

Геронтологија



Часопис Геронтолошког друштва Србије

ИЗ САДРЖАЈА

- ▶ ПОЛА ВЕКА ГЕРОНТОЛОШКОГ ДРУШТВА СРБИЈЕ (1973–2023)
- ▶ УСЛУГЕ ДУГОТРАЈНЕ ЗАШТИТЕ СТАРИЈИХ
- ▶ КВАЛИТЕТ ЖИВОТА ОСОБА КОЈЕ ЖИВЕ СА ДЕМЕНЦИЈОМ У ДОМСКОМ СМЕШТАЈУ

2 | 2023

50 година Геронтолошког друштва Србије

Gerontology

ГЕРОНТОЛОГИЈА
Часопис Геронтолошког друштва Србије

ГЕРОНТОЛОШКО ДРУШТВО СРБИЈЕ
GERONTOLOGICAL SOCIETY OF SERBIA



УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ – ФАКУЛТЕТ ПОЛИТИЧКИХ НАУКА
UNIVERSITY OF BELGRADE – FACULTY OF POLITICAL SCIENCE



ГЕРОНТОЛОГИЈА 2/2023 – GERONTOLOGY 2/2023

Часопис Геронтолошког друштва Србије – Review of Gerontological Society of Serbia

Година II

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

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

За издавача: Наташа Тодоровић

Главна и одговорна уредница: проф. др Наталија Перишић

Редакцијски одбор:

Проф. др Драгана Динић

Проф. др Љиљана Манић

Проф. др Слободанка Гашић Павишић

Проф. др Ружица Росандић

Проф. др Драгослав П. Милошевић

Dr Sabine Bahrer-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 Ерцер

Асист. др Гордана Михајловић

Припрема и штампа: „Чигоја штампа” 2023.

ISSN 2560-5704. – Год 51, бр. 2 (2023)

Часопис излази два пута годишње

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

САДРЖАЈ

Уводна реч.....	[5–7]
-----------------	-------

I ГЕРОНТОЛОГИЈА И ГЕРИЈАТРИЈА

Драгана Динић ПОЛА ВЕКА ГЕРОНТОЛОШКОГ ДРУШТВА СРБИЈЕ (1973–2023).....	[11–38]
Асим Панџић СИСТЕМСКИ ПРИСТУП УСЛУГАМА ДУГОТРАЈНЕ ЗАШТИТЕ СТАРИЈИХ НА ПОДРУЧЈУ ТУЗЛАНСКОГ КАНТОНА	[39–70]
Милица Глишић КОНЦЕПТ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА ОСОБА СА ДЕМЕНЦИЈОМ НА РЕЗИДЕНЦИЈАЛНОМ СМЕШТАЈУ.....	[71–94]

II ИЗ АРХИВЕ ГДС

Петар Королија КУЋНО ЛЕЧЕЊЕ И НЕГА СТАРИХ ОСОБА.....	[97–101]
Петар Манојловић ПОМОЋ У КУЋИ – ДОСАДАШЊА ИСКУСТВА И ПРАВЦИ ДАЉЕГ РАЗВОЈА	[103–118]

III ПРЕВОД

Наталија Перишић ГЛОБАЛНИ ИЗВЕШТАЈ О ЕЈЏИЗМУ – СКАЛА ЕЈЏИЗМА ПРЕМА СТАРИЈИМА.....	[121–138]
---	-----------

IV ПРИКАЗИ И ПРИЛОЗИ

Наташа Тодоровић

КОНФЕРЕНЦИЈА „ЉУДСКА ПРАВА СТАРИЈИХ”.... [141–143]

Наталија Перишић

CAMILLA LEWIS, CHRIS PHILLIPSON, SOPHIE YARKER
AND LUCIANA LANG, COVID-19, INEQUALITY AND
OLDER PEOPLE – EVERYDAY LIFE DURING
THE PANDEMIC [145–149]

Наташа Тодоровић

КОНФЕРЕНЦИЈА ПРОЈЕКТА „ИНОВАТИВНЕ УСЛУГЕ
У ЛОКАЛНИМ ЗАЈЕДНИЦАМА” [151–154]

УПУТСТВО ЗА АУТОРЕ..... [155–158]

СПИСАК РЕЦЕНЗЕНАТА ЧАСОПИСА

„ГЕРОНТОЛОГИЈА” [159–160]

УВОДНА РЕЧ

Поштовани читаоци, аутори и коаутори објављених радова, пред вама је други број часописа „Геронтологија“ за 2023. годину.

