланови СУАБ-а, долазили су да дају медицинске савете неформалним неговатељима. Социјална радница – ауторка овог текста је, заједно с осталим неформалним неговатељима са искуством, пружала услуге саветовања у времену које су оболели проводили у дневном боравку.

Свеукупно, у једном термину у Дневном боравку услугу је истовремено користило највише осам корисника/особа оболелих од деменције, са територије града Београда, који су добијали професионалну радно-окупациону терапију. Поред њих, услуге саветовања су били у прилици да користе њихови сродници неформални неговатељи, као и услуге групне подршке, тј. размене информација и дељења искустава са другим неформалним неговатељима, актуелних оболелих корисника, или са неговатељима са искуством у неговању оболелог. Свима њима услуге су пружали, поред социјалних радника, још 5–6 волонтера, што је свеукупно дупло више од минимално предвиђеног броја.

Након завршетка пројектног циклуса, крајем 2021, наставили смо са развојем услуге и у овој текућој 2022. години. Прва два месеца уз помоћ средстава које су обезбедили сродници корисника и волонтери кроз мале донације друштвено одговорних организација и физичких лица. Од марта до краја јуна 2022. године услугу пилотирамо уз подршку Владе Швајцарске у оквиру програма „Заједно за активно грађанско друштво – АКТ”, који спроводе *Helvetas Swiss Intercooperation* и Грађанске иницијативе, а у оквиру пројекта СУАБ-а „Сети се човека” – Заједно до реализације права оболелих од деменције на Дневни боравак у Београду. Током четири месеца пилотирања ове услуге успели смо да направимо нацрт Основног програма организације услуге дневног боравка за особе које пате од деменције, а који ће користити свима који буду планирали да лиценцирају ову услугу у систему социјалне заштите. Кроз АКТ програм, СУАБ ће, са својим партнерима у Београду, заговорати у наредном периоду да град Београд унесе у Одлуку о правима из социјалне заштите и Право на услугу Дневног боравка за одрасле и старије психички измењене кориснике, како је то и предвиђено Законом о социјалној заштити и Правилником о ближим условима и стандардима за пружање услуга социјалне заштите.

#### 4. Сврха и опис услуге Дневног боравка за оболеле од деменције

Услуга дневни боравак првенствено је намењена пружању радно-окупационе терапије одраслим и старијим корисницима, оболелим од деменције, у што дужем очувању некомпромитованих когнитивних способности, и да би се остварила могућност да остану у породици и да своје потребе задовољавају у средини у којој живе, у свом непосредном природном окружењу и тако избегну или што дуже пролонгирају смештај у институцију. Ова услуга је намењена и породицама оболелих од деменције као вид својеврсне одмене у периоду непрестане неге оболелог, али и пружања савета и оснаживања за што дужу улогу неформалног неговатеља.

Услугом се обезбеђују структуриране активности у оквиру унапред дефинисаног програма, у планираним и ограниченим временским периодима. Услуге су усмерене на очување и одржање когнитивних, социјалних и физичких способности/функција корисника.

Сврха услуге дневног боравка састоји се у унапређењу квалитета живота оболелих од деменције у властитој социјалној средини кроз одржање и развијање социјалних, психолошких и физичких функција и вештина, како би се у што већој мери успорило губљење функционалне способности (за физичку покретљивост, самосталну исхрану, облачење и свлачење, комуникацију...). Корисницима услуге у дневном боравку пружају позитивно и конструктивно искуство боравка изван породице, утичу на очување квалитета њиховог живота и, уз одговарајућу медикаментну терапију, успоравају напредовање болести.

У исто време члановима породице, неформалним неговатељима, обезбеђује се време за бављење њиховом професионалном делатношћу, другим пословима у кући и за квалитетније коришћење слободног времена. Показало се да је, истовремено са пружањем услуга радно-окупационе терапије, оболелима од деменције у дневном боравку погодна и организовање услуге саветовалишта за неформалне неговатеље, јер када доводе своје драге оболеле особе о којима свакодневно брину имају шансу да упознају друге неговатеље, са којима ће моћи да воде разговоре које не могу да воде са својим драгим оболелим



особама. Размењиваће искуства о понашањима оболеле особе, о нези, што их оснажује за иначе комплексне неговатељске улоге. Саветовалиште у оквиру Дневног боравка је место где неговатељи могу да поделе своја осећања: тугу, страх, забринутост, кривицу, љутњу, и са стручном особом, уче како да се носе са тешким ситуацијама, отворено причају, осете да их неко разуме, да имају подршку, да уче како да најбоље помогну оболелом. То све доприноси да се боље осећају, да подигну вољу, буду истрајни и оснажени за даље и да нису усамљени. Сврха тих услуга и јесте да оснаже неформалне неговатеље да могу ефикасније да негују оболеле чланове када они нису у дневном боравку, са мање напора и да имају веће учешће у свом професионалном и социјалном животу и у животу породице.

Корисничке групе дневног боравка су оболели од деменције и њихови неформални неговатељи.

Активности услуге дневног боравка конципирају се тако да:

- су усмерене на сваког корисника понаособ, уважавају његов животни циклус, навике и потребе за додатном подршком у свакодневном функционисању;
- су занимљиве и побољшавају квалитет живота корисника;
- поспешују његову социјализацију и интеракцију и стимулишу креативност;
- подржавају преостале очуване способности и знања корисника;
- помажу да се смањи ризик, односно појава непожељног понашања корисника;
- помажу да се корисник осећа корисним и задовољним и да му је пријатно;
- уважавају културолошке и друге различитости корисника;
- су услуге инструмент за очување основних људских права и људског достојанства;
- активности доприносе недискриминацији, родној равноправности и очувању здравља корисника.

У дневном боравку смо организовали и реализовали следеће групе активности, у које су се корисници укључивали у складу са индивидуалним планом третмана које је социјални радник правило за сваког

корисника понаособ, а у сарадњи са његовим сродником – неформалним неговатељем, који је доводио корисника у дневни боравак:

I) **Радно-окупационе активности**, које подстичу усмеравање пажње корисника и подстичу његове сензомоторне, когнитивне, интегративне и психосоцијалне способности. Организовали смо менталне креативне активности које стимулишу ум, које подстичу развој нових знања и вештина: решавање судокуа, игре са картама и доминама, бинго, слагање слагалица, друштвене игре, попут игара меморије, не љути се човече. Радили смо са корисницима слагање коцки и прављење одређених облика у један модел. Већина корисника радо учествује у овим активностима.

Омогућавамо корисницима да сликају, цртају или боје – ове креативне активности могу спроводити оболели који су се некада бавили цртањем или им је нешто од овога био хоби, а могу то радити и по први пут, они који нису имали никаквог искуства на том плану. Ове терапеутске активности кориснику дају простор слободе, подижу концентрацију и оне су шанса за осећање лакоће код корисника. Скоро сви учествују у овим активностима и баш уживају у њима.

Користили смо пластелин или други материјал за прављење фигура или украса. Плетење се, такође, показало као делотворно, али само за неке од корисница које су се раније бавиле том активношћу. Остале активности, које укључују коришћење вуне, лепо су прихваћене и од стране корисника (прављење фигура). Све ове активности корисници могу радити самостално, али уз подстицање и надзор, или заједно са другим корисницима и волонтерима.

II) **Пригодне културно-забавне садржаје**, који подстичу добро расположење корисника:

- Најмање једном месечно обезбедили смо долазак певача или музичара са музичким инструментима, који су свирали, певали, а корисници су се, према интересовању, укључивали у певање, играли и плесали.
- Приликом сваког термина обезбедили смо певача (старију особу која зна да пева), која је анимирала кориснике да певају са њом. У певање су се укључивали и корисници који су отежано говорили, али су осећали радост уз музику. Имали

смо корисника који ништа није могао да изговори али када год професор Миле запева неку македонску песму њему би се појавио осмех на лицу и давао је такт песми рукама.

- У дневном боравку смо организовали у два наврата обележавање рођендана корисника. Сродници једног од корисника су приредили обележавање своје крсне славе са осталима у дневном боравку. Уочи Нове године смо организовали израду новогодишњих поклона за особе које су помогле и подржавале функционисање дневног боравка. Веома радо су корисници узимали учешће у овој врсти активности.

III) **Рехабилитационе и терапијске активности**, које подржавају очување физичке кондиције и мобилност корисника, са једне стране, и његову комуникацију/говор, са друге.

Физичке активности одржавају координацију и снагу мишића. У дневном боравку спроводимо активности у којима су корисници уживали и раније, попут: шетњи у природи и успут посматрање деце која се тамо играју, посматрање птица, цвећа или инсеката. Имамо срећу да је локација дневног боравка у мирном крају, у близини основне школе и парка а околно је стамбени блок, све равно, како је то иначе на Новом Београду, тако да су идеални услови за шетње и активности у природи. При шетњи се може са корисницима разговарати о облицима облака, о бојама цвећа, бојама и облицима лишћа на дрвећу, о мирисима и звуковима. Повремено практикујемо и лагане вежбе или игре лоптом, које корисници радо прихватају.

Од физичких активности у самом простору дневног боравка са корисницима се раде физичке вежбе, организује боћање, пикадо, вежбе покрета и/или игре прављења таласа.

Важна терапијска активност у дневном боравку је комуникација са корисницима. Она се обавља све време током спровођења свих активности са корисницима. Поред тога, дневни боравак има посебно конципиране терапијске активности, попут **групног социјалног рада и/или причаонице, која има функцију терапије присећања**. Способност корисника да комуницира је кључни елемент за одвијање квалитетног живота оболелих од деменције. Ову активност реализује едуковани социотерапеут и оспособљена стручњакиња и за групни

социјални рад са оболелима од деменције. Радо је прихватају јер им је блиска по годинама, осећају је као своју и пријатно се осећају у комуникацији са њом.

Пре него што се било која група за разговор са корисницима формира, треба се присетити неких од проблема и изазова који се могу јављати у комуникацији са особама са деменцијом:

- Многе особе са деменцијом заборављају догађаје из блиске прошлости, не могу се сетити шта се догодило пре 45 минута, али се јасно могу сетити свог живота пре 45 година. Избегавајте постављање питања које се ослања на краткотрајно памћење, као „Шта си данас јела за ручак?“ Покушајте да постављате питања везана за даљу прошлост, за осећања или афинитете, шта воле, а шта не или шта им не прија. Питања треба постављати афирмативно, и подстицајно, јер нема нетачног одговора (оболеле од деменције не треба додатно фрустрирати тачношћу одговора на постављена питања).
- Могу имати проблема са изналажењем правих речи, могу понављати речи и фразе, или се могу 'заглавити' на одређеним гласовима. Осим тога, могу имати и друга сензорна оштећења (као што су проблеми са слухом или видом) која, такође, могу отежати комуникацију. Уколико неко не може адекватно да се изрази може да изгуби самопоштовање, да осети нервозу, депресију или да почне да се повлачи. Такође, може да се понаша чудно, зато што покушава да искомуницира нешто што више не може да искаже речима.
- У разговору могу користити сродне речи (нпр. 'књига' за 'новине'), или користити замене/описе (нпр. 'оно на чему седиш' уместо столица) или се може десити да уопште не нађу речи.
- Може се десити да наставе да течно говоре, али без икаквог смисла – нпр. могу да користе измешане речи или граматику... Може, на крају, доћи до тога да особа уопште није у стању да комуницира путем језика.
- Може се десити да не могу разумети шта сте ви њима рекли, као и да не могу да одрже пажњу ако дуже разговарате са њима.
- Није редак случај да одмах забораве садржај управо завршеног разговора.

- Када они нама причају то често делује нелогично и неповезано, због чега су и они често фрустрирани.
- Могу имати проблеме са слухом или видом.
- Веома су осетљиви на додир, на висину и јачину тонова и гласова.

Током сваког термина у дневном боравку се формира једна група за разговор. У њој је учествовало четири до шест корисника. Разговарали смо са њима у истом простору само смо се издвајали подаље од столова где су остали корисници обављали друге активности које не подразумевају буку и причање.

У групи/причаоници, корисници седају на столице постављене у круг, ради седења лицем у лице (да са сваког места може да се види сваки корисник члан групе). Показало се да је оптимално да у групи за разговор учествује између четири и шест корисника. Стручни радник седи заједно са корисницима у кругу и започиње разговор, који траје између 20 и 40 минута. Он ствара услове да корисници у групи слободно изражавају своја мишљења и ставове, усмерава дискусију на одговарајућа подручја, прави простор у дискусији стидљивијим члановима.

Основна функција рада са групом корисника у причаоници је да се успори даљи развој деменције, са једне стране, а са друге, да се створи добра емоционална клима у дневном боравку. Група је место где корисници могу слободно да вербализују своје ставове у вези са њиховом актуелном здравственом ситуацијом, посебно ако су у почетној фази деменције. У групи корисници могу да уче како да се што дуже успешно оријентишу у времену и простору. То су групе за оријентацију на стварност, чији је основни циљ обавештење о дану, датуму, времену, где се налазе, са ким се налазе у простору (ко је још са њима у групи), затим оријентација према себи (где сваки корисник даје податке о себи) и сл. Група може бити место за сећање на успомене корисника, уколико су корисници у почетној или средњој фази деменције. Ту они причају своје приче и догађаје из прошлости. Могу правити и своје споменаре од старих фотографија. Циљ ових група је и вежбање говора и препознавања.

Стручни радник води групу/причаоницу, обраћајући се сваком кориснику понаособ, мирним и одлучним тоном, питањем: „Како сте

данас?” Са свакиим корисником у моменту обраћања њему прави понаособ контакт очима, чиме му показује да га слуша и да покушава да га разуме. Чак и када не разуме шта корисник говори, храбри га да изражава своје мишљење. Не пожурје га, јер то корисника чини фрустрираним. Када свако од корисника у групи каже свој одговор на постављено питање, стручни радник поставља следеће, које зависи од одговора које је чуо у дотадашњем разговору, или зависно од планираног циља за разговор у том дану. Може то бити питање: „Шта вас чини радосним?”

„Особама са деменцијом наш заједнички језик постепено се губи, стога морамо научити њихов језик. Наш је задатак да их с нашим ушима, очима и главама, а посебно нашим срцима, слушамо.”

За време боравка корисника у дневном боравку (око три сата) обезбеђујемо им увек да имају лако освежење. Веома је важно да не буду жедни, иако они не траже воду, већ их ми сами нудимо. Послужујемо их комбиновано водом или соком, обезбедимо прилагођену ужину, кекс, колач или сезонско воће.

Између различитих типова активности правимо кратке паузе за одмор и окрепљење.

#### **IV) Информативно-саветодавне активности са сродницима/неформалним неговатељима корисника**

У сваком термину функционисања дневног боравка организују се такозвана отворена врата, односно време када сродници/неформални неговатељи и/или законски заступници, могу да дођу и разговарају са стручним радником и/или лекаром – неурологом о стању корисника, његовом третману, да се информишу о другим правима која евентуално могу да користе, да поставе питања која су за њих важна и добију евентуалне савете и подршку. Ово су и прилике када сродници размењују мишљења са сродницима других корисника, што је за њих врло корисно и драгоцено. Показало се да су најделотворније и најкорисније неформалне размене искуства између самих сродника, неформалних неговатеља. Често би они заједно изашли изван просторија Дневног боравка у шетњу и на разговор или на кафу у оближњем кафићу.

Наравно да је за њих посебан бонус када дође лекар неуролог или психијатар, те добију могућност да попричају о терапији коју користе за оболелог о прогнози напретка болести и другим важним медицинским питањима. Разговор са социјалним радником користе да питају о могућностима остваривања права из области социјалне или здравствене заштите, из области породичне заштите и радних односа.

### **5. Резултати евалуације/задовољства сродника корисника услуге Дневног боравка и могући правци развоја програма и политика**

У циљу праћења ефеката радно-окупационе, музико и терапије уметношћу, као и квалитета осталих услуга које се оболелима од деменције пружају у дневном боравку, рађене су две интерне евалуације. Упитници за ове евалуације састављени су од стране стручњака из области социјалног рада.