Његов садржај чине три рада фокусирана на различите аспекте старости и старења, два рада која упућују на искуства из прошлости, превод међународног документа и приказ једне књиге и две конференције.

Први рад у овом броју посвећен је педесетогодишњици од настанка Геронтолошког друштва Србије, основаног 1973. године. За пола века свог постојања Геронтолошко друштво дало је огроман допринос развоју геронтологије, како са теоријског тако и са практичног аспекта. Активности Друштва су биле садржајне и бројне, током времена су се додатно диверзификовале, и данас је оно партнер бројним владиним и невладиним, домаћим и иностраним организацијама, којима је у фокусу изазов старења, и то на микро, мезо и макронивоу. Друштво се профилисало као препознат и поуздан актер посвећен освајању простора за старије у Србији, кроз заговарање за њихова права и за достојанствен живот за све у старости.

Обезбеђивање дуготрајне заштите старијих у Босни и Херцеговини проблематизовано је у раду *Системски приступ услугама дуготрајне заштите старијих на подручју Тузланског кантона*. У овом раду указано је на разноврсност приступа у дефинисању дуготрајне заштите и разноврсност европских пракси приликом имплементације концепта. Приказани су правни оквир и контекст пружања дуготрајне заштите у Федерацији Босни и Херцеговини, док је фокус рада на истраживању карактеристика планирања, пружања и евалуације услуга дуготрајне заштите старијих на подручју Тузланског кантона. На узорку од 120 стручних радника и сарадника институција и организација из социјалне и здравствене заштите, а на основу упитника који је развијен за потребе овог рада, аутор рада процењује да је

системски приступ дуготрајној заштити старијих у Тузланском кантону недовољно развијен.

У раду *Концепт квалитета живота особа са деменцијом на резиденцијалном смештају* ауторка разматра теоријске приступе квалитету живота и деменцији и указује на налазе иностраних истраживања о квалитету живота особа које живе са деменцијом у јавним и приватним домовима. Истраживања ове проблематике у Србији су у повоју, упркос великим друштвеним, научним и стручним потребама за сазнањима из домена специфичности услуга које су прилагођене особама које живе са деменцијом. У раду се указује на значај персонализованог приступа особама које живе са деменцијом и праксе центриране ка особи.

У контексту јубилеја Геронтолошког друштва Србије, уредништво је сматрало пригодним објављивање два рада из претходних бројева, конкретно „Геронтологије“ из 1983. године, и то из најмање два разлога. Пре свега, у питању су радови о кућној нези, која представља проблематику која је већ дуже време актуелна и за коју садашњи доносиоци одлука и даље траже одговарајућа решења, понајвише у контексту већег обухвата и вишег квалитета услуге. Додатно, аутори ова два рада јесу Петар Кородија, први председник Геронтолошког друштва Србије, и Петар Манојловић, члан Друштва ком је због посебних заслуга за рад у области геронтологије додељена Награда за животно дело. У овим радовима и даље се проналази инспирација за промишљања о кућној нези у савременом тренутку, а у повезаности са прошлошћу.

Представљање једног дела извештаја Светске здравствене организације о ејдизму такође је мотивисано актуелношћу проблематике. Ејдизам са највећом вероватноћом представља један од изазова у Србији који су најотпорнији на мењање, када су старији у питању, међутим, истраживања о томе у националном контексту су умногоме одсутна, готово непостојећа. У преводу о скали ејдизма према старијима приказани су резултати бројних студија, које могу да послуже као оријентир за национална истраживања. Уочавање институционалног ејдизма у свету приказано је са аспеката различитих институција, и то оних које пружају услуге здравствене и социјалне заштите,

радног окружења, али и медија и самог законодавног система. Саставни део превода су и резултати студија о ауто-ејџизму, тј. начину на који старији могу сами себе поништавати, као последица онога како их други посматрају.

На крају, садржај овог броја чине и три приказа. Први приказ представља конференцију „Људска права старијих”, која се умногоме фокусира на усвајање документа о људским правима старијих на глобалном нивоу. Други приказ односи се на књигу *COVID-19, Inequality and Older People – Everyday Life during the Pandemic*, аутора Камиле Луис, Криса Филипсона, Софи Јаркер и Лусијане Ланг. На основу квалитативних методских поступака, аутори књиге указали су на животна искуства старијих током пандемије КОВИД-19 у Енглеској, што им је послужило као основ за заговарање једног новог приступа у социјалном раду – рада центрираног према заједници. Трећи приказ, конференције „Иновативне услуге у локалним заједницама”, указује управо на значај локалне заједнице у креирању иновативних приступа старијима који имају потребу за дуготрајном негом.

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

Главна и одговорна уредница
Проф. др Наталија Перишић

I ГЕРОНТОЛОГИЈА И ГЕРИЈАТРИЈА

Прегледни научни рад
УДК 364.65-053.9:061.2(497.11)"1973/2023"

Рад послат: 2.12.2023.
Рад прихваћен: 4.12.2023.

Драгана Динић*
Геронтолошко друштво Србије

ПОЛА ВЕКА ГЕРОНТОЛОШКОГ ДРУШТВА СРБИЈЕ (1973–2023)

Резиме: Геронтолошко друштво Србије основано је 1973. године. Већ половину века оно се бави проблематиком старости и старења, са аспекта научног, истраживачког, пројектног и заговарачког рада, у циљу промовисања права старијих и достојанствене старости сваког грађанина Србије. У овом раду указује се на настанак геронтологије у Србији, који је повезан са уочавањем увећања броја старијих у националним оквирима, те одређеним изазовима са којима се старији суочавају и којима је потребно приступити на специфичне начине, како у теорији и пракси тако и у политици. Истовремено, развој геронтологије у Србији пратио је развој геронтологије у свету, а исто тако и настанак и развој Геронтолошког друштва Србије. Настанак Друштва и његове активности, са фокусом на последњих двадесетак година, представљају највећи сегмент овог рада. Тако су у њему описане активности ГДС у вези са едукацијом (организовање конференција, предавања и округлих столова, а нарочито геронтолошких конгреса), публикацијом налаза и мишљења, пројеката, креирања подмлатка, међународне и националне сарадње итд. Рад је утемељен на приложеној литератури, али и на анализи садржаја интерних докумената ГДС као што су: записници Управног одбора ГДС, извештаји о раду који су усвајани на годишњим скупштинама ГДС и сл. У закључку се указује на неке од најважнијих домета рада Геронтолошког друштва Србије.

Кључне речи: Геронтолошко друштво Србије, геријатрија и геронтологија, старији, старење

* Професор у пензији, draganadinic@gmail.com

1. Увод – проблематика старења и развој геронтологије у свету и Србији

Феномен старења једно је од најзначајнијих питања развијеног света данас. Нагло повећање удела старијих у популацији, уз истовремени континуирани пад стопе наталитета, било је сигуран аларм стручној и научној јавности, али и доносиоцима политичких одлука, да се треба суочити с нарастајућим старењем и предузети хитне мере за превенирање и санирање његових негативних последица.

Процес старења почиње од зачећа – стари се на ћелијском нивоу и на нивоу читавог организма. Перманентно настојање да се продужи животни век човека нужно доводи и до старења читавог друштва. Развој медицине и повећање животног стандарда омогућили су човеку да доживи треће (65+), па и четврто животно доба (80+), што се сматра изузетним цивилизацијским дометом, али и једним од највећих изазова 21. века. Врло често старење имплицира губитке и пропадање на биолошком плану (слаби вид, слух, редукује се или потпуно пропада рад појединих органа, ограничава се или губи покретљивост или аутономија у најширем смислу), али и на социјалном (старији се повлаче из професионалне сфере, из друштвеног живота, бивају маргинализовани од стране друштва, занемарени, па чак и злостављани (и у породици); осуђени на социјалну смрт, пре биолошке смрти). Управо старење као реална чињеница захтева научно промишљање, стручну анализу, праћење и правовремени и адекватан одговор како на појединачном и друштвеном тако и на глобалном плану (Dinić, 2018).