Прва анкета о квалитету услуга дневног боравка спроведена је не дуго по успостављању ове услуге – два месеца од почетка рада. Упитник намењен неформалним неговатељима имао је осам питања. Прво питање је било везано за дужину коришћења услуга. Овај упитник попуњавали су корисници који су користили услуге од самог почетка пружања. Наредна три питања имала су као циљ оцену (оценама од 1 до 5) квалитета услуга и активности, као и комуникације са оболелима и неговатељима. Сви испитаници су услуге оценили највишом оценом – пет. Следећа два питања била су везана за вољу оболеле особе да долази поново у боравак (већина неговатеља је описала изражену жељу својих ближњих да поново дођу у боравак речима да су јако нестрпљиви да поново дођу, да једва чекају четвртак – за неке кориснике је чак сваки дан био четвртак и били су спремни од раног јутра да крену на дружење). Неколицина неговатеља је навела да имају потешкоћа да објасне оболелом сроднику да га воде на дружење, али да чим схвате где су дошли страх од непознатог нестаје. Утисак који на оболеле оставља време проведено у дневном боравку – сви неговатељи су одговорили да су њихови ближњи изразили задовољство

након одласка из боравка. „Много ми је било лепо данас” – је реченица којом се може описати већина одговора у овој анкети. Неколицина испитаника је уочила незнатне промене набоље у понашању својих оболелих које могу да повежу са активностима које су примењиване у дневном боравку.

Последње питање је пружало могућност неговатељима корисника да организаторима пруже сугестије и савете за унапређење услуга. Одговор једне неговатељке обједињује све добијене сугестије – *Боравак је потребан сваки дан. Такође, и организовано одвођење и довођење особа би олакшало неговатељима организацију. Било би супер када би боравак био организован на општинама становања оболелих лица.* Мирослава Гаћеша неговала је оболелу мајку Милеву. У овој анкети је учествовало пет неформалних неговатеља.

Друга анкета је спроведена непосредно пред прву годишњицу рада дневног боравка. И ова анкета је састављена од стране стручњака из области социјалног рада. У анкети је учествовало десет неформалних неговатеља, од којих осам нису учествовали у претходном анкетирању. Ова анкета је значајно проширена (од 8 на 17 питања). Просечно време коришћења услуге дневног боравка је близу шест месеци. Просечна старост анкетираних неговатеља је 58,3 године (33–69 година) и свих десет анкетираних неговатеља је женског пола (услуге боравка до сада је користио само један неговатељ мушког пола, који због објективних потешкоћа није учествовао у анкети), од тога су 60% ћерке, 30% супруге, а 10% унуке. Просечна старост оболелих који користе дневни боравак је 78 година. Просечно време пружања неге у тренутку анкетирања је 3 године (поклапа се са временом које је прошло од момента када је дијагностификована деменција код оболелог). Радни статус испитаника, неформалних неговатеља је да су у 60% случајева у сталном радном односу, док су 30% неговатеља пензионери. Половина неговатеља негује особу женског пола.

Неки од одговора на питање „Шта Вам најтеже пада у неговању оболелог” су:

- Што је мама/отац већи део дана сама/сам (без надзора);
- Бојазан да ћу погрешити;
- Неразумевање друштва и недостатак помоћи;



- Суочавање са напретком болести, свакодневна неизвесност и напетост;
- Недостатак слободе кретања, дружења – кућни притвор.

Учесници у анкети се током неге најчешће ослањају на остале чланове породице (сестра/брат, деца, шира родбина, пријатељи). Неки од испитаника – 30%, немају никакву подршку, док је 20% испитаника добило подршку од СУАБ-а.

На питање „Колико Вам значи услуга дневног боравка”, 80% испитаника је одговорило јако много, а 20% је одговорило да им значи прилично. Илустрације ради, наводимо неколико одговора које су испитаници навели као разлог због чега су задовољни услугом дневног боравка:

- „Моја мајка је добила та три сата, да се поново осети вредном и важном, да ужива, а ја сам добила подршку и разумевање”;
- „Сама нисам усамљена, имам подршку људи који пролазе кроз исто. Промене на мом оцу су видљиве и то набоље, боља је концентрација, веселији је, смеје се, ужива, памти, учи песме, радује се поновном доласку”;
- „Мами помаже рад волонтера. Ако не дођемо две недеље примећујем код ње пад у свакодневном функционисању”;
- „Пружа осећај да нису баш сви заборавили на оболеле од ове врсте болести”;
- „Добијам идеје о активностима које можемо и у кући да организујемо са оболелим у време када не долази у дневни боравак”;
- „Лепо сам се обукла, изашла сам из куће у народ, дружила се са људима који имају сличан проблем и остаје ми лепо сећање после сваког доласка. Даје ми све то нову енергију да издржим до следећег четвртка.”

Све активности које се спроводе у дневном боравку су оцењене као одговарајуће и пријатне за кориснике. О својим осећањима у вези са услугом дневног боравка анкетирани неговатељи су се изразили на следећи начин:

- 60% се осећа снажније, да су нешто научили, да имају коме да се пожале и нису више толико збуњени,

- 70% има осећај да су схваћени и да их неко разуме,
- 50% да су се мало одморили,
- 40% анкетираних је навело да почињу да осећају да могу да истрају и да имају више воље.

Сви испитаници су истакли да им је од изузетног значаја услуга саветовалишта. И у овој групи анкетираних неформалних неговатеља сви су истакли да је неопходно да боравак буде доступан сваког дана, да траје дуже, у радно време неговатеља, да буде организован превоз корисника и да постоји на још некој општини у Београду.

У току рада са корисницима неки од волонтера су забележили осећања корисника. Бака Даница је рекла да не би долазила у боравак да јој се не допада и да јој највише прија пријатна атмосфера и разговор. Бака Мари се највише допада могућност да игра и пева, а прија јој и цртање. Оно што би она волела да ради је да једни другима читају. Дека Милутин каже да радо долази. Највише му пријају љубазни волонтери који имају доста знања. Воли да се игра занимљиве географије, куглања и кошарке, али би могло да буде и више физичких активности.

## 6. Закључак

Структуриране активности у оквиру радно-окупационе терапије, које се спроводе у дневном боравку у току три сата недељно, показале су се као добро осмишљене и још боље прихваћене. Овако креиран скуп активности био би довољан и за осмочасовно трајање дневног боравка, јер би остатак времена морао бити искоришћен за два obroка и одмор, мало више шетње и физичких активности. Досадашње искуство у раду дневног боравка показало је да постоји простор и за увођење нових активности, јер су корисници једнако задовољни кад раде оно што воле, што им прија или на шта су навикли, али и кад се уведе нека нова активност.

Иако је организација и пружање услуга дневног боравка за оболеле од деменције у надлежности локалних самоуправа, неопходно је ангажовање свих надлежних институција и на националном нивоу, како би се омогућила одрживост ових услуга.

Српско удружење за Алцхајмерову болест ће уложити све напоре да очува константну волонтерску и повремену пројектну подршку пилотирању услуге дневног боравка на Новом Београду и наставити рад са корисницима чији се број свакодневно повећава (јер ниједан досадашњи корисник није престао да користи услуге боравка, изузев у случају смрти), до потпуне институционализације овог сервиса од стране градског Секретаријата за социјалну заштиту. Поред тога, Удружење ће непрестано радити на заговарању имплементације ове услуге у осталим срединама у Србији, прво кроз оснивање огранака Удружења у већим центрима у Србији (попут Новог Сада и Ниша), а потом и кроз саветовања, едукације и обуке свих оних који буду у могућности да услугу дневног боравка реализују у својим срединама.

### Литература

- Линч, Р. (2016). *Пракса социјалног рада са старима – позитивни приступ центриран ка особи*. Београд: Факултет политичких наука.
- Николин, С., Сатарић, Н., Перишић Н. (2021). Подршка неформалним неговатељима особа које живе са деменцијом, *Геронтологија*, 49(2), 95–113.
- Сатарић, Н., Милићевић Калашкић, А. (2014). *Живот без сећања – Истраживање потреба за дневним центром за дементне у Београду*. Београд: Удружење „Снага пријатељства” – Amity.

---

**III ИЗ АРХИВЕ ГДС**

---



**Петар Манојловић**

**ХУМАНИЗАЦИЈА УСЛОВА И ПОСТУПКА  
У ОСТВАРИВАЊУ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ  
ПЕНЗИОНЕРА И ДРУГИХ  
СТАРИХ ОСОБА\***

Право на здравствену заштиту је, нема сумње, једна од изузетно значајних људских тековина и значајна компонента социјалне сигурности радних људи и грађана.

За људе тзв. трећег животног доба, тј. за пензионере и друге остале особе, право на здравствену заштиту има још наглашенији значај за њихову социјалну сигурност, него за већину осталих људи, јер је у том животном добу знатно израженији ризик обољевања него у млађим годинама.

Са продужавањем људског века, што је једна од карактеристика и нашег становништва, све већи број људи доживљава дубоку старост (70, 80 и више година) у којој право на здравствену заштиту има још већи значај за њихову социјалну сигурност, јер се у тим годинама неупоредиво чешће јавља болест, онемоћалост и зависност у живљењу од коришћења здравствених и других услуга и различитих облика туђе помоћи.

Имајући у виду констатовано, у нашој Републици је, пре десетак година, установљено право на потпуну и бесплатну здравствену заштиту за сва лица старија од 65 година, што је веома крупна социјална

---

\* Овај текст је објављен у „Геронтолошком зборнику” из 1987. године.

тековина. Поред особа старих 65 и више година, право на потпуну здравствену заштиту имају и сви корисници пензијских примања, тј. старосни, инвалидски и породични пензионери (у даљем тексту: пензионери).

С обзиром на значај здравствене заштите за социјалну сигурност пензионера и других остарелих особа и за хумане услове живљења у старости, а имајући у виду да се у старости јављају одређене специфичности у вези задовољавања појединих животних потреба, укључив и у погледу коришћења здравствених услуга, као да и до сада није било покушаја да се целовитије сагледају проблеми пензионера и других остарелих особа у вези са остваривањем здравствене заштите (мада су неки од ових проблема раније уочени), Савез пензионера СР Србије је, преко својих општинских организација, сагледао како пензионери остварују право на здравствену заштиту, који се проблеми у вези са тим јављају и шта би требало предузети да се такви проблеми превазиђу и унапреде услови и околности под којима пензионери остварују право на здравствену заштиту.

У том циљу био је сачињен један посебан упитник који је достављен свим општинским организацијама пензионера, са обавезом да, на постављена питања, одговоре дају председник и секретар општинске организације и председник Комисије за здравствену и социјалну заштиту општинске организације пензионера.

На основу тако добијених одговора извршена је статистичка и текстуална обрада попуњених упитника, на основу које се могу свести одређене оцене и установити одређени проблеми у вези са остваривањем здравствене заштите од стране пензионера и других старих особа.

Добијени подаци су довољно индикативни у погледу указивања на стање, позитивна искуства и проблеме који се јављају у остваривању права на здравствену заштиту од стране пензионера и могу послужити као основ за утврђивање потребних мера којим ће се унапредити услови под којим пензионери и друга стара лица остварују здравствену заштиту.

## 1. Пензионери као корисници превентивних облика здравствене заштите

У Препоруци бр. 3 Међународног плана акције о старењу, донетог од стране Светске скупштине УН о старењу, изричито стоји „да би се смањиле инвалидности и болести код старих потребна је рана дијагноза и одговарајуће лечење заједно са превентивним мерама”<sup>1</sup>, а у документу Светске здравствене организације, припремљеном за Светску скупштину о старењу, поред осталог, стоји да „стари захтевају читав низ здравствених и социјалних мера за поправљање свог стања и због превентиве. Подстицање њихових функционалних способности мора бити један од главних циљева здравствене заштите за старе, а превентива се мора сматрати као значајна компонента здравствене службе у току читавог живота”<sup>2</sup>.

На сличан начин се о превентивним облицима здравствене заштите говори и у завршним документима првог и другог Геронтолошког конгреса Југославије, као и у југословенском документу „Основни правци деловања у области старења и унапређивања услова живота у старости” у коме, поред осталог, стоји да ће се у здравственој заштити људи трећег животног доба тежиште „дати одржавању и обнављању функционалних и радних способности за свакодневни живот старих, превентивној заштити, раном откривању обољења, односно редовним систематским превентивним прегледима старих особа, припремама за пензионисање...”<sup>3</sup>

Чињеница је, међутим, да се на плану здравствене превенције пензионера одвијају извесне активности у веома малом броју општина, а у знатној већини општина нема таквих активности, што потврђују и подаци извршене анкете.

Систематски лекарски прегледи пензионера спроводе се само у 11% анкетираних општина, од којих у три општине се ови прегледи обављају једном у 1 до 2 године, у две општине се ови прегледи обављају једном у 3–5 година, а у две општине систематски прегледи

<sup>1</sup> „Изазови старости”, Институт за социјалну политику, Београд, 1984, стр. 23.

<sup>2</sup> Исто, стр. 204.

<sup>3</sup> Исто, стр. 661.



су обављени до сада само једном. Међутим, има индиција да се овде у ствари ради о систематским прегледима бораца и РВИ (међу којима има и доста пензионера), а не о систематским прегледима пензионера и других старих особа као таквих.

Акција за рано откривање хроничних болести, којим су обухваћени и пензионери, као и други грађани, организују се у мањем броју општина, што потврђује и спроведена анкета, јер су ове акције спроведене само у пет анкетираних општина, али се најчешће ради о акцијама флуографисања и мерења крвног притиска. У знатној мери већина општина нема таквих акција.

Мере редовне активне имунизације пензионера спроводе се нешто чешће: у 14% анкетираних општина ове се мере спроводе редовно сваке године, у 26% анкетираних општина мере редовне активне имунизације пензионера нередовно се спроводе, а у 59% општина такве се мере уопште не спроводе.

Акције здравственог просвећивања пензионера и других остарелих особа спроводе се веома ретко, што потврђују и резултати спроведене анкете, према којој се ове акције спроводе сваке године само у две анкетираних општине, у 22% општина се ове акције спроводе нередовно, док у највећем броју анкетираних општина (74%) таквих акција уопште није било, мада се у савременој геронтолошкој пракси све већа пажња посвећује мерама „здравствене самопомоћи и ослањања на сопствене снаге пензионера”, на чему, поред другог, посебно инсистира и Светска здравствена организација, у чијем материјалу за Светску скупштину о старењу, поред осталог, стоји и следеће: „стари људи и чланови њихових породица треба да се више баве сопственом негом. Обавештења у подручју здравственог образовања, о унапређењу здравља и спречавању болести су неопходна, као и једноставни приручници о личној нези... сувише често стари пропуштају да траже негу, у веровању да су њихова обољења саставни део процеса старења”<sup>4</sup>

Неопходно је такође при овоме имати у виду и значај едукације здравственог особља и њиховог оспособљавања за рад са старим особама. Нажалост, нема организованијих активности на неопходној

<sup>4</sup> Исто, стр. 208 и 212.

геронтолошкој едукацији здравственог особља у великој већини општина, што потврђују и резултати извршене анкете. Анкетни резултати, наиме, показују да се мере геронтолошке едукације здравственог особља, које чешће контактира са старим особама, спроводи само у 6% анкетираних општина, у 58% анкетираних општина се не спроводи, а у 35% организација пензионера није познато да ли се едукација спроводи. У препорукама Светске скупштине о старењу, међутим, стоји да „они који се најдиректније брину за старе често су најмање оспособљени или имају недовољну обуку за ту сврху. Да би се очувала добробит и независност старих лица путем сопствене бриге о себи, путем унапређења здравља, спречавања болести и инвалидности, потребне су нове оријентације и нове способности, које би поседовала и сама старија лица и њихове породице, а и здравствени и социјални радници у локалној заједници. Они који раде са старијима код куће, или у установама, треба да добију основну обуку за обављање својих задатака, са посебним акцентом на учешће старијих и њихових породица и на сарадњи између радника у области здравства и социјалне заштите на разним нивоима”.<sup>5</sup>

У нашој Републици уопште се не примењују тзв. организоване мере социјално-психолошке и здравствене припреме за одлазак у пензију и за живот у старости, иако су инострана искуства показала колико су ове припреме значајне за превенцију физичког и психичког здравља и социјалних тешкоћа у старости.

У целини узевши, стање у погледу превентивних здравствених активности у односу на пензионере је сасвим незадовољавајуће, што захтева да се убудуће веома организовано приступа од стране надлежних друштвених субјеката (СИЗ-ова и др) у планирању и спровођењу мера превентивне здравствене заштите пензионера и других остарелих особа, јер је спречавање обољења и очување функционалних способности у старости у интересу како самих људи трећег животног доба тако и од интереса за рационално коришћење расположивих материјалних средстава и здравствених капацитета, а осим тога, превентивне здравствене мере су у директној функцији са напорима за даљу хуманизацију услова старења и живота у старости.

---

<sup>5</sup> Исто, стр. 25.

## 2. Пензионери као корисници амбулантно-теренских медицинских служби

„Напори у области здравства, а нарочито у области примарне здравствене заштите – као стратегије, треба да буду усмерени на то да омогуће старима да воде самосталан живот у својој породици и заједници што је могуће дуже, уместо да буду искључени из свих активности друштва” јесте једна од фундаменталних препорука Светске скупштине о старењу, у чијем финалном документу се даље разрађује ова полазна основа истичући да друштвена заједница треба да „развија у највећој могућој мери здравство и службе повезане са здравством. Ове службе треба да укључе широк дијапазон амбулантних служби, као што су: центри за дневну негу, клинике за ванболничку негу, дневне болнице, лекарске и сестринске неге и услуге у стану. Увек треба да постоје и службе за хитне случајеве. Институционална нега треба увек да одговара потребама старих лица. Треба избегавати неодговарајуће коришћење кревета у здравственим установама”<sup>6</sup>.

Оваква оријентација је изражена и у многим југословенским документима. У Резолуцији Скупштине СР Србије о друштвеном старању о остарелим лицима, поред осталог, стоји да „поштовање људског достојанства налаже да се у друштвеној заштити остарелих полази од природне људске потребе и неотуђивог права да се живот проводи у жељеној социјалној и породичној средини... У том циљу тежиште у пружању здравствене заштите остарелим лицима треба усмерити на стварање одговарајућих предуслова да остарела лица своју старост проводе у свом стану, односно у стану своје породице, родбине и сл”.

Стварању таквих предуслова треба, поред осталог, у нашим данашњим условима да допринесу и одређене здравствене службе, пре свега патронажна служба медицинских техничара, служба кућних посета лекара и медицинских техничара, служба за кућно лечење и медицинску негу у стану, служба хитне медицинске помоћи и здравствене амбуланте службе дома здравља, односно здравствене станице.

<sup>6</sup> Исто, стр. 26.

Међутим, чињеница је да у једном не тако занемарљивом броју општина неких од ових служби нема, нису организоване, па стога пензионери и друга стара лица нису у могућности да се користе њиховим услугама. У 37% анкетираних општина не постоји служба кућних посета лекара и медицинских техничара, у 19% анкетираних општина не постоји и не функционише служба хитне медицинске помоћи, а служба кућног лечења и медицинске неге у стану постоји само у 10-15 општина, док у свим осталим општинама ова служба још није основана.

Што се тиче деловања патронажне службе медицинских сестара, резултати анкете показују да само у 10% анкетираних општина ова служба редовно посећује све пензионере и друга стара лица, да у 63% анкетираних општина патронажна служба редовно посећује само теже хронично оболеле пензионере и друга стара лица, а да у 27% анкетираних општина пензионери и друга стара лица нису уопште обухваћени редовним посетама медицинских сестара. Нема сумње да су потребе такве да би редовним посетама патронажне службе медицинских сестара требали да буду обухваћени не само хронично оболели пензионери и друга стара лица, већ све зависне и полузависне старије особе које живе у старачким домаћинствима или као самци.

Врло је индикативан податак да је релативно висок проценат анкетираних општина у којима пензионери наилазе на одређене потешкоће приликом коришћења услуга кућних посета лекара и услуга хитне медицинске помоћи, што потврђују и резултати извршене анкете.

Од укупно анкетираних општина у којима пензионери користе услуге кућних посета лекара и медицинских техничара, у 49% анкетираних општина пензионери наилазе на одређене тешкоће приликом коришћења ових услуга: не одазивају се уредно на позиве пензионера, касни се са пружањем интервенција, нема довољно лекара па делују само у месту, не одазивају се већ захтевају долазак у болницу, лоша служба – као да је нема и др.

Од укупно анкетираних општина у којима пензионери користе услуге хитне медицинске помоћи, у 38% пензионери имају одређене тешкоће у коришћењу ове службе. Најчешћи су приговори на дуго чекање (79%), да се нередовно одазивају позиву када се ради о старијим особама (63%), на површан третман (47%), на нетактично и нехумано понашање медицинског особља према старијим особама (31%).

У одговорима неких општинских организација пензионера наводи се, на пример, да се често ради о проблемима са возилима и возачима: у већини случајева недостаје возило, ако се позове хитна помоћ често се догађа да се добије одговор: нема кола или шофера и др.

Расположиви подаци показују, осим тога, да пензионери доста често наилазе на одређене тешкоће и приликом коришћења амбулантних услуга у дому здравља, односно у здравственој станици: у 56% анкетираних општина пензионери имају тешкоће приликом коришћења ових услуга а у 44% немају. Најчешће се дуго чекање наводи као тешкоћа приликом коришћења услуга (94%), затим нетактично и нехумано понашање медицинског особља према старијим особама (14%) и површан третман од стране медицинског особља (11%). Жалбе на нетактично и нехумано понашање здравственог особља према старијим особама се најчешће односе на средње медицинско и административно и техничко особље, а ређе на лекарски кадар.

Међутим, све је већи број општина у којима се чине организоване мере да би се хуманизирали услови и поступак приликом пружања медицинских услуга пензионерима и другим остарелим особама.

У 45% анкетираних општина предузимају се такве мере. Најчешће се ради о мерењу крвног притиска и лекарским консултацијама које се обављају у просторијама клубова за пензионере и просторијама месних заједница (71%). У 4 општине делују посебне амбуланте за пензионере и друга стара лица, у једној општини се пензионерима унапред заказује време прегледа и у две општине је одређено посебно радно време за преглед пензионера и других старих лица.

Ипак, и поред ових охрабрујућих позитивних искустава, треба имати у виду да то још није пракса у свим насељима ових општина и да још увек у знатно већем броју општина (60%) нема чак ни оваквих почетних покушаја да се хуманизују услови и поступак приликом коришћења амбулантних услуга од стране пензионера иако, очигледно, за то нема никаквих објективних сметњи, већ је то преваходно ствар схватања и добре воље надлежних здравствених фактора.

### 3. Пензионери као корисници болничких и специјалистичких здравствених услуга

„Несумњиво је да се са годинама повећава учесталост патолошких стања. Штавише, животни услови старих лица чине их више склоним факторима ризика, који би могли имати штетне последице по њихово здравље (нпр. друштвена изолација и несреће) – факторима, који се у великој мери могу изменити. Истраживања и практична искуства показују да је очување здравља код старијих лица могуће и да болести не морају да буду битна компонента старења.”<sup>7</sup>

Међутим, у условима недовољне развијености превентивних облика здравствене заштите и здравствених капацитета амбулантно-теренске здравствене службе које омогућавају и подстичу да остареле особе своју старост проводе превасходно у својим становима, притисак на болничке капацитете од стране старијих особа је већи него што то реалне потребе захтевају.

Стога је за пензионере, у нашим условима, веома значајно под којим околностима они користе болничке услуге и какав је третман на који они у томе наилазе.

Расположиве информације, међутим, показују да је релативно висок проценат општина у којима се јавља низ тешкоћа код коришћења болничких услуга од стране пензионера и других остарелих особа. У 37% анкетираних општина, на пример, јављају се одређене тешкоће приликом коришћења болничких услуга од стране пензионера, међу којима су најчешће тешкоће које настају поводом површног третмана старих особа (52%), поводом одбијања и нерадог пријема старијих особа у болнице (43%), поводом нетактичног и нехуманог понашања здравственог особља према старим особама (26%) и др. И даље је изражен притисак на болничке капацитете због недовољних смештајних домских капацитета за зависне остареле особе, што захтева бржи развој ових специјализованих домских капацитета.

У светлу ових констатација може се схватити залагање Светске здравствене организације, у материјалу за Светску скупштину о старењу, да „посебна болничка нега за старе биће проучена у циљу

<sup>7</sup> Исто, стр. 23.

унапређења брже дијагнозе, најкраћег могућег периода болничке неге и рехабилитације уколико је то потребно”.<sup>8</sup>

Резултати извршене анкете, међутим, показују да је још неповољније стање када се ради о коришћењу услуга специјалистичких здравствених служби (при здравственим станицама, домовима здравља и болничким установама), јер се на тешкоће у коришћењу ових услуга указује из 54% анкетираних општинских организација пензионера.

На највише тешкоћа пензионери наилазе приликом коришћења услуга уролошке службе (59%), кардиолошке и реуматолошке службе (44%), интернистичке (38%) и стоматолошке (20%).

Највише жалби на услове под којим се користе услуге специјалистичке здравствене службе односи се на околност да се мора путовати ван места становања ради коришћења ових услуга (65%), на дуго чекање пред ординацијама специјалиста (65%) и на нередовно ординирање специјалистичких служби (20%).

У светлу ових проблема, значајна је препорука Светске скупштине о старењу у вези са коришћењем услуга специјалистичких здравствених служби да „треба обезбедити здравствене прегледе и савете у погледу здравља преко геријатријских клиника, здравствених центара у суседству или у локалним просторијама, где се старији људи окупљају”, што код нас још није присутна пракса.<sup>9</sup>

#### **4. Пензионери као корисници помоћних помагала (протеза), бањског и климатског опоравка (лечења) и лекова**

На постојање одређених тешкоћа приликом остваривања права на помоћна помагала (протезе) указује се из 27% анкетираних општина, уз навођење да се на тешкоће наилази најчешће када се ради о добијању слушних апарата (52%), зубних протеза (47%) и наочара (41%), а најчешће се наводе следећи проблеми: превисока партиципација и процедура која захтева више одлазака (компликована процедура посебно за оне ван седишта општине, јер после седам дана мора

<sup>8</sup> Исто, стр. 212.

<sup>9</sup> Исто, стр. 26.

се поново доћи, због чега се пензионери излажу ванредним трошковима) и др.

Изузетно је висок проценат општинских организација пензионера које указују да пензионери наилазе на низ тешкоћа приликом коришћења бањског и климатског опоравка (лечења). Чак у 72% анкетираних општинских организација се указује да има у томе одређених тешкоћа, уз навођење следећих проблема: позивање пензионера ван сезоне иако је договорено да се један проценат позива и у сезони, уопште се не омогућава пензионерима бањски и климатски опоравак, упућује се мали (симболичан) број пензионера јер су средства недовољна и ниска је квота, сувише кратак и по правилу лошији смештај за пензионере у односу на друге, путни трошкови се не признају пензионерима, неадекватан поступак, брка се опоравак са рекреацијом па се пензионери одбијају и упућују пензионерској организацији и др.

У вези са добијањем и коришћењем лекова, анкетни резултати показују да се у 27% општинских организација оцењује да пензионери наилазе на одређене тешкоће приликом добијања и коришћења лекова. Најчешће се ради о нерадом преписивању скупљих лекова (70%), али и о условљавању да се преписани лекови рационално користе (12%). Нужно је спречавати појаве стварања „кућних апотека”, чему може допринети и смањивање времена чекања пред ординацијом.

И Светска здравствена организација у свом материјалу за Светску скупштину о старењу указује на проблеме у вези са коришћењем лекова од стране старих особа: „схема коришћења лекова код старих људи је одраз вишеструке и хроничне природе њихове болести. Где је проценат старијих људи у становништву висок, преко половине укупне употребе лекова је код старијих особа. У студији, која је урађена, забележено је да старији људи имају, у просеку, по три лека, а проучавања у једном Дому за старе или болничкој средини показују још веће коришћење лекова. Стручна група Светске здравствене организације за здравствену заштиту старих препоручила је да се терапеутски режим за старе редовно контролише... како би се подстакла рационалнија и мање отровна терапија лековима”.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Исто, стр. 227.



## 5. Коришћење здравствених услуга на сеоским подручјима

Мада највећи део пензионера данас живи у градским насељима, тенденција је да све већи број пензионера живи у сеоским насељима, а тај ће однос бити све израженији када пензије почну да остварују и земљорадници.

Као што се могло очекивати, на сеоским подручјима знатно су неповољнији услови за остваривање права на здравствену заштиту него у градским насељима, због недовољне развијености здравствене службе и удаљености здравствених капацитета. Због ових околности значајан број пензионера и других остарелих особа са села није у могућности да остварује законом признато право на здравствену заштиту, што се често веома неповољно одражава на њихову социјалну сигурност, виталност и дужину живљења.

Према резултатима извршене анкете, оцењује се да су могућности у погледу коришћења здравствених услуга од стране пензионера и других остарелих особа које живе на сеоским подручјима релативно повољне само у приградским насељима (14%), у 26% анкетираних организација пензионера се оцењује да су ове прилике релативно повољне само у већим сеоским насељима њихове општине, док се само у 22% анкетираних општинских организација пензионера оцењује да су ове прилике релативно повољне у свим сеоским насељима њихове општине. У 26% анкетираних општина оцењује се да су могућности коришћења здравствених услуга од стране пензионера и других остарелих особа неповољне у удаљеним и брдско-планинским сеоским насељима њихове општине, док у 21% анкетираних општинских организација пензионера се оцењује да су ове могућности неповољне у већини насеља њихове општине.

Наводе се следеће околности због којих су ови услови неповољни: у 34% општинских организација пензионера се сматра да су ове неповољности изражене због сувишне удаљености здравствене станице и дома здравља и због нефункционисања у свим сеоским насељима службе кућних посета лекара и медицинских техничара, у 32% општина се наводи да је то због тога што патронажна служба медицинских сестара не функционише у већини насеља, односно

у свим сеоским насељима, у 24% општинских организација се наводи као разлог нефункционисање ефикасне службе хитне медицинске помоћи у већини, односно у свим сеоским насељима, а у 6% општина неповољне оцене се односе на нетактично и нехумано понашање медицинског особља према старијим особама.

Проблеми су очигледно веома крупни, делом објективне, а делом субјективне природе, и захтевају озбиљне и неодложне мере и напоре да би се пензионери и друга стара лица са сеоских подручја, у погледу остваривања права на здравствену заштиту, довели у приближан положај као и пензионери из градских насеља.

#### **6. Сарадња општинских организација пензионера и њихова самоуправна заступљеност у самоуправним интересним заједницама здравствене заштите и саветима здравствених установа**

У препорукама Светске скупштине о старењу посебна пажња је посвећена значају и улози пензионера и других остарелих особа у функционисању здравствене заштите и појединих здравствених установа. Тако, на пример, у препоруци бр. 9 стоји да „треба подстицати учешће старих лица у развоју здравствене заштите и функционисању здравствених служби”.<sup>11</sup> У препоруци бр. 8 стоји да „контрола живота старијих људи не треба да буде препуштена једино здравству, социјалним службама и осталом особљу које се бави негом, зато што обично стари људи сами најбоље знају шта им је потребно и како се то може остварити”.<sup>12</sup> У препоруци бр. 7, поред осталог, стоји да „исувише често старост је доба у коме вас нико не пита за мишљење. Одлуке, које се тичу старијих грађана, често се доносе без учешћа самих грађана. Ово нарочито важи за оне који су врло стари, слаби и инвалидизирани. И за такве људе треба да постоји еластични систем неге, који им

---

<sup>11</sup> Исто, стр. 25.

<sup>12</sup> Исто, стр. 25.