Свет се најпре суочио са биолошким променама организма који стари, са страхом од близине смрти и са здравственим проблемима старења. Зато су се прво појавила учења о старијима и старости везана за поље медицине (геријатрије)¹, која су имала за циљ да продуже

¹ У тексту Мирослава Живковића (1973) представљена је хронологија дешавања и радова у вези са коренима геронтологије, а тиче се превасходно геријатрије, од 15. века па надаље: у Италији, лекар Зерби пише књигу „Геронтокоми”, посвећену патологији старости; Леонардо да Винчи приказује анатомске промене код старијих, на основу сецирања лешева; остала проучавања старости су само узгредна до средине 19. века. Године 1840. Прус пише први приручник о болестима у старости (што се узима за почетак геријатрије), а касније је Аустријанац

животни век, с једне, и да олакшају тегобе које су својствене трећем добу, с друге стране.²

Иако је старија популација бележила пораст још од 14. века, о њој се расправљало само у оквиру породичног питања, да би тек у 19. и 20. веку, након индустријске револуције, ова промишљања напустила породични круг. Развој индустрије и градова је опустошио села и урушио традиционалну вишечлану и вишегенерацијску породицу, која је представљала сигурно уточиште у старости. Започиње успостављање система друштвене заштите, изградња домова за старије³ и развој разноврсних сервисних услуга у заједници. Тада се развијају и геронтологија (наука о старењу и старости)⁴ и танатологија (наука која се бави проблематиком смрти), које је требало да пруже свеобухватну перцепцију последње етапе човеког живота.

Питање старења и старости било је на дневном реду Генералне скупштине УН крајем 1971. године, када је од држава чланица затражено да наставе са изучавањем промена социо-економске и културолошке улоге и статуса старијих лица; да би на I светској скупштини о старењу, у Бечу 1982. године, дошло до усвајања Међународног плана акције (као првог међународног инструмента, на основу кога ће се формулисати политике и програми о старењу) (Генерална скупштина УН, 1983); а 1991. године до формулисања Принципа УН за старије, којима се тражи обезбеђивање независности, учествовања, бриге,

Игњат Лео Нашер, који је радни век провео у Америци, у Њујорку, 1909. године дао назив тој специјалној грани медицине „геријатрија“, а већ 1915. основао прво геријатријско друштво у Њујорку (*The New York Geriatric Society*).

² Авицена, уз Хипократа и Галена, најпознатији лекар и практичар на подручју медицине свих времена, у свом делу „Књига лечења“, познатијем као „Канон“ (1025. године), још у 11. веку указује на неопходност посебне обуке за негу старијих. У 9. веку асирски научник и лекар Ишак Ибн Хунајн писао је о лечењу заборавности.

³ Први дом за старе датира из 6. века у старом Риму.

⁴ Геронтологија је наука о социолошким, психолошким, когнитивним и биолошким аспектима старења. Термин се приписује руском имунологу Иљи Мечникову. Разликује се од геријатрије, која је грана медицине специјализована за лечење болести код старијих. Геронтолози укључују истраживаче и практиканте са поља биологије, медицине, криминологије, социјалног рада, психологије, психијатрије, социологије, економије, политичких наука, архитектуре, географије, фармације, јавног здравља и антропологије.

самоиспуњења и достојанства за ову популациону групу. Већ 1992. године Генерална скупштина УН доноси резолуцију којом се 1. октобар проглашава Међународним даном старих особа, а читава 1999. проглашена је Међународном годином старих особа. На II светској скупштини у Мадриду 2002. године промовисан је концепт друштва за све генерације и усвојена Европска регионална стратегија примене МИПАА (РИС/МИПАА) (Генерална скупштина УН, 2002).⁵ Уследиле су бројне седнице и скупштине, на глобалном плану, формулисане су различите смернице, принципи и декларације које се тичу права старијих, унапређења здравља и добробити у старости; обезбеђивања подстицајног окружења које би омогућавало квалитетно и активно старење, целоживотно учење и дигиталну писменост.

Светска здравствена организација (СЗО) истакла је потребу за припремом на ситуацију у којој ће се драматично продужити животни век, јер природни лимит дужине живота још није достигнут.⁶

Иако је старење започело у развијеним земљама, прогнозе говоре да ће тај процес убрзо захватити и земље у развоју, те да ће до 2050. године две трећине светске популације старије од 60 година живети баш у свету у развоју. Овакве објективне околности су четрдесетих година прошлог века допринеле експанзији стручно-научног и истраживачког рада на пољу геронтологије и геријатрије, пре свега у Енглеској и Америци, а потом и у осталим земљама развијеног света.⁷

⁵ Сваких пет година државе потписнице дужне су да поднесу извештај о дометима имплементације РИС/МИПАА на својој територији (МПАА – енгл. Madrid International Plan of Action on Ageing; RIS – енгл. MIPAA Regional Implementation Strategy of MIPAA).

⁶ Прогнозе СЗО су да ће до 2060. године четврто доба преовладати у старости (мушкарци ће живети 84,5, а жене 89 година), док ће у 21. веку свака друга особа старија од 85 година боловати од деменције и Алцхајмерове болести, а да ће малигна обољења односити највећи број живота (Давидовић, Милошевић, 2007).

⁷ Оснивају се прве институције за бригу о старијима, попут: Геронтолошког друштва Америке (1945), Истраживачког центра за студије старења, Геронтолошког центра на универзитету Јужне Калифорније, Студија у Балтимору (1958), Универзитета Јужне Флориде и Универзитета Северног Тексаса (1967), првог студијског програма из геронтологије и првих мастер студија, као и прве школе Геронтологије са докторским студијама (1975). Геронтологија је у Сједињеним Државама цветала од 1967, а та узлазна линија траје до данас – погл. детаљније

Србија не припада групи развијених европских земаља, али по просечној старости и уделу старијих у укупној популацији сврстава се у ред најстаријих земаља Европе и света. Након рађања тзв. беби бум генерације, после II светског рата, индустријализације и напуштања села, у Србији је пад наталитета перманентан. У неколико таласа долази до великих миграција ка иностранству (после распада СФРЈ, ембарга, економске кризе, бомбардовања...), тако да Србија губи значајан део радно активног становништва, а деца рођена у иностранству, по правилу, више се не враћају у Србију. Тако се драматично мења демографска слика, повећава се контингент старијих и расте просечна старост становништва (Табела 1 и Графикон 1). Негативан миграциони салдо убрзава нестајање традиционалних породичних модела, утиче на повећање удела старачких домаћинстава и ствара све већу тражњу за услугама неге, које се иначе уобичајено пружају у проширеној породици.

Табела 1. Показатељи демографског старења становништва Републике Србије, 1950–2022.

Година	Просечна старост	Удео становништва 65+, у %
1950.	29,15	5,80
1960.	30,52	6,90
1970.	32,33	9,00
1980.	33,74	10,80
1990.	35,03	11,40
2000.	39,82	16,10
2010.	41,40	16,90

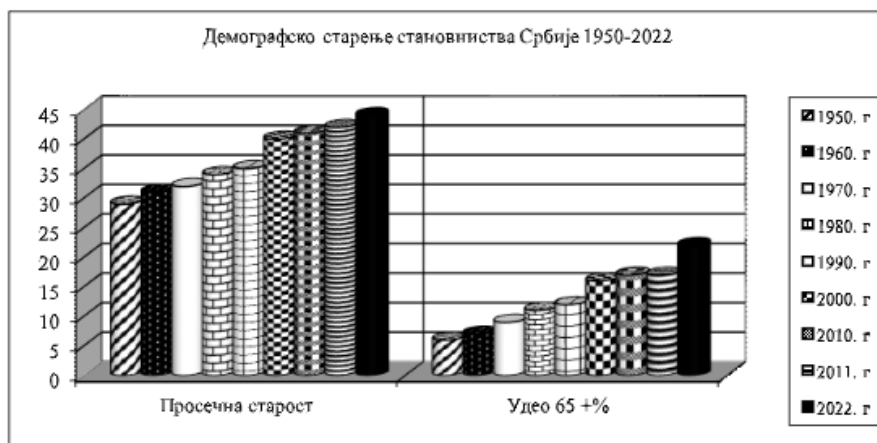
у Шево и остали, 2013. На глобалном плану, 1950. године формира се Интернационална асоцијација за геронтологију и геријатрију (International Association of Gerontology and Geriatrics – IAGG). Институт за геронтологију и геријатрију у оквиру Универзитета на Малти, основан 1987, постаје 2002. године Европски центар за геронтологију и геријатрију.