даје могућност избора у погледу типа услуге у врсте неге, која ће им бити пружена”.<sup>13</sup>

У том смислу се залаже и Светска здравствена организација а на томе инсистира и Југословенски документ „Основни правци деловања у области старења и услова живота у старости”, који се, поред осталог, залаже за предузимање конкретних мера „ради обезбеђивања потребног утицаја старих људи на квалитет и садржину самоуправног одлучивања у задовољавању њихових специфичних интереса и потреба”, те да је стога потребно убудуће брже „стварати услове који ће омогућити формирање посебних делегација пензионисаних радника и других старих особа и обезбедити заступљеност њихових делегата у одговарајућим самоуправним телима и органима, који решавају и одлучују о питањима од непосредног интереса за живот старих људи”.

Анкетни резултати, међутим, показују да у 53% анкетираних општина пензионери нису, као делегати општинске организације пензионера, заступљени у општинским СИЗ-овима здравствене заштите, а у 18% анкетираних општина нису у адекватном броју заступљени у овим СИЗ-овима, што значи да у овим СИЗ-овима нема пензионера, али не у својству делегата општинских организација пензионера, због чега немају ни овлашћења да заступају специфичне интересе и потребе пензионисаних радника и других старих особа.

Још је неповољније стање у погледу заступљености пензионера, као делегата општинских организација пензионера, у саветима здравствених организација, јер у 82% анкетираних општина није пракса да општинске организације пензионера имају своје делегате у саветима здравствених организација, у близу 10% анкетираних општина пензионери су у својству делегата општинских организација пензионера, чланови савета здравствених организација у задовољавајућем броју, а у 8% анкетираних општина таква пракса такође постоји, с тим што се оцењује да су пензионери у недовољном броју заступљени.

Међутим, нешто је повољније стање у погледу сарадње између општинских организација пензионера и СИЗ-ова здравствене заштите и појединих здравствених установа.

---

<sup>13</sup> Исто, стр. 25.

Према резултатима анкете, сарадња између општинских организација пензионера и СИЗ-ова здравствене заштите постоји у 42% општина, сарадња са медицинским центром постоји у 14% општина, а сарадња са домом здравља постоји у 42% општина, док у 34% општина нема сарадње између општинске организације пензионера и општинског СИЗ-а здравствене заштите, дома здравља и медицинског центра.

Дакле, у целини узевши, стање у погледу сарадње и самоуправне заступљености општинских организација пензионера у СИЗ-овима здравствене заштите и у здравственим организацијама није задовољавајућа, што захтева мере за превазилажење овог стања и за установљавање неопходне сарадње и адекватне самоуправне заступљености општинских организација пензионера у СИЗ-овима здравствене заштите и здравственим установама, јер се ради о институцијама од изузетног значаја за социјалну сигурност пензионера и других остарелих лица.

### **Закључна разматрања и предлог мера за унапређивање здравствене заштите пензионера**

Изложени резултати извршене анкете упућују на следеће оцене и предлоге мера:

1. Установљено право пензионера и других остарелих особа на потпуну здравствену заштиту представља крупну социјалну тековину пензионисаних радника и других остарелих особа, од изузетног значаја за њихову социјалну сигурност и за хуманизацију услова старења и живота у старости.

Константно је присутан напредак и континуирани друштвени напори да се даље унапређује здравствена заштита пензионера и других остарелих особа, посебно у погледу стварања одговарајућих институционалних, кадровских и организационих услова за што потпуније и свеобухватније остваривање конституисаних права пензионера и других остарелих особа на здравствену заштиту.

2. Међутим, и поред видних резултата постигнутих у том погледу, присутни су крупни проблеми који отежавају, а некада и онемогућа-

вају пензионерима и другим старим лицима да се користе установљеним правом на начин и по обиму и квалитету како је то потребно и како је то прописима предвиђено.

Узроци ових тешкоћа и баријера су некада објективне, а често и субјективне природе.

3. Да би се обезбедило нужно побољшање здравствене заштите пензионера и других остарелих особа потребно је:

- а) разрадити и обезбедити примену разноврсних мера здравствене превентиве пензионера, подразумевајући у томе, пре свега, редовне систематске прегледе, акције раног откривања хроничних и других болести, мере редовне активне имунизације, мере здравственог просвећивања пензионера и других остарелих особа и њиховог оспособљавања за здравствену самопомоћ и за самоуправно деловање у СИЗ-овима здравствене заштите и у здравственим институцијама. Треба се, нарочито, залагати да се реализују одговарајући програми здравственог просвећивања пензионера и других остарелих особа ради њиховог оспособљавања за здравствену самопомоћ и међусобну здравствену помоћ пензионера и других остарелих особа, али и инсистирати на примени појединих мера здравствене превенције старења и обољевања у старости;
- б) обезбедити да се редовним посетама патронажне службе медицинских сестара обухвате не само теже хронично оболели пензионери и друге остареле особе, већ и сви други полузависни и зависни пензионери и друге остареле особе, које живе као самци или у старачким домаћинствима;
- в) обезбедити приоритет у развоју службе хитне медицинске помоћи и службе кућних посета лекара и медицинских техничара, а нарочито обезбедити бржи развој службе за кућно лечење и медицинску негу у стану;
- г) размотрити мере хуманизације услова и поступка у коришћењу амбулантних и специјалистичких здравствених услуга како би се пензионерима и другим остарелим лицима, где год је то могуће, олакшало коришћење здравствених услуга (прегледи, консултације у клубовима за пензионере и у

месним заједницама, посебне амбуланте и посебно време ординирања за пензионере и друге остареле особе, заказивање прегледа, амбуланте за старе у приземљима а не на спратовима, приоритет за старе у апотекама и др) и обезбедити њихову реализацију свуда где за то постоје одговарајући услови. Нарочито настојати да се смањи чекање пензионера и других старих лица пред ординацијама. Посебно инсистирати да се рационалније користи радно време у здравственим установама: почетак рада на време, коришћење само прописане паузе, избегавање примања пацијената ван реда, рад до краја радног времена и др.;

- д) побољшати услове и поједноставити и убрзати процедуру за одобравање помоћних помагала (протеза) кад се ради о пензионерима и другим остарелим особама;
- ђ) обезбедити нужну геронтолошку едукацију здравственог особља које чешће долази у контакт са старијим особама и обезбедити, по потреби, и одговарајуће дисциплинске и друге мере у свим случајевима нетактичног и нехуманог понашања здравственог особља према пензионерима и другим остарелим особама, чиме се повређују и крше одредбе професионалне етике лекара и другог здравственог особља;
- е) обезбедити адекватну заступљеност пензионера, као делегата општинских организација пензионера, у СИЗ-овима здравствене заштите и у саветима здравствених организација и обезбедити чврсту сарадњу између општинских организација пензионера и СИЗ-ова здравствене заштите и одговарајућих здравствених установа.



---

## IV ПЕРЕВОД

---





## ДЕКАДА ЗДРАВОГ СТАРЕЊА 2020–2030.\*

### 1. Зашто нам је потребна координисана, континуирана акција?

#### 1.1. Дужи животи

Дужи животи представљају једно од наших најистакнутијих колективних достигнућа. Они одражавају напретке у социјалном и економском развоју, као и у здравству, а нарочито наш успех у суочавању са смртним болестима деце, материнском смртношћу, а од скоро и смртношћу старијих. Дужи живот је изузетно вредан ресурс. Он пружа прилику за поновно промишљање не само тога шта је старост, него и тога како се наши укупни животи могу одвијати.

Данас већина људи може очекивати да живи 60 година и дуже. Особа старости 60 година на почетку *Декаде здравог старења* може очекивати да живи, у просеку, додатне 22 године. Међутим, велика је разлика у дуговечности, у зависности од социјалног и економског груписања. У земљама Организације за економску сарадњу и развој (ОЕЦД), на пример, мушкарац 25 година старости, универзитетског образовања, може очекивати да живи 7,5 година дуже од свог вршњака који је нижег образовања; код жена ова разлика износи 4,6 година. Ова разлика је акутнија у новим економијама које расту.

Број и удео људи старих 60 година и више унутар свеукупне популације се увећава. Ово увећање се одвија стопом која је без преседа и која ће се убрзати у наредним декадама, нарочито у земљама у развоју. Старење популације ће наставити да утиче на све аспекте друштва, укључујући тржишта рада и финансија, потражњу за робама

---

\* Овај текст је преведен и приређен текст „УН Декаде здравог старења 2020–2030: план акције” Светске здравствене организације (СЗО). Доступан је на <https://www.who.int/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>.

и услугама, попут образовања, становања, здравства, дуготрајне заштите, социјалне заштите, транспорта, информација и комуникација, а исто тако породичне структуре и међугенерациске везе.

### *1.2. Додавање година животу*

Глобално постоји мало доказа о томе да је здравље старијих данас боље него код прошлих генерација. Штавише, добро здравље у старости није равномерно дистрибуирано, било између или унутар популација. На пример, међу државама је просечна разлика од 31 очекиване године проведене у здрављу приликом рођења и 11 очекиваних година проведених у здрављу са 60 година живота.

Добро здравље додаје живот годинама. Прилике које настају као последица продужетка дуговечности снажно зависе од *здрог старења*. Људи који доживе ове додатне године живота у добром здрављу наставе да учествују и буду саставни делови породица и заједница, оснажиће своја друштва; међутим, уколико у додатим годинама доминирају лоше здравље, социјална изолација или зависност од неге импликације по старије и по друштво су много негативније.

*Здрог старење* се протеже кроз читав животни циклус и релевантно је за свакога, не само за оне који тренутно нису болесни. Природни капацитет у сваком тренутку одређен је бројним факторима, укључујући потпорне физиолошке и психолошке промене, понашања повезана са здрављем и присуство или одсуство болести. Природни капацитет одређен је снажно окружењима у којима људи живе током живота.

Социјални и економски ресурси и прилике, који су људима на располагању у њиховом животном циклусу, утичу на њихову моћ да доносе здраве изборе, доприносе и добијају подршку када им је потребна. *Здрог старење* је стога блиско повезано са социјалном и економском неправичношћу. Неповољности у здрављу, образовању, запошљавању и зарадама започињу рано, једни друге подстичу и акумулирају се током животног циклуса. Старији који су лошег здравља раде мање, зарађују мање и пензионишу се раније. Род, култура и етницитет су важни посредници неправичности и резултују изузетно различитим трајекторијама старења.

Здраво старење може бити реалност за све. То захтева промену фокуса од поимања здравог старења као одсуства болести до подстицања функционалне способности која омогућује старијима да буду и да раде оно што они вреднују. Ово захтева и акције унапређења здравог старења на разним нивоима и у различитим секторима, како би се спречила болест, промовисало здравље, задржао природни капацитет и обезбедила функционална способност.

Упркос предвидљивости старења популације и стопи њеног убрзања, државе се налазе у различитим степенима припремљености. Многи који су данас старији не могу да приступе основним ресурсима потребним за живот који има значење и достојанство. Многи други суочавају се са свакодневним баријерама које их спречавају да доживе здравље и благостање и да учествују у потпуности у друштву. Ове потешкоће интензивирани су код старијих који живе у фрагилним окружењима и у ванредним околностима, где су ресурси ограниченији, а препреке веће. За одржив развој и за постизање циљева из Агенде 2030, друштва морају бити спремна и одговорити на потребе садашњих и будућих популација старијих.

## 2. Визија, принципи и додата вредност

### 2.1. Чврсте основе

*Декада здравог старења* надограђује се и реагује на глобалне обавезе и позиве на акцију. Заснована је на *Глобалној стратегији и акционом плану старења и здравља (2016–2030)*, која је сачињена кроз екстензивно консултовање, а и сама је била информисана *Светским извештајем о старењу и здрављу*. Глобална стратегија обухвата мултисекторску акцију за приступ здравом старењу која узима у обзир читав животни циклус, како би се подстакли дужи и здравији животи. Циљеви глобалне стратегије за прве четири године (2016–2020) били су имплементација доказа, попуњавање јазова и подстицање партнерстава потребних за деценију координисане акције у правцу остваривања пет стратешких циљева.

*Декада* се надограђује на Мадридски интернационални план акције о старењу и попуњава јазове у здрављу и благостању јачањем мултисекторских приступа здравом старењу. Као и глобална стратегија и Мадридски план, и *Декада* подржава остваривање Агенде 2030 и њених 17 циљева одрживог развоја. Агенда 2030 је глобални позив да нико не буде изостављен и да свако људско биће има прилику да испуни своје потенцијале у достојанству и једнакости.

*Декада* подржава и циљеве повезаних стратегија и планова које су усвојили Светска здравствена скупштина и Генерална скупштина Уједињених нација, као и друга тела, а који се тичу старења популације и здравља, укључујући сарадњу са државама на унапређењу универзалног здравственог обухвата за све људе свих узраста унутар Глобалног плана акција за здраве животе и благостање и Политичке декларације са високог нивоа о универзалном здравственом обухвату.

## **2.2. Визија и руководећи принципи**

Наша визија је свет у ком сви људи живе дуге, здраве животе. Повезана је са три приоритета Мадридског интернационалног плана акције о старењу и одражава визију Циљева одрживог развоја да нико не буде изостављен.

Наш фокус је на другој половини живота. Акције обезбеђивања здравог старења могу и треба да се спроводе у свим годинама живота, одражавајући приступ животног циклуса, који обухвата здрав почетак живота, акције у свим животним фазама и испуњавање потреба људи у свим критичним животним фазама. У светлу јединствених проблема у старости и ограничене пажње која се поклања овом периоду у поређењу са другим старосним групама, *Декада* као глобална стратегија фокусира се на то шта се може урадити за људе у другој половини њихових живота. Акције назначене у овом документу, уколико се имплементирају на више нивоа и у различитим секторима, биће од користи и тренутној и будућим генерацијама старијих.

*Декада здравог старења* ће се придржавати руководећих принципа Агенде 2030 и циљева из глобалне стратегије и Глобалне кампање у борби против еџизма. *Декада* ће се заснивати на приступу људских

права, који подразумева универзалност, неутуђивост и недељивост људских права која припадају свима, без било какве разлике, укључујући права на уживање највиших достижних стандарда физичког и менталног здравља; права на адекватан животни стандард; на образовање; на слободу од експлоатације, насиља и злоупотребе; на живот у заједници; и на учешће у јавном, политичком и културном животу. Организације које су укључене у сарадњу ће се придржавати сопствених руководећих принципа и вредности.

### **2.3. Додата вредност**

Декада акције може да увећа значај ових питања, да креира подстицаје за ургентно деловање и да доведе до трансформативне промене. Декада координисане, континуиране сарадње на здравом старењу потребна је у сврху промене става о старењу популације, тако да се од изазова преобрати у прилику. Све је већа бојазан по питању тога како се борити са очекиваним увећањима трошкова здравства и дуготрајне неге и економским импликацијама последичног мањег броја младих традиционалних радних узраста. Међутим, докази сугеришу на то да трошак неге о старијим генерацијама можда и неће бити висок. Уместо тога, старији ће обезбедити знатне економске и социјалне бенефите, нарочито када су здрави и активни, на пример, директним учествовањем у формалној и неформалној радној снази, кроз порезе, потрошњу, доприносе за социјалну сигурност, готовинске и имовинске трансфере млађим генерацијама и кроз волонтирање.

*Декада здравог старења ће обезбедити прилике за:*

- Креирање подесних прилагођавања и улагања, која ће подстаћи здраво старење, укључујући интегрисану здравствену и социјалну заштиту и старосно прилагођена окружења, као и реализовање користи које ће обухватити боље здравље и исхрану, вештине и знања, социјалну повезаност, личну и финансијску сигурност и лично достојанство;
- Искористићавање технолошких, научних, медицинских (укључујући нове третмане), асистивних технологија и дигиталних иновација које ће подстаћи здраво старење; и

- Ангажовање различитих група цивилног друштва, заједница и приватног сектора у дизајнирању и имплементацији политика и програма, нарочито за маргинализоване, искључене и вулнерабилне групе и подстицање одговорности.