2011.	42,10	17,30
2022.	43,85	22,10

Извор: Републички завод за статистику, 2023.

Питања старости и старења све више су заокупљала пажњу стручне и научне јавности и код нас, тако да су истраживачи и научници почели да померају свој фокус ка геријатријским и геронтолошким проблемима.⁸

Графикон 1. Демографско старење становништва Републике Србије, 1950–2022.



Извор: Републички завод за статистику, 2023.

Развој геронтологије у Србији нераскидиво је повезан с развојем југословенске геронтологије. У републикама некадашње Југославије бележимо: први семинар из области геријатрије, који је одржан 1968. године у Опатији; први уџбеник под називом „Геронтологија” из 1974. године аутора Наде Смолић Крковић; оснивање Геронтолошког друштва Србије 1973, а шест година касније, у Неуму, и формирање

⁸ Ово се пре свега односи на ентузијасте Института за социјалну политику, који је основан 21. јуна 1957. године у Београду, прво као Завод за социјална питања Народне Републике Србије, а угашен је 1995. године (Динић, 2012).

Савеза геронтолошких друштава Југославије (1979); први Последипломски течај геронтологије за лекаре, социологе и остале стручњаке са високом стручном спремом, у Загребу, при школи народног здравља Андреја Штампара (1980); и најзад, при интеруниверзитетском центру у Дубровнику, почетак рада вишегодишњег међународног последипломског течаја под називом “Social Gerontology in International and Cross-Cultural Perspectives” (1980). Оно чиме се Србија може поносити јесте отварање прве модерне геријатријске болнице у Београду, од стране др Лазе К. Лазаревића давне 1881. године, за коју се верује да је прва специјализована геријатријска болница у свету (Dinić, 2018).⁹

2. Геронтолошко друштво Србије (ГДС) – некада и сада

2.1. Оснивање ГДС

Истраживања о старењу и старости у Србији јављала су се, у почетку, спорадично у оквиру других пројеката и сродних научних дисциплина. Мали је број оних истраживача који су рано осетили потребу да се прати и систематски проучава феномен старења. Они су настојали да обједине прва сазнања о овом питању у оквиру нове научне дисциплине геронтологије (и геријатрије), која је увелико добијала на значају у Америци и Западној Европи. „Старење је све израженије, а изазови старења захтевају и политички одговор и друштвену акцију (у социјалној и здравственој заштити, комуналној и стамбеној политици итд), а за све то је неопходна научна утемељеност”, истиче се у предговору Геронтолошког зборника (1973).

⁹ Треба указати да је у Београду од 1963. године функционисала Геријатријска клиника, а на Медицинском факултету је уведен предмет Социјална геронтологија; Институт за социјалну политику и Институт „Батут” (1997) су свој истраживачки рад све чешће усмеравали на проблеме старења. На Факултету политичких наука у Београду основана је група за социјални рад. Важно је подсетити да Србија има веома дугу традицију социјално-здравствене бриге о старијима (у манастирима, сестринским домовима, у пракси Кола српских сестара и патријархалних породичних задруга).

Као што је већ наведено, теоријска сазнања у овој области су била веома скромна, па је и пракса утемељена на њима била незадовољавајућа. То је био разлог што је Институт за социјалну политику (ИСП) покренуо иницијативу за формирањем Геронтолошког друштва Србије (ГДС). Ово удружење је требало да надомести недостатак научног института за геронтологију, да повеже појединце и институције који се баве старењем и да унапреди и теорију и друштвену праксу у области старања и социјалне и здравствене заштите остарелих лица. Такву иницијативу су подржале све релевантне институције и организације у земљи (Републички секретаријат за здравље и социјалну политику СР Србије, Републички фонд за социјалну заштиту СР Србије, Геријатријски институт Клиничке болнице у Београду, Завод за ментално здравље у Београду, Савезни завод за здравствену заштиту, Републичка конференција ССРН СР Србије, Републички одбор Црвеног крста СР Србије, Савез пензионера СР Србије...). Иницијативни одбор је за Оснивачку скупштину ГДС (30.03.1973) приредио Геронтолошки зборник (који је издао Институт за социјалну политику 1973. године), у коме је нашло своје место 15 радова из друштвених наука, 23 рада из медицине и 6 информативних прилога, међу којима је и Резолуција о друштвеном старању о остарелим лицима (Dinić, 2018).