Специфична додата вредност биће:

- Наглашавање хитности да се реагује и да се ускладе акције и улагања побољшања живота старијих, њихових породица и заједница;
- Обезбеђивање робустног националног плана акције за популацију која стари и актере у здравству;
- Систематско грађење и јачање различитих међугенерациских гласова о здравом старењу и ангажовању у иновативним партнерствима са старијима;
- Помагање државама да испуне обавезе које су смислене за старије до 2030. године;
- Дељење регионалних и глобалних перспектива о различитим проблемима здравог старења и учење из њих; и
- Обезбеђивање платформе за различите актере у сврху имплементације конкретних активности и програма, са фокусом на пружању подршке националним напорима, будући да партнерства могу да постигну више него било која организација или институција самостално.

### 3. Области акције

Да би се подстакло здраво старење и побољшали животи старијих и њихових породица и заједница потребне су фундаменталне промене, не само у акцијама које спроводимо, него и у нашем поимању старости и старења. *Декада* ће бити усмерена на четири области акције:

- Промену начина на које размишљамо, осећамо и поступамо према старима и старењу;
- Гарантовање да заједнице јачају способности старијих;
- Пружању интегрисане неге центриране према особи и здравствених услуга из примарне заштите које су респонзивне на потребе старијих; и

- Обезбеђивању приступа дуготрајној нези за старије којима је она потребна.

Ове области су снажно повезане између себе. На пример, примарна здравствена заштита која може да одговори на потребе старијих је од суштинског значаја за унапређење здравља, а интегрисана здравствена и дуготрајна социјална заштита и подршка могу да развију заједнице на такве начине који ће подстаћи способности старијих. Ејџизам треба третирати у свим политикама, програмима и праксама. Заједно, ове области треба да промовишу и подстичу здраво старење и унапређују благостање старијих.

Многи сектори ће морати да буду укључени у унапређење здравог старења, укључујући здравство, финансије, дуготрајну негу, социјалну заштиту, образовање, рад, становање, транспорт, информације и комуникације. То ће обухватити националне, субнационалне и локалне владе, као и пружаоце услуга, цивилно друштво, приватни сектор, организације за старије, универзитет и старије, њихове породице и пријатеље.

Активности које се сматрају најподеснијим или најургентнијим зависиће од контекста. Све активности се, међутим, морају спроводити на начине који превазилазе, а не који подстичу неправичност. Неједнак приступ користима од ових области акција може бити последица индивидуалних фактора, као што су пол, етницитет, образовни ниво, брачни статус, место становања или здравствени услови, чиме ће се утицати на могућност оптимизирања здравог старења. Реаговање на изазове са којима се тренутно суочавају старији и антиципирање будуће популације која стари биће нешто чиме ће се руководити обавезе и активности током декаде, у сврху стварања боље будућности за све старије.

### ***3.1. Промена начина на које размишљамо, осећамо и поступамо према старима и старењу***

Упркос бројним доприносима старијих друштву и њихове велике разноврсности, негативни ставови о старијима су уобичајени у различитим друштвима и ретко се доводе у питање. Стереотизирање



(како размишљамо), предрасуде (како се осећамо) и дискриминација (како поступамо) према људима по основу њихових година, ејџизам, утиче на људе свих старосних доба, али има нарочито лоше ефекте на здравље и благостање старијих.

Ставови према старости, као и према полу и етницитету, почињу да се формирају од раног детињства. Током живота, могу се поунутрити (ауто-ејџизам) са негативним утицајима на здравствено понашање особе, њен физички и когнитивни учинак и животни ток. Ејџизам намеће баријере и у политикама и програмима у секторима образовања, рада, здравства, социјалне заштите, пензија, пошто утиче на начине уоквиравања проблема и проналажења решења. Ејџизам стога маргинализује старије унутар њихових заједница, смањује њихов приступ услугама, укључујући здравствену и социјалну заштиту, и ограничава препознавање и коришћење људског и друштвеног капитала старијих популација. Ејџизам, у комбинацији са другим формама дискриминације, може нарочито бити штетан по старије жене и старије са инвалидитетом.

Док преиспитивање негативних стереотипа, предрасуда и дискриминације мора бити саставни део свих области акције, друге активности су неопходне за креирање позитивнијег, реалистичнијег разумевања старости и старења, као и друштва која су више старосно интегрисана. Циљ Глобалне кампање борбе против ејџизма, на коју позива Здравствена скупштина у резолуцији WHA69.3 (2016), је креирање света за све узрасте, мењањем начина на које размишљамо, осећамо и поступамо према старима.

**Табела 1.** Промена начина на које људи размишљају, осећају и поступају према старима и старењу

Одговорни орган	Акција
Државе чланице	<p>Усвајање или ратификовање законодавства којим се забрањује дискриминација по основу година и обезбеђују механизми примене законодавства.</p> <p>Модификовање или опозивање закона, политика или програма који дозвољавају директну или индиректну дискриминацију по основу година, нарочито у областима здравства, запошљавања и целоживотног учења и који спречавају партиципацију људи и њихов приступ накладама.</p> <p>Пружање подршке развијању и имплементацији програма којима се смањује и елиминише ејдизам у различитим секторима, укључујући здравство, запошљавање и образовање.</p> <p>Пружање подршке сакупљању и дисеминацији информација заснованих на доказима које су разложене према годинама живота о здравом старењу и доприносу старијих.</p> <p>Пружање подршке образовним и међугенерациским активностима редуковања ејдизма и подстицања међугенерациске солидарности, укључујући школске активности.</p> <p>Пружање подршке развијању и имплементацији активности смањења ауто-ејдизма.</p> <p>Вођење кампања заснованих на истраживањима ејдизма, у сврху подстицања јавног знања и разумевања здравог старења.</p> <p>Обезбеђивање да медији презентују балансирана становишта о старењу.</p>
Секретаријат СЗО и друге агенције УН-а	<p>Дизајнирање алатки за мерење ејдизма и обезбеђивање стандардизоване процене.</p> <p>Пружање подршке државама да разумеју ејдизам у својим контекстима и да дизајнирају оквире и поруке за трансформисање схватања и дискурса о старости и старењу.</p> <p>Обезбеђивање смерница и обука о поступању против ејдизма за бољу политику и праксу.</p> <p>Обезбеђивање да политике, смернице и комуникација Уједињених нација немају старосно засноване стереотипе, предрасуде и дискриминацију.</p>
Национални и међународни партнери	<p>Сакупљање и дисеминација доказа о старењу, улогама, доприносима и социјалном капиталу старијих и социјалним и економским импликацијама ејдизма.</p> <p>Обезбеђивање представљања балансираног становишта у медијима и забавном програму.</p> <p>Учествовање у кампањама подизања знања и разумевања јавности о здравом старењу.</p> <p>Промовисање истраживања о ејдизму.</p>

### 3.2. Гарантовање да заједнице јачају способности старијих

Физичка, социјална и економска окружења, како рурална тако и урбана, важне су детерминанте здравог старења и снажно утичу на искуства старења и прилике које старење пружа. Старосно прилагођена окружења су боља места за раст, живот, рад, игру и старење. Она настају одстрањивањем физичких и социјалних баријера и имплементацијом политика, система, услуга, производа и технологија који:

- промовишу здравље, изграђују и одржавају физички и ментални капацитет током читавог животног циклуса; и
- омогућују људима, чак и када изгубе свој капацитет, да наставе да раде ствари које представљају вредност за њих.

Саставни део ових циљева и основ креирања одрживог, инклузивног економског раста, јесте деловање на социјалне детерминанте здравог старења, као што су унапређење приступа целоживотном учењу, уклањање баријера за задржавање и запошљавање старијих радника и ограничавање утицаја останка без посла и сиромаштва, обезбеђивање адекватних пензија и социјалне помоћи на финансијски одрживе начине и редуковање неједнакости у нези кроз пружање боље подршке неформалним неговатељима.

Старосно прилагођена урбана и рурална окружења могу да омогуће старијима који имају различите капацитете да безбедно старе тамо где желе да буду, да буду заштићени, да наставе са личним и професионалним развојем, да буду укључени и да учествују и доприносе својим заједницама, уз задржавање сопствене аутономије, достојанства, здравља и благостања. Таква окружења могу се креирати било где, у урбаним и руралним областима, тако што ће се разумети потребе, поставити приоритети, планирати и имплементирати стратегије са доступним људским, финансијским и материјалним ресурсима и са прилагођеним технологијама. Активности је потребно спроводити на различитим нивоима власти, пошто сарадња и усклађивање између националних, субнационалних и локалних власти, те укључивање и рад са приватним сектором и цивилним друштвом, по потреби, може унапредити утицај на здравље и благостање. Активности које ће бити најподесније или најургентније за унапређење живота старијих, њихових породица и заједница, зависиће од контекста.

Табела 2. Гарантовање да заједнице јачају способности старијих

Одговорни орган	Акција
Државе чланице	<p>Установљавање или проширење мултисекторских механизма на националном, субнационалном и локалном нивоу ради промовисања здравог старења и утицања на детерминанте здравог старења, кроз гарантовање кохерентности политика и подељене одговорности.</p> <p>Пружање подршке укључивању гласова старијих одраслих, нарочито оних из обесправљених и маргинализованих група, на мултисекторским платформама и платформама које обухватају различите актере, процесе и дијалоге.</p> <p>Промовисање и развијање националних и/или субнационалних програма о старосно прилагођеним градовима и заједницама, ангажовање са заједницама, старијима и другим актерима, укључујући приватни сектор и цивилно друштво, на дизајнирању ових програма.</p> <p>Уобличавање заступања према специфичним секторима о томе како они могу да допринесу здравом старењу.</p> <p>Спровођење акције засноване на доказима на свим нивоима и у свим секторима, како би се подстакла функционална способност и ојачао капацитет урбаних и руралних заједница да:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Изграде знања и разумевање старости и старења и стимулишу међугенерациски дијалог, учење и сарадњу;</li> <li>• Увећају опције за становање и унапреде модификације њихових стамбених услова, да би старији старили у месту које одговара њиховим потребама;</li> <li>• Развију и гарантују родно респонзивну, приушљиву, приступачну, одрживу мобилност, кроз поштовање стандарда о приступачности у грађевинама и безбедним системима за транспорт, тротоаре и путеве;</li> <li>• Развију и гарантују усклађености са стандардима о приступу информационом и комуникационим технологијама и асистивној технологији;</li> <li>• Обезбеде информације и прилике за одмор и друштвене активности које олакшавају укључивање и партиципацију, а редукују усамљеност и социјалну изолацију;</li> <li>• Обезбеде обуку за унапређење финансијске и дигиталне писмености и подршку за доходовну сигурност у читавом животном циклусу и заштиту старијих, нарочито жена, од сиромаштва, укључујући и кроз обезбеђивање приступа адекватној социјалној заштити;</li> <li>• Обезбеде прилике за целоживотно учење, нарочито старијим женама;</li> <li>• Промовишу старосни диверзитет, унапреде здравље и безбедност на радном месту и помогну људима да продуже своје радне животе у достојанственом раду, укључујући и кроз подршку за додатне обуке и помоћ у тражењу посла;</li> <li>• Пруже обухватну, интегрисану здравствену и социјалну заштиту централизовану према особи, укључујући и оне који живе са деменцијом;</li> <li>• Ојачају програме и услуге унапређења здравствене писмености и самоуправљања и унапреде прилике за физичку активност, добру исхрану и орално здравље; и</li> <li>• Спрече и одреагују на злостављање старијих у заједници.</li> </ul> <p>Развијање планова за ванредне околности у ситуацијама хуманитарних катастрофа, како би се обезбедио старосно инклузиван одговор.</p> <p>Алоцирање потребних људских и финансијских ресурса.</p> <p>Сакупљање, анализирање и дисеминација географски разложених података.</p> <p>Праћење и евалуација акција, како би се имплементирало оно што функционише.</p>

Секретаријат СЗО и друге агенције УН-а	<p>Проширење СЗО-ове Глобалне мреже старосно прилагођених градова и заједница и других активности које подстичу здраво старење, као што су иницијативе прилагођене дементнима и центри за здраво старење Популационог фонда Уједињених нација.</p> <p>Обезбеђивање доказа и техничке помоћи државама у изградњи старосно прилагођених окружења, тако да су последично највулнерабилнији опслужени, попут старијих са деменцијом.</p> <p>Пружање прилика за повезивање градова и заједница, размену информација и искустава и олакшавање учења посредством лидера у земљама, градовима и заједницама о томе шта функционише у сврху подстицања здравог старења у различитим контекстима.</p> <p>Идентификовање приоритета и прилика за сарадничку акцију и размену између мрежа и јединица.</p> <p>Обезбеђивање инструмената и подршке државама, градовима и заједницама у праћењу и евалуирању напретка у креирању старосно прилагођених окружења.</p> <p>Сарађивање са хуманитарним организацијама, у сврху обезбеђивања техничких смерница и подршке властима да обезбеде старосно инклузивне хуманитарне одговоре, укључујући припремљеност за ванредне ситуације, поступање у њима и опоравак од њих.</p>
Национални и међународни партнери	<p>Промовисање концепта старосно прилагођених окружења и пружање подршке развијању старосно прилагођених заједница, градова и држава, повезивањем партнера, олакшавањем размене информација и учењем и ширењем добре праксе.</p> <p>Пружање подршке старосно инклузивним одговорима у ванредним приликама.</p> <p>Обезбеђивање техничке и финансијске подршке којом се гарантује функционална способност јавних и приватних служби.</p> <p>Пружање подршке сакупљању и дисеминацији информација заснованих на доказима, које су разложене према годинама живота и полу, о доприносима старијих.</p> <p>Промовисање истраживања о старосно прилагођеним градовима и заједницама.</p>

### ***3.3. Пружање интегрисане неге центрисане према особи и здравствених услуга из примарне заштите које су респонзивне на потребе старијих***

Старијима је потребан недискриминаторни приступ квалитетним есенцијалним здравственим услугама које обухватају превенцију; промоцију; куративну, рехабилитациону, палијативну негу и негу на крају живота; безбедне, приуштљиве, ефективне, квалитетне есенцијалне лекове и вакцине; денталну негу и здравље и асистивне технологије, уз гарантовање такве употребе ових услуга која не изазива финансијске потешкоће код корисника.

Многи здравствени системи организовани да реше акутна здравствена стања код индивидуа, а не услове карактеристичне за старење, нису припремљени за обезбеђивање квалитетне здравствене неге старијима која би била интегрисана међу пружаоцима и системима, те повезана са одрживим пружањем дуготрајне неге. Штавише, орално здравље је кључни индикатор свеукупног здравља у старости. Потребно је боље интегрисање заштите оралног здравља у опште системе здравствене заштите.

Примарна здравствена заштита, камен темељац универзалног здравственог обухвата, јесте главна тачка улаза за старије у здравствени систем. Она је и најефективнији и најефикаснији приступ побољшању физичких и менталних капацитета и благостања. Јачање примарне здравствене заштите за пружање приступачне, приуштљиве, правичне, безбедне заштите у заједници за старије захтева компетентну радну снагу, подесно законодавство и регулацију, те довољно одрживо финансирање. Саставни део ових активности је уважавање правичности, социјалне правде и социјалне заштите, као и елиминисање раширеног ејдизма, које лимитира приступ старијих квалитетним здравственим услугама. Потребно је ставити посебан нагласак на круцијалну улогу коју медицинске сестре имају у свим областима *Декаде здравог старења* и изазове промена и старења здравствених радника.

Пружање интегрисане неге која је центрирана према особи и примарних здравствених услуга које су обухватне и респонзивне према старијима приближиће земље корак ближе гаранцијама да више људи има користи од универзалног здравственог обухвата до 2030. године.

**Табела 3.** Пружање интегрисане неге и примарних здравствених услуга за старије

Одговорни орган	Акција
Државе чланице	<p>Усвајање и имплементација СЗО-овог пакета интегрисане неге за старије, укључујући смернице о процени центрираној према особи и путањама у примарној заштити и остале релевантне смернице СЗО, као што су оне о редуковању ризика од когнитивног пада и деменције.</p> <p>Процењивање капацитета и спремности здравственог система да имплементира интегрисану негу за старије, укључујући ситуације хуманитарних катастрофа.</p> <p>Унапређење приступа безбедним, ефективним, приушљивим есенцијалним лековима, вакцинама, дијагностици и асистивним технологијама, ради оптимизације природних капацитета старијих и њихових функционалних способности.</p> <p>Подстицање коришћења безбедне, приушљиве, ефективне дигиталне технологије у интегрисаној нези.</p> <p>Анализирање тржишта рада и спровођење планирања на основу потреба, како би се оптимизирала постојећа и будућа радна снага, тако да може да испуни потребе популација које старе.</p> <p>Развијање одрживе, подесно обучене, ефективне и задужене радне снаге која поседује компетенције у вези са старењем, укључујући компетенције за обухватну процену центрирану према особи и интегрисано управљање хроничним или комплексним здравственим стањима, укључујући деменцију.</p> <p>Приступање и коришћење јавног и приватног, као и модела комбинованог јавног и приватног финансирања здравства и њихових веза са системима социјалне сигурности (пензија и здравствене заштите) и дуготрајне неге.</p> <p>Сакупљање, анализа и извештавање о клиничким подацима о природном капацитету и функционалној способности у националним контекстима, разложеним према годинама живота, полу и другим варијаблама које се пресецају са наведеним.</p> <p>Јачање старосно прилагођене примарне здравствене заштите која обезбеђује обухватан сет услуга за старије, укључујући вакцинисање, скрининг, превенцију, контролу и управљање непреносивим (укључујући деменцију) и преносивим болестима и стањима повезаним са годинама (нпр. слабости, уринарна инконтиненција).</p> <p>Обезбеђивање континуума неге за старије, укључујући промоцију и превентивну, куративну, рехабилитациону, палијативну негу и негу на крају живота, као и специјализовану и дуготрајну негу.</p> <p>Обезбеђивање да старији не буду заборављени, укључујући старије из домородачких заједница, старије са инвалидитетом и старије избеглице и мигранте.</p> <p>Увећање капацитета за сарадњу кроз различите секторе у области здравог старења, укључујући партиципацију цивилног друштва.</p>

<p>Секретаријат СЗО и друге агенције УН-а</p>	<p>Развијање или ажурирање смерница заснованих на доказима о:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Клиничком управљању специфичним здравственим стањима повезаним са годинама, укључујући деменцију;</li> <li>• Борби против еџизма у здравственим амбијентима;</li> <li>• Алаткама у примарној здравственој заштити за старосно прилагођену примарну здравствену заштиту; и</li> </ul> <p>Процени служби за пружање интегрисане неге старијима. Даље развијање СЗО-овог Клиничког конзорцијума о здравом старењу, у сврху тестирања и пречишћавања норми и стандарда о интегрисаној нези за старије и унапређења истраживања и клиничке праксе. Дизајнирање алатки за сакупљање и анализирање података о здравом старењу од служби које пружају услуге. Обезбеђивање техничке помоћи ради гарантовања различитих услуга за старије у примарној здравственој заштити, укључујући вакцинисање, скрининг и превенцију, контролу и управљање непреносивим и преносивим болестима. Пружање подршке приликом преиспитивања и ажурирања листа есенцијалних медицинских производа и асистивних технологија за здраво старење. Обезбеђивање смерница о компетенцијама потребним за задовољавање потреба старијих популација. Пружање подршке професионалном развоју здравствених радника и целоживотног учењу о старењу кроз СЗО-ову Здравствену академију. Обезбеђивање смерница и модела финансирања пружања неге (укључујући финансијски заштиту старијих) и пружање подршке њиховој примени. Промовисање доступности и коришћења асистивних и дигиталних технологија и иновација које увећавају приступ квалитетним здравственим и социјалним услугама. Обезбеђивање техничке помоћи за јачање глобалних, регионалних и националних капацитета за интегрисање превенције и контроле непреносивих болести и сексуалног и репродуктивног здравља у национално планирање здравог старења. Обезбеђивање видљивости потреба старијих приликом програмирања хуманитарних здравствених одговора.</p>
---	---



<p>Национални и међународни партнери</p>	<p>Грађење свести о здравственим потребама популација које старе и старијих. Пружање подршке укључивању старијих у здравствене системе и службе, укључујући оралне здравствене системе.</p> <p>Промовисање права на здравље и људских права старијих и борба против ејџизма у здравственој заштити.</p> <p>Ангажовање старијих и недржавних актера који их представљају, да искажу преференце и перспективе старијих по питању обезбеђивања неге и да ојачају њихове гласове.</p> <p>Упознавање са СЗО-овим нормама и смерницама о интегрисаној нези старих и пружање помоћи у њиховој имплементацији.</p> <p>Доприношење у погледу доказа и истраживања о променама у здравственим системима за старије.</p> <p>Пружање подршке образовним установама у мењању наставних планова и програма, како би инкорпорирали старење и повезане здравствене ставке.</p> <p>Обезбеђивање образовања и обуке пре добијања посла, у земљама у којима постоји мањак здравствених професионалаца који раде у области старења.</p> <p>Реаговање на јазове у обуци о релевантним здравственим гаранцијама за старије и потребама старијих у ванредним ситуацијама.</p> <p>Олакшавање координације неге за старије са пружаоцима услуга.</p> <p>Пружање подршке националним властима приликом коришћења мултисекторске акције засноване на доказима усмерене у правцу реаговања на јазове у одговору на непреносиве болести старијих.</p> <p>Промовисање развоја, производње, доступности и употребе асистивних и дигиталних технологија и иновација које увећавају приступ квалитетним здравственим и социјалним услугама.</p>
--	--

### ***3.4. Обезбеђивање приступа дуготрајној нези за старије којима је она потребна***

Значајно опадање физичког и менталног капацитета може да ограничи способност старијих да се брину о себи и да партиципирају у друштву. Приступ рехабилитацији, асистивним технологијама и потпорним, инклузивним окружењима може да унапреди ову ситуацију; међутим, многи људи доспеју до тачке у својим животима у којој не могу више да се брину о себи без подршке и помоћи. Приступ квалитетној дуготрајној нези је од суштинског значаја за такве људе, да би задржали своје функционалне способности, уживали основна људска права и живели достојанствено.

Постојећи приступи пружању дуготрајне неге ослањају се умногоме на неформалну негу – доминантно на породице, нарочито жене,

које можда немају потребну обуку или подршку, као што су неговатељска одсуства и социјална сигурност. Неформални пружаоци неге често доживљавају велика оптерећења, која утичу на њихово физичко и ментално здравље. Штавише, како се удео старијих увећава, при чему многи немају породице, а удео младих који могу да пружају негу се смањује, овај често неправичан модел неге можда није одржив. Садашњи приступи су додатни доведени у питање у ванредним ситуацијама и у глобалним и регионалним миграцијама, у којима су породичне мреже и мреже унутар заједница можда покидане.

Свака држава треба да има систем који испуњава потребе старијих за дуготрајном негом, укључујући социјалну заштиту и подршку која им помаже у свакодневном животу и личној нези и омогућује им да задрже односе, да старе у месту које је право место за њих, да не буду жртве злоупотреба, да приступе услугама у заједници и да учествују у активностима које дају смисао њиховом животу. Може бити потребан широк дијапазон услуга, попут дневне неге, услуга предаха и кућне неге, а ове услуге морају бити повезане са здравственом заштитом и широким мрежама и услугама у заједницама. Пружање подршке и увећање капацитета неформалних неговатеља треба да представља приоритет, како би се одреаговало на неједнакости и оптерећење жена.

**Табела 4.** Обезбеђивање приступа дуготрајној нези за старије којима је она потребна

Одговорни орган	Акција
Државе чланице	<p>Обезбеђивање правних оквира и одрживих финансијских механизма за пружање дуготрајне неге.</p> <p>Пружање подршке активном ангажовању старијих и њихових породица, цивилног друштва и локалних пружаоца услуга у дизајнирању политика и услуга.</p> <p>Надгледање развоја дуготрајне неге и подстицање сарадње међу актерима, укључујући старије, њихове неговатеље, невладине организације, волонтере и приватни сектор у обезбеђивању дуготрајне неге.</p> <p>Развијање националних стандарда, смерница, протокола и акредитације за пружање социјалне заштите у заједници и обезбеђивање њихове етичности, те промовисање људских права старијих и њихових неговатеља.</p> <p>Имплементација услуга у заједници које су у складу са националним стандардима, смерницама, протоколима и акредитацијом за интегрисану здравствену и социјалну заштиту и подршку, оријентисане према особи.</p> <p>Развијање и дељење модела пружања социјалне заштите и подршке у заједници, укључујући ванредне околности.</p> <p>Коришћење смерница и алатки за спречавање еџизма и злоупотребе старијих приликом пружања неге.</p> <p>Обезбеђивање подесне употребе и приушљивог приступа иновативним дигиталним и асистивним технологијама, ради унапређења функционалне способности и благостања људи којима је потребна дуготрајна заштита.</p> <p>Развијање капацитета постојеће и нове радне снаге у формалном сектору за пружање интегрисане здравствене и социјалне заштите.</p> <p>Обезбеђивање да формални и неформални неговатељи добију потребну подршку и обуку.</p> <p>Имплементација стратегија за обезбеђивање информација, предаха и подршке неформалним неговатељима и флексибилним радним аранжманима.</p> <p>Структурисање финансијских модела тако да подржавају и одржавају дуготрајну негу.</p> <p>Јачање културе неге код радне снаге која пружа дуготрајну негу, укључујући мушкарце, млађе и оне који нису чланови породице, попут старијих волонтера и вршњака.</p> <p>Обезбеђивање мониторинга квалитета дуготрајне заштите, утицаја функционалне способности и благостања и континуираног унапређења дуготрајне неге засноване на исходима.</p> <p>Рад са другим секторима и програмима на идентификовању потреба и јазова, унапређењу животних услова и финансијске сигурности и олакшавања друштвеног ангажовања, укључивања и партиципације.</p>

<p>Секретаријат СЗО и друге агенције УН-а</p>	<p>Обезбеђивање техничке подршке националним ситуационим анализама дуготрајне неге и развоју, имплементацији и мониторингу релевантног законодавства, политика, планова, финансирања и сервиса.</p> <p>Дизајнирање алатки и смерница за минимални пакет дуготрајне неге као део универзалног здравственог обухвата, укључујући:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Подесне, одрживе моделе, са финансијским опцијама за различите ресурсне поставке;</li> <li>• Обуку о квалитетној нези, како би се обезбедио оптималан микс вештина потребних за дуготрајну негу;</li> <li>• Подршку унапређењу радних услова неговатеља и препознавању њиховог доприноса; и</li> <li>• Превенцију еџизма и злоупотребе старијих у формалној и неформалној дуготрајној нези и реакцијама на наведено.</li> </ul> <p>Обезбеђивање онлајн ресурса за неформалне неговатеље као део изградње њихових капацитета.</p> <p>Унапређење радних услова запослених у сектору неге кроз иницијативу Рад за здравље.</p> <p>Процењивање здравственог утицаја програма социјалне сигурности, укључујући пензије, и улоге система социјалне сигурности у подстицању здравог старења.</p>
<p>Национални и међународни партнери</p>	<p>Обезбеђивање квалитетне дуготрајне неге која је усклађена са националним стандардима, смерницама и протоколима о промовисању респонзивности на потребе старијих.</p> <p>Имплементација иновативних услуга дуготрајне неге, укључујући оне које су повезане са технологијом, ради подршке, координације и мониторинга.</p> <p>Идентификовање исплативих интервенција и добрих пракси и обезбеђивање средстава за неговатеље, како би се делило и учило из искуства, укључујући ванредне ситуације.</p> <p>Доприношење са доказима развоју подесних модела и одрживих механизма финансирања дуготрајне неге у различитим ресурсним поставкама и контекстима.</p> <p>Доприношење развоју, имплементацији и евалуацији интегрисаног, одрживог, правичног система дуготрајне неге.</p> <p>Доприношење развоју и имплементацији обуке, континуиране едукације и супервизије у области радне снаге у дуготрајној нези.</p> <p>Промовисање развоја, производње и доступности асистивних и дигиталних технологија и иновација које доприносе квалитетној дуготрајној нези.</p>

#### 4. Партнерства за промену

*Декада здравог старења* укључује с намером колаборативно мултисекторско партнерство, које обухвата бројне актере, у своју визију, као и у сваку од своје четири области акције, да би се реализовала посвећеност остваривању трансформативне промене, уз изградњу поверења кроз различите генерације, оптимизирањем прилика за здраво старење за свакога. Биће успостављена платформа која ће повезати и окупити актере који промовишу четири области акције на нивоу држава и оних којима су потребне информације, смернице и изградња капацитета. Она ће представљати другачији начин на који ће се „ствари одвијати”, како би се обезбедило постизање домета и утицаја.

Ова платформа ће омогућити рад у четири области тако што ће:

- слушати различите гласове и омогућити смислено ангажовање старијих, чланова породице, неговатеља, младих и заједница;
- подстицати лидерство и изградњу капацитета за спровођење подесне акције која би била интегрисана кроз различите секторе;
- повезати различите актере из света, како би поделили искуства других и учили из њих; и
- јачати податке, истраживања и иновације, да би се убрзала имплементација.

Платформа ће се надоградити на снажну сарадњу са релевантним мултисекторским партнерством које обухвата бројне актере и на друге механизме координације унутар и поврх СЗО-а и система УН-а.

##### ***4.1. Слушање различитих гласова и омогућавање смисленог ангажовања старијих, чланова породице, неговатеља и заједница***

У лекцијама наученим из других декада Уједињених нација, као кључни фактор успеха идентификовано је „давање људског лица моћном узроку”. Ангажовање заједно са самим старијима биће од критичног

значаја за сваку од области акције, пошто су они агенти промене, као и корисници услуга. Њихови гласови морају се чути, као што је наведено у члановима 5. и 12. Мадридског интернационалног плана акције о старењу, њихово особено достојанство и индивидуална аутономија поштовани, а њихово људско право да партиципирају у потпуности у цивилном, социјалном, културном и политичком животу својих друштава промовисано и заштићено. Смислено ангажовање и оснаживање старијих у свим фазама је од суштинског значаја за постављање агенде, као што су кооперативни развој, имплементација и евалуација рада на четири области акције.

Породице, неговатељи и заједнице могу заједнички да партиципирају и заступају акцију у оквиру *Декаде* и да допринесу истраживању изазова са којима се суочавају старији, као што је њихов приступ услугама, као и кокреирању решења. На тај начин ће бити идентификоване и укључене организације и појединци, који су обучени за подстицање партиципације, колективни дијалог и допирење до оних у заједници до којих други не могу допрети, нарочито они који раде с најмаргинализованијим групама. Овај рад биће укорењен у платформу, тако да се гласови и перспективе старијих у свој својој различитости и гласови њихових породица и заједница поделе, како би се нагласили међугенерациска перспектива, изазови и прилике.

*Декада* ће:

- проширити прилике да старији подигну своје гласове и да се смислено ангажују и утичу на дискусије о здрављу и благостању за себе и своје заједнице;
- унети перспективе младих, других чланова породице и неговатеља, у креирање заједница и система подстицања здравог старења за тренутну и будуће генерације и промовисање међугенерациске солидарности; и
- подстаћи и подржати власти и организације цивилног друштва које раде са старијима и које их представљају, да обезбеде њихову ангажованост у *Декади* нарочито оних у ситуацијама највеће вулнерабилности, искључености и невидљивости, како нико не би био изостављен.