Дакле, пре пола века (1973. године) формирано је Геронтолошко друштво Србије као стручно-научна и социјално-хуманитарна организација.¹⁰ Његов основни циљ је унапређење геронтолошке научне мисли и стручне праксе и подстицање друштвено одговорне бриге о старим људима. Остваривање оваквог циља захтева континуирано праћење свих питања и проблема старења и старости, научне и стручне анализе и експертизе, едукацију и специјализацију кадрова који ће деловати на геронтолошком и геријатријском пољу, повезивање и умрежавање сродних организација и институција на локалном и државном нивоу (Dinić, 2018).

¹⁰ Ако обратимо пажњу на хронологију формирања неких националних асоцијација и удружења може се уочити да је ГДС основано само годину дана после Британског друштва за геронтологију (1972) или само две године после Канадске асоцијације за геронтологију (1971).

Ово удружење грађана, стручњака и ентузијаста – волонтера, дало је немерљив допринос у лобирању и заговарању за доношење одговарајућих закона и прописа и стратешких докумената; у организовању бројних научних и стручних скупова, конференција, трибина, едукативних семинара, али и националних и међународних конгреса, као и у развоју запажене публицистичке делатности (научни часопис „Геронтологија”, зборници радова, монографије, стручно-инструктивна геронтолошка едиција, билтени...). Да би ојачало своју позицију и подигло своје капацитете ГДС је постало члан IAGGA и мреже ХуманаС (Dinić, 2018).

2.2. Едукација кадрова

Стручњаци су веома брзо уочили диспропорцију између растућег броја старијих и њихових потреба и постојећих капацитета за бригу о старијима, смештајних и сервисних, укључујући и неформалне неговатеље. Зато је требало прећи са биолошког аспекта старења и рада на продужавању живота на социјалну сферу. Такав помак је нужно подразумевао увођење нових наставних дисциплина у образовни систем. Међутим, десила се једна апсурдна ситуација – 1993. године укинута је Виша школа за социјалне раднике (отворена још 1957), која је едуковала прве стручњаке у области социјалног рада. Негативне последице такве одлуке осећале су се годинама у сфери социјалног рада, посебно у центрима за социјални рад. Смер за социјалну политику и социјални рад, отворен на Факултету политичких наука у Београду (1973), остао је задуго једина високошколска установа за образовање социјалних радника. Последњих година је отворен смер за социјални рад на неколико приватних и државних високошколских установа: на Факултету за медије и комуникацију, Универзитета Сингидунум (2014); Високој школи социјалног рада у Београду (2017); Филозофском факултету у Нишу – Департман за социјалну политику и социјални рад (2016) и Филозофском факултету у Новом Саду – смер за социјални рад (2016).

2.3. Руководство ГДС

Први председник ГДС био је проф. др Петар Королија, шеф геријатријског одељења Клиничке болнице у Београду, са четири потпредседника, проф. др Ив Растимир Недељковић, научни сарадник и в. д. директора Института за социјалну политику, проф. др Ђорђе Козаревић, руководилац Службе за хроничне болести у Савезном заводу за здравствену заштиту, проф. др Милош Грујић, директор Института за ТБЦ, и проф. др Мирослав Живковић, социолог; и генерални секретар – Петар Манојловић, стручни сарадник Института за социјалну политику из прве генерације студената Више школе за социјалне раднике у Београду. Током времена број потпредседника ГДС је смањен, тако да сада постоји само један, а смањен је и број чланова Управног одбора, тако да их је сада пет.¹¹ На Слици 1 приказани су председници ГДС и трајање њиховог мандата.¹²

Слика 1. Председници ГДС и трајање њиховог мандата

Трајање мандата:	1973 - 1979	1979 - 1981	1981-1983
			
Проф. др Петар Королија лекар (1925-2004)	Проф. др Ив Растимир Недељковић философ и геронтолог (1930 – 2016)	Проф. др Душан Петровић, неуропсихијатар (1924 - 2020)	

¹¹ На почетку је Управни одбор имао 27–30 чланова, што је отежавало доношење одлука, због честог недостатка кворума; а и трошкови долазака на седнице су били велики, посебно за чланове који су долазили из унутрашњости.