#### 4.2. Подстицање лидерства и изградње капацитета на свим нивоима за предузимање подесне акције која је интегрисана кроз различите секторе

Подстицање здравог старења и смањење неједнакости захтева снажно, ефективно управљање и лидерство. Подесни закони, политике, национални оквири, финансијски ресурси и механизми одговорности морају бити установљени у свим секторима и на свим административним нивоима да би се осигурало да људи живе здраво и у благостању, те да уживају своја људска права. Лидери на свим нивоима морају генерисати потребну посвећеност подстицању сарадње и координисаним акцијама у оквиру *Декаде* и обезбедити здраво старење старијих свугде. Национални и међународни партнери треба да се ангажују са различитим секторима, укључујући старије, да би осигурали да су старење популације и здравље инкорпорирани у развојну агенду. Они треба и да заступају трансформисање социјалних, економских и еколошких политика, за увећање дуговечности и оптимизирање здравог старења за развој кроз читав животни циклус.

Без потребних компетенција и знања, владе, особље УН-а, организације цивилног друштва, универзитети и други неће моћи да реализују адекватно акције планиране у *Декади* или их неће имплементирати у потпуности. Различити актери ће захтевати различите вештине и компетенције; једно решење није подесно за све.

Платформа *Декаде здравог старења* ће гарантовати следеће:

- Обезбеђивање прилика за онлајн и хибридно учење будућим лидерима и тзв. шампионима здравог старења (нпр. у агенцијама УН-а, организацијама цивилног друштва и владама), како би задобили компетенције и знања потребне за подстицање акције за *Декаду*, укључујући националне политике и оквири акције о здравом старењу. Механизам учења ће се током времена развијати, по потреби.
- Обезбеђивање приступа ресурсима и алаткама за изградњу капацитета, како би се ојачале компетенције различитих актера, укључујући унапређење података о здравом старењу, изградњу капацитета радне снаге у здравственој и социјалној заштити која ће пружати интегрисану негу и оних укључу-

чених у развијање старосно прилагођених градова и заједница и рад на борби против ејџизма. Овај рад може се повезати, на пример, са менијем интервенције у области универзалног здравственог обухвата, Глобалном кампањом борбе против ејџизма, СЗО-овом Глобалном мрежом за старосно прилагођене градове и заједнице, СЗО-овим Клиничким конзорцијумом за здраво старење и СЗО-овим Конзорцијумом о метрици и доказима о здравом старењу. Могућности обухватају симулирано и колаборативно учење, вебинаре, онлајн дискусионе форуме, обуку и семинаре лицем у лице и теренске посете.

- Подржавање нових и већ успостављених лидера здравог старења, тако што ће се стварати везе кроз менторске програме и мреже подршке колега, преко којих државе могу да уче једне од других.

У сврху сарадње на програмима обуке *Декада* ће ангажовати националне и субнационалне владе и парламентарце, градоначелнике и председнике општина, универзитетске експерте, организације цивилног друштва, друге агенције УН-а, лидере у заједницама и „произвођаче знања” који утичу на политике и праксе старења. У сврху пружања подршке изградњи капацитета и лидерствима, *Декада* ће интегрисати своје прилике за обуке у СЗО-ову Здравствену скупштину.

#### ***4.3. Повезивање различитих актера из читавог света, у сврху дељења и учења из узајамних искустава***

Што се више актера из различитих сектора и дисциплина повеже биће више могућности за максимизирање ресурса, дељење учења и искустава, подржавање дифузије политика и конкретне акције. *Декада* ће промовисати партнерство за мултидисциплинарну и колаборативну акцију која уједињује организације и људе из читавог света. Платформа *Декаде здравог старења* ће се користити за креирање виртуелних и уживо контаката између актера, и то за акције учења, размене и усклађивања.



Да би се обезбедило да њихове акције трансформишу екосистем, а не само проблем, партнерства ће:

- повезати секторе – здравства, социјалне заштите, рада, запошљавања, образовања, планирања, финансија, транспорта, екологије, локалне управе, хране и пољопривреде, воде и канализације, информационе и комуникационе технологије, људских права, рода и друге – на кохерентан начин, уз подршку екстерних организација активних у тој области политике или теми;
- повезати актере унутар власти и изван власти, укључујући актере из цивилног друштва, универзитета и приватног сектора, ради јачања владиног рада; и
- повезати се са структурама и партнерствима који се баве аспектима старења и здравља, укључујући УН-ову Економску комисију за Европу – Радну групу за старење; ОЕЦД-ов рад у области здравља, запошљавања, неједнакости и благостања; рад Европске комисије на иновацијама у здравству, активном старењу, повезан са регионалном сарадњом; УН-ову Статистичку комисију и повезану Тичвилд градску групу о старењу; савете за глобалну будућност Светског економског форума; СЗО-ов Клинички конзорцијум о здравом старењу; Глобалну мрежу за старосно прилагођене градове и заједнице; СЗО-ов Конзорцијум о метрици и доказима о здравом старењу и нове форме сарадње.

#### ***4.4. Јачање података, истраживања и иновација, у сврху убрзавања имплементације***

Три четвртине земаља света има ограничене или уопште нема податке о здравом старењу или о групама старијих, што доприноси невидљивости и искључивању старијих. Старији нису хомогена група, тако да се подаци морају разложити, како би се боље разумео њихов здравствени статус и њихови социјални и економски доприноси и социјални капитал.

Истраживања о здравом старењу морају одговорити на постојеће потребе старијих, антиципирати будуће изазове и повезати

социјалне, биолошке, економске и еколошке услове и детерминанте о здравом старењу у првој и другој половини живота и проценити интервенције за унапређење путања здравог старења. Студије треба да одразе истраживачке приоритете, јазове у доказима и приоритете старијих; треба да буду родно сензитивни и дизајнирани тако да унапреде здравствену правичност. Синтеза доказа о активностима и интервенцијама који могу да буду корисни старијима, њиховим породицама и заједницама и о начинима њиховог унапређења, како би доспели до више људи, биће подстицана. Иновације морају бити релевантне и мењати животе људи. Свака држава може да допринесе таквој бази знања и да учи из ње.

Платформа *Декаде здравог старења* ће обезбедити податке, истраживања, најбоље праксе и иновације, који ће помоћи у јачању, усклађивању и коришћењу глобалних, регионалних и националних колекција и анализа података, посредовању знања и јачању капацитета:

- Подаци о здравом старењу (природни капацитет и функционална способност) кроз читав животни циклус ће се сакупљати, што треба да обухвати и мониторинг здравствене и здравствено повезане неједнакости, како би се оптимизирало здраво старење и постигла здравствена правичност.
- Капацитети за истраживање ће бити оснажени кроз постављање истраживачких норми, стандарда и етичких политика; спонзорисање истраживања којима ће се генерисати знања за јачање синтезе доказа; коришћење доказа, ради остваривања утицаја; и праћење утицаја.
- Биће отворани позиви за истраживања о здравом старењу, како би се привукле финансије и сарадници унутар и између држава, подржани од стране националних истраживачких института и медицинских и здравствених истраживачких савета ради испуњавања критичних пропуста у истраживањима, промовисања прилагођених истраживања у запостављеним областима или о новим изазовима, укључујући коришћење различитих лекова заједно, мултиморбидитет, вулнерабилност на инфекције, лошу усклађеност различитих

лекова, промене у нези, деменцију, подршку неговатељима, вакцине за одрасле, бољи вид, ефекте климатске промене на здравље старијих, утицај миграција на старије, подесну физичку активност, ергономске алатке, иновације у биомедицини и асистивне технологије и технологије неге на даљину.

- Серија великих изазова ће бити повезана са платформом кроз нове врсте сарадње и иновација. Оне ће обухватити дељење студија случаја о добрим праксама, позивање приступа за решавање изолованих проблема кроз инкубирање нових и иновативних производа и услуга који се могу користити регионално или глобално, превазилажење препрека за превођење доказа у ефекте на животе људи и подстицање сарадње, трансфера и даљег развоја у новим областима.

Ниједна појединачна дисциплина, перспектива или метод неће постићи ове циљеве. Они ће захтевати сарадњу интердисциплинарних истраживачких мрежа практичара, професионалаца, креатора политика, старијих и истраживача. Наука, технологија, друштвене и пословне иновације се морају интегрисати, како би се пронашле идеје које одговарају на изазове политике и праксе. Кључни актери ће обухватити мултинационалне корпорације, регионална и глобална међувладина тела и академско истраживање, развојне и иновационе институције.

## 5. Разумевање и мерење успеха заједно

Механизми праћења напретка су од суштинског значаја за унапређење живота старијих, њихових породица и заједница. Владе, донатори, цивилно друштво и други актери, укључујући приватни сектор, све више препознају да акцију подстиче оно што се мери. Током *Декаде здравог старења* напредак се може пратити са индикаторима специфичним за старење или кроз глобалне, регионалне или националне обавезе, као што су разлагање података према годинама. Ови извори информација ојачаће видљивост старијих и помоћи у подстицању акције у државама.

План за *Декаду здравог старења* даје приоритет улогама националних и субнационалних лидерстава и њиховом власништву над резултатима; изградњи снажног капацитета, укључујући капацитете за праћење и евалуацију; и редуковању оптерећења извештавањем кроз усклађивање рада бројних актера са системима које државе користе за праћење и евалуацију својих националних политика и стратегија старења. Ово треба да обезбеди доносиоцима одлука на различитим нивоима информације које су им потребне за планирање, улагање и имплементацију. План уочава и да не само традиционалне форме подршке државним системима и институцијама, него и снажнији глас грађана и ангажованост цивилног сектора јесу нешто што је важно за обезбеђивање респонзивног управљања и пружања услуга. Оквир за праћење напретка у *Декади здравог старења* стога:

- процењује визију и области акције;
- надограђује се на индикаторе напретка договорене поводом глобалне стратегије;
- проширује друге СЗО-ове и УН-ове инструменте глобалних политика, како би се укључили старији; и
- повезан је са четири „омогућивача”: гласом и ангажовањем, лидерством, изградњом капацитета и истраживањима и иновацијама.

Индикатори, према процесима и исходима, не обухватају индикаторе који су специфични за болести, као ни специфичне факторе ризике, о којима извештава СЗО. Многи индикатори Циљева одрживог развоја које су увеле државе чланице разложени су према годинама живота; други старосно разложени индикатори обезбедили би важне информације повезане са областима акције у *Декади*.

**Табела 5.** Индикатори напретка у области здравог старења, према процесу и према исходу

Индикатор	Процес	Исход
Глобална стратегија о старењу и здрављу		
Државе постављају националну фокус тачку за старење и здравље у Министарству здравља.	X	
Државе извештавају о националном плану о старењу и здрављу.	X	
Државе извештавају о националном форуму који чине различити актери.	X	
Државе извештавају о националном законодавству и стратегијама њихове примене у области борбе против дискриминације по основу година живота.	X	
Државе извештавају о националним прописима или законодавству о приступу асистивним уређајима.	X	
Државе извештавају о националном програму подстицања старосно прилагођених окружења.	X	
Државе извештавају о националној политици која је подршка обухватној процени старијих.	X	
Државе извештавају о националној политици о дуготрајној нези.	X	
Државе извештавају о доступности националних података о здравственом статусу и потребама старијих.	X	
Државе извештавају о доступности лонгитудиналних података о здравственом статусу и потребама старијих.	X	
Свака држава извештава о здравом старењу (функционална способност, окружење и природни капацитет) према годинама живота и полу.		X
СЗО-ов Генерални програм о раду или нези – 100 индикатора		
Свака држава извештава о очекиваним здравим годинама на рођењу и у старијим годинама (60, 65, 70 година итд).		X

Напредак ће бити мерен у односу на индикаторе и праћен национално и субнационално, са просечним нивоима и дистрибуцијама унутар и између држава, ради праћења неједнакости и реаговања на неправичности.

Државе чланице ће бити подстакнуте да производе и шире податке, да деле извештаје и организују догађаје на којима ће се говорити о напретку и да усвајају планове. Уколико је потребно, СЗО, УН и друге агенције могу сарађивати са државама чланицама на развијању националних оквира праћења, ради проширења најважнијих индикатора у складу са приоритетима дате државе.

Партнери СЗО и УН ће произвести статусне извештаје, као почетне (2020) на крају СЗО-овог Тринаестог генералног програма рада (2023), у средњем року (2026) и пре краја декаде (2029) и Агенде УН-а 2030. Извештаји о напретку ће се настављати на претходне СЗО-ове извештаје, извештајни механизам Мадридског интернационалног плана акције о старењу и националне прегледе напретка у постизању Циљева одрживог развоја.

## 6. Омогућавање реализовања

*Декада здравог старења* захтева одговор свих власти и читавог друштва. Имплементацију ће водити свака држава, наслањајући се на своје лидерство и рад влада и парламената на различитим нивоима, у партнерству са цивилним друштвом. Владе су одговорне на различитим административним нивоима за имплементацију политика, финансијских аранжмана и механизма одговорности у креирању старосно прилагођених окружења и изградњу здравствених система и система неге који заиста унапређују животе свих старијих, њихових породица, неговатеља и заједница. Организације цивилног друштва, лидери у бизнису и заједницама, такође ће имати кључне улоге у обезбеђивању локалног власништва над планом и ангажованошћу различитих актера.

Визија, области акције и трансформативне путање *Декаде здравог старења* биће снажно подстакнуте и подржане од стране државних тимова УН-а, предвођене координатором УН-а у држави и тамо где је релевантно, хуманитарним координаторима и хуманитарним државним тимовима. Са партнерским УН агенцијама и мултилатералним агенцијама, СЗО ће обезбедити заједничко разумевање области акције *Декаде*, прилагодити их националним контекстима у партнерству са националним актерима, осигурати интеграцију у процес

планирања у држави и у буџете, те у сарадњу о комуникацијама, опредељивању ресурса и дефинисању прекретница.

УН у целини ће подржати државе чланице у испуњавању циљева плана *Декаде*, у партнерству са другим међународним организацијама и недржавним актерима. Партнери ће планирати заједно, уобличавати механизме имплементације и обезбеђивати подршку и техничку помоћ, у зависности од контекста, нивоа развоја, јачања система и инфраструктуре. Кључне области сарадње УН-а ће бити оснажене, попут интерсекторских веза између рода и година живота, исхране и прехранбених система, климатских промена и раду на градовима. Комитет, којим ће иницијално председавати СЗО, уз учешће из региона и релевантних актера, користиће своју експертизу, јединице и мреже и бити одговоран за надгледање координације и реализовање циљева плана. Мали секретаријат у седишту СЗО-а ће иницијално координисати три нивоа (ниво државе, региона и седишта), радећи нарочито са регионалним комитетима, комуницирати о активностима и управљати платформом. Такође ће иницијално развити развој ефективне координације између агенција УН-а и међународних партнера.

*Декада здравог старења* биће у потпуности усклађена са реформом УН-а. Секретаријат *Декаде* ће сарађивати са међувладиним интересима и интересима бројних актера у области старења, као што су УН-ова Отворена радна група, УН-ова Интерагенцијска група о старењу, УН-ова Економска комисија за Европу – Радна група за старење, извештаји циклуса Мадридског интернационалног плана акције о старењу и добровољне националне рецензије о напретку у остваривању Циљева одрживог развоја. То ће осигурати да комуникација, извештавање, праћење и одговорности буду снажни, при чему ће систем УН-а функционисати као један ентитет, и допринети прогресивном остваривању права свих старијих на уживање највишег остваривог стандарда здравља. Генерални секретар УН-а ће именовати фокус тачке агенција и координаторе за *Декаду*, који ће бити активни у лансирању плана.

Снажна регионална и глобална политичка посвећеност која је изградила моментум за овај предлог мора се наставити током читаве *Декаде*.

Са енглеског превела и приредила  
Наталија Перишић

---

## **V ПРИКАЗИ И ПРИЛОЗИ**

---





**Виолета Марковић\***

Универзитет у Београду – Факултет политичких наука

## КОНФЕРЕНЦИЈА „НАСИЉЕ НАД СТАРИЈИМ ЖЕНАМА У ЈУГОИСТОЧНОЈ И ИСТОЧНОЈ ЕВРОПИ”



Црвени крст Србије и Популациони фонд Уједињених нација (UNFPA) организовали су конференцију поводом презентације резултата истраживања „Насиље над старијим женама на Западном Балкану, Молдавији и Украјини”. Конференција је одржана 10.01.2022. путем Zoom платформе и окупила је учеснике из Србије, земаља региона, али и међународне заједнице. На конференцији су приказани резултати истраживања „Добробит и безбедност жене”, које је спровео ОЕБС 2018. године. ОЕБС је базу података уступио Црвеном крсту Србије, а овом студијом обухваћене су: Србија, Албанија, Босна и

Херцеговина, Црна Гора, Северна Македонија, Молдавија, Украјина, као и Косово<sup>1</sup>.

\* [violeta.markovic@fpn.bg.ac.rs](mailto:violeta.markovic@fpn.bg.ac.rs)

<sup>1</sup> Ова ознака не прејудуцира ставове о статусу и у складу је са Резолуцијом СБ УН 1244/1999 и Мишљењем Међународног суда правде о проглашењу независности Косова.

Говорнице на Конференцији биле су:

- Др Габријела Алварез Минте, регионална саветница за родну равноправност из UNFPA регионалне канцеларије за Источну Европу и Централну Азију
- Борка Јеремић, помоћница представника и шефица канцеларије, UNFPA Београд
- Др Клаудија Махлер, независна експерткиња
- проф. др Патриција Браунел из Међународне мреже за превенцију насиља над старијим особама (INPEA)
- проф. др Марија Бабовић, са Филозофског факултета у Београду и SeConS-a
- Наташа Тодоровић, из Црвеног крста Србије и INPEA
- Сузан Сомерс, председница Међународне мреже за превенцију насиља над старијим особама (INPEA).

Др Габријела Алварез Минте осврнула се на учесталост насиља према женама, а нарочито према старијим женама, наводећи да су процене UNFPA да је, током локдауна услед пандемије KOVID-19, током три месеца било око 15.000.000 случајева родно заснованог насиља. Нагласила је да насиље према старијим женама није довољно истражена појава, што је довело до тога да не постоје алати како би се појава истраживала. Ово оставља отворена питања о учесталости насиља и односима моћи у старијем добу који утичу на родно засновано насиље.

Борка Јеремић је истакла значај сарадње са Црвеним крстом Србије и заједнички напор да се кроз истраживања разуме положај старијих особа и да то буде основа за даље заговарање.

Др Клаудија Махлер нагласила је значај постојања поузданих података о насиљу над старијим женама, али и неопходност разматрања интерсекционалности различитих карактеристика (нарочито година и рода) у истраживању родно заснованог насиља. Она је нагласила и да је потребно посебну пажњу посветити старијим женама које се налазе у повећаном ризику (жене које живе у сиромаштву, припаднице различитих етничких група, жене са нижим нивоима образовања). Истакла је да су старије жене изостављене из свих акционих планова међународних и УН агенција, те да би нова конвенција УН о прави-

ма старијих особа била важан корак ка осигурању безбедности и достојанственог старења старијих жена и мушкараца.

Проф. др Патриција Браунел говорила је о досадашњим истраживањима у области насиља према старијим особама, наглашавајући да не постоје подаци о преваленци насиља према старијим женама. Указала је на два истраживања која су доступна у научној литератури – једно о насиљу које није укључивало жене старије од 49 година, док је друго истраживање спроведено са циљном групом жена старијих од 60 година. Осврнула се и на изазове који постоје у истраживању старијих на смештају у домовима за старе, нарочито због броја „чуvara капије” (енгл. gate-keepers) који отежавају истраживачима приступ старијим особама (попут запослених у домовима за старе, старатељима, запосленима у ЦСР). Навела је да би будућа истраживања родно заснованог насиља над старијим женама требало да укључују карактеристике доминантне за околности старијег доба попут: финансијског и економског насиља (у смислу да старије жене могу да издржавају млађе чланове породице, могу бити жртве превара); занемаривања (старије жене које болују од хроничних болести и треба им помоћ млађих чланова породице па се дешава да млађи неће или не могу да им помогну) и потенцијалне починиоце насиља (одрасла деца и унучад могу да буду починиоци насиља који злостављају старије жене, због чега је важно оснажити жене да говоре о овој теми која представља велики табу и срамоту. Приступ истраживача мора да буде пажљив и неопходно је да се обуче истраживачи да о овоме разговарају са старијим женама.

Проф. др Марија Бабовић приказала је резултате истраживања које је обухватало жене од 65 до 74 године. Ово истраживање показало је да је више од половине старијих жена у региону преживело РЗН од своје 15. године живота. Најчешће је насиље вршено од стране интимног партнера, било бившег или садашњег, а већи ризик постоји ако партнер злоупотребљава алкохол. Контрола и насиље су најчешћи облици психолошког насиља. Она је навела да је ово истраживање показало да жене пријављују насиље у малим бројевима, те да ће пре пријавити насиље које је почињено од стране некога ко није њихов интимни партнер. Најчешћи разлози због којих жене не пријављују насиље према овом истраживању су: сматрају да је насиље превише

мало, сматрају да треба да остане у породици, страх од починиоца и осуде околине.

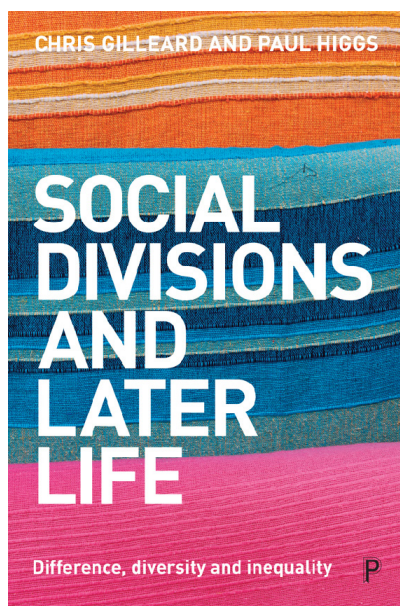
Наташа Тодоровић је представила препоруке за превенцију насиља над старијим женама. Идентификоване препоруке могу се сврстати у пет категорија: прикупљање података (потребно је више истраживања са старијим женама, нарочито оним старијим од 75 година); правно регулисање (постојећи закони би требало да препознају старије жене као особе у посебном ризику, а насиље према старијим женама треба да буде препознато као отежавајућа околност на суду); услуге (обезбедити приступ информацијама за превенцију и заштиту, бесплатну правну помоћ, СОС телефоне, сигурне куће прилагођене потребама; пружаоци услуга у домовима за старе треба да граде своје капацитете, а потребно је посебно подржати неформалне помагаче); образовање (обуке професионалаца о препознавању насиља над старијим особама, увести насиље и занемаривање старијих као део курикулума на оним факултетима који обучавају професионалце који ће радити са старијима); промена социјалних норми кроз заговарање (промовисање позитивне слике о достигнућима жене, дугорочно планирање о начинима борбе против стереотипа о старијим женама, рад са медијима како не би појачавали стереотипе; улагати у превентивне мере, промовисати међугенерациску солидарност).

Сузан Сомерс говорила је о будућим корацима и активностима, наглашавајући важност састанка Отворене радне групе за старење планиран за април 2022. године у Њујорку.

**Наталија Перишић\***

Универзитет у Београду – Факултет политичких наука

Chris Gilleard and Paul Higgs, *Social Divisions and Later Life: Difference, Diversity and Inequality*, Policy Press, Bristol, 2020



Књига *Social Divisions and Later Life: Difference, Diversity and Inequality* Криса Гиларда и Пола Хикса, објављена 2020. године, представља напор аутора да укажу на бројне диверзитете којима се карактерише старост, коју они називају каснијим животом. У овој књизи старост представља призму кроз коју се прелама истраживање социјалних подела и социјалних разлика.

Књигу чини укупно седам поглавља. Фокус првог поглавља представљају разматрања социјалних подела и социјалних разлика, чијем појашњавању аутори придају велики значај. Тако они показују да социјалне поделе представљају начине на које со-

цијалне структуре утичу на то какви су животи људи, на прилике и препреке са којима се они суочавају, као и на начине на које креирају смисао о себи и свом месту у свету. Стога, социјалне поделе имају и

---

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

објективну и субјективну димензију, тј. односе се како на локацију или позицију особе тако и на њен идентитет и на припадање. С друге стране, социјалне разлике, које се такође односе на својеврсне категоризације људи, обухватају процесе креирања и задржавања разлика и структурисања разлика између себе и другог. У овако схваћеним социјалним поделама и социјалним разликама аутори промишљају и проблематизују диверзитете на које људи доживљавају своју старост, живе је и друштвено је остварују. При томе, њихов приступ у истраживању јесте приступ тзв. интерсекционалности, за који наводе да свакако није међу најутицајнијима у студијама о каснијем животу, али да има важан потенцијал. Они сматрају да све већа хибридна указује на значај примене овог приступа, с обзиром на то да бинарне поделе, које су до сада биле карактеристичне за изучавање старости, више неће моћи да објасне постојеће диверзитете. Стога, важно је узети у обзир промене у сфери демографије, економије, технологије, културе и друштва, у свим њиховим комбинацијама и утицају на каснији живот. Додатно, аутори указују на значај разматрања проблематике тела и инвалидности у студијама о каснијем животу и закључују да је старост постала место социјалних подела које одражавају разлике и неједнакости. Разлике и неједнакости у старости јесу наглашене некадашње поделе, оне које су биле карактеристичне за радне животе људи, али оне утичу на друге поделе, које се пресецају кроз читав животни ток и производе нове, или макар постају важније са старењем.

Друго поглавље насловљено је „Социјална класа и неједнакости у каснијем животу”. У њему аутори на примерима из непосредне прошлости показују како се неједнакости не увећавају са старошћу у савременом добу, упркос нашим интуитивним претпоставкама о томе. Они ове тврдње аргументују тиме да су уведене пензије, те да су нарочито националне пензије довеле до тога да класа у савременим условима није важна категорија за проучавање старости у оној мери у којој је то била у прошлости. Штавише, аутори сматрају да је увођење пензијских система омогућило суштинску трансформацију старости и старења.

У разматрањима старости и рода, која су предмет трећег поглавља, аутори указују на три различита, релевантна феминистичка приступа овој теми: културно-либерални, марксистички приступ дуалних

система и радикални/интерсекциони приступ. Објашњавајући допринос сваког од њих, они га допуњују указивањем на утицај учешћа на тржишту рада током живота мушкараца и жена, те релативним предностима и недостацима која учешће на тржишту рада доноси у тренутку када људи напуне године живота предвиђене законодавством за пензионисање. На основу економетријских података за Сједињене Америчке Државе и Европску унију, могуће је закључити да је дошло до побољшања релативног економског статуса старијих мушкараца и жена, али и да су родни диспаритети константни. Очекивано, старије жене су више изложене сиромаштву и ризику од сиромаштва, и то за чак 36 процентних поена у ЕУ према подацима из 2015. године. Индикатори попут нето прихода и медијане прихода повољнији су за мушкарце, док је неплаћени рад неједнако распоређен, тако што га чешће обављају жене. Изузев разматрања прихода, благостања, породичних и друштвених мрежа, аутори разматрају и друге врсте „капитала” које доводе до разлика у околностима, животним стиливима, приликама и препрекама пред мушкарцима и женама у старости. Тако, пре свега, узимају у обзир здравље и анализирају тзв. родни парадокс – дужи живот жена, који објашњавају различитим обрасцима обољевања код мушкараца и жена. За жене су, на основу досадашњих истраживања, карактеристичне тзв. онеспособљавајуће, али нефаталне болести, док је код мушкараца обрнут случај. Конкретно, код жена су више инциденце артритиса, депресије и остеопорозе, а код мушкараца канцера, коронарне срчане болести, дијабетеса, хроничне болести бубрега. На крају, аутори показују да старост не води ка изједначавању родних разлика – мушкарци и старије жене задржавају своје јасне родне одлике у каснијем животу.

Проблематика етницитета, расе и миграција у старијем животном добу је у фокусу четвртог поглавља, у ком се наводи да старење мањинских популација доноси нове теме и нова схватања у сферу старења, као и у искуства расе, етницитета и миграција. Највећи недостатак, међутим, аутори виде у непостојању доследно употребљивог теоријског оквира, који би пружио убедљиво утемељење за доказе који се добијају из емпиријских истраживања о овој теми. Сматрајући да етницитет и раса представљају више од позиција маргиналности и опресије, они се залажу за њихово поимање као отелотворења оних



форми капитала и ресурса које доприносе старењу, добром или лошем, и то социјално, материјално и културно. Разлике по основу расе и етничитета доприносе и осећају припадања заједници, као и што омогућују или онемогућују осмишљавање живота у старости. Непотпуно уважавање и истраживање трошкова и користи етничке припадности, идентитета и припадања у људском напредовању представља, према њиховој аргументацији, узнемиравајућу омашку у студијама о старењу и етничитету.

Инвалидност и каснији живот обрађени су у посебном, петом поглављу, у ком се указује на то да су покрети за права особа са инвалидитетом и социјални модел инвалидности иницирани имајући на уму младе и особе у радном добу, те да је старост тек касније почела да се апострофира у овом контексту. Економске последице инвалидности у старости су изражене, последице у свакодневном функционисању су врло озбиљне и брзо се развијају. Састав домаћинства и овде је важан: истраживања указују да се старији који имају тежак инвалидитет, а живе сами, суочавају са већим материјалним и социјалним трошковима, од старијих који живе са другом или другим особама. Ово је нарочито забрињавајуће стога што се вероватноћа живљења у самачком домаћинству повећава са старењем. Ови трошкови на тај начин представљају важну социјалну поделу, која је мање разлика а више лишеност. Истовремено, постајање инвалидом током старења јесте нова форма поделе, која се разликује од инвалидности стечене раније у животу. У овом поглављу вредна разматрања аутора јесу и она о дигиталној и асистивној технологији, чији потенцијал сматрају огромним, уз опаску да то не сме да омогући заједници и другим људима да повуку сопствене доприносе у хуманизацији услова живота у каснијем добу.

У поглављу о идентитету у каснијем животу и интерсекционалности аутори се поново враћају теоријском приступу, који су заговорали на самом почетку књиге, како би показали да интерсекционалност подупире њихову позицију о томе да старење, тј. каснији живот, те повезана значења и животни стилови, могу примарно да се посматрају као социјална локација, тј. као матрица различитих локација на које утиче низ различитих фактора. На тај начин, они се

супротстављају раширеном редукционизму у посматрању старости, не само у јавности, него и у науци.

Диверзитет, разлике и поделе у каснијем животу разматрају се у закључном поглављу књиге. Аутори с правом указују на то да се каснији живот продужава и проширује, да нуди нове прилике и начине за старење и старост. Старији су освојили нове просторе и „просторе” у којима могу да дају смисао својим животима. Овај приступ је радикално другачији у односу на приступе у прошлости, а повезан је са ширим друштвеним променама, које се најчешће уоквиравају у тзв. транзицију из прве у другу модерност. Доносиоци одлука, креатори политика и пружаоци услуга сусрели су се са неодрживошћу ставке о хомогености популације старијих, што отежава креирање ефективних политика и мера којима би се осигурала старост. Истовремено, разлике међу старима могу се промишљати и испитивати као неједнакости или идентитети; као диверзитети или поделе; као прилике или претње. У закључним разматрањима у овом поглављу аутори наводе да су класа, етницитет и род извори социјалних подела у читавим људским животима, а да се у каснијем животу појављују нове поделе, оне које се формирају у вези са одсуством/присуством инвалидитета и болести. Ове поделе могу бити ојачане или редуковане системима здравствене и социјалне заштите, у зависности од тога да ли ће они бити индивидуализовани или не.

Уравнотежен и промишљен спој релевантних теоријских поставки и емпиријских доказа кроз читаву књигу представља њену највећу вредност. Критички осврт на постојеће приступе, те указивање на недостатке сопственог, такође представља препоруку за ову књигу, која ће сасвим сигурно имати велики број цитата у будућности.



## 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](mailto: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). *Приступ 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;
- *Проф. др Анита Бургунд Исаков*, Универзитет у Београду – Факултет политичких наука.

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 : Чикоја штампа). - 24 cm

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