¹² После изненадне смрти председника ГДС др Милоша Немањића, до Изборне скупштине функцију председника обављала је потпредседница ГДС др Лидија Козарчанин. Због епидемије КОВИД-19 проф. др Драгана Динић одселила се из Београда и поднела оставку на место председника ГДС.

Трајање мандата:	1983 - 2007	2007 - 2007	2007 - 2016
			
	Проф. др Момир Јавњић, лекар (1931 -)	Проф. др Младен Давидовић, геријатар (1946 -)	Др Милош Немањић, социолог (1932 - 2016)
Трајање мандата:	2016 - 2017	2017 - 2021	2021 -
			
	В.Д. председника Др Лидија Козарчанин, психолог (1951 -)*	Проф. др Драгана Динић, социолог и геронтолог (1954 -)**	Наташа Толеровић психолог (1968 -)

Професионална структура оних који су управљали ГДС-ом указује на то да су на почетку углавном руководиоци били из редова лекара, а да се после четрдесетак година ситуација мења у корист професионалаца из друштвено хуманистичких наука, како је текао и историјски развој научног промишљања старења, од геријатрије ка геронтологији. Још је занимљивија околност да су на почетку друштво водили мушкарци, а да данас руководство чине жене (Dinić, 2018).

И овде се види то да се мушкарци концентришу у профитабилнијим сферама и кад је професионални, па и волонтерски рад у питању, док жене остају у сферама едукације и социјалног рада, тј. у мање профитабилним областима.

Актуелно руководство ГДС изабрано на састанку ванредне скупштине 2021. чине:

- председник ГДС, мастер Наташа Тодоровић, психолог, стручни сарадник, Црвени крст Србије;
- потпредседник ГДС, др Ирена Џелетовић Милошевић, стоматолог, руководилац Канцеларије за здравље старијих ГЗЗЈС,
- секретар ГДС, проф. др Љиљана Манић, Факултет за културу и медије Мегатренд Универзитета и Висока школа социјалног рада у Београду;
- чланови Управног одбора ГДС: Гордана Миловановић, мастер економије, председница Центра за подршку и инклузију Help net, и спец. др мед. Срђан Димитријевић, директор Геронтолошког центра Београд;
- чланови Надзорног одбора: мастер др Милутин Врачевић, лекар, Црвени крст Србије; проф. др Сузана Павловић, социолог и еколог, Висока здравствено-санитарна школа струковних студија, и мр Радмила Пеција Урошевић, социолог, Градска општина Звездара.

У раду ГДС, поред чланова Управног и Надзорног одбора, учествују главни и одговорни уредник (проф. др Наталија Перишић, Универзитет у Београду – Факултет политичких наука) и чланови редакције часописа „Геронтологија” и још педесетак волонтера, десетине колективних чланова и двадесетак почасних чланова. Да би успешно радило, ГДС је формирало бројне радне групе и секције за различите области, Саветодавну конференцију ветерана у геронтологији, као и бројне комисије (за сарадњу са јавним медијима, за системска питања здравствене заштите старијих људи, за системска питања социјалног обезбеђења у старости, за истраживачки рад у геронтологији, за едукацију у геронтологији и геријатрији, за унапређење рада у домовима и клубовима за старије људе, за унапређење рада центара за социјални рад у области друштвене бриге о старијим људима и хуманиза-

цији њихових животних услова, за организоване видове становања у старости, за добровољни и хуманитарни рад, за унапређење рада подружница ГДС и општинских геронтолошких друштава, за међународну сарадњу, за статутарна питања, за сарадњу са дијаспором, за психогеријатрију, за научни подмладак, за геронтостоматологију, за заштиту потрошача итд).

Захваљујући њима, ГДС је реализовало бројне пројекте и друге активности и остварило завидне резултате.

2.4. Активности ГДС

2.4.1. Активности ГДС у протеклом двадесетогодишњем периоду

Рад ГДС огледа се у организовању неколико стотина округлих столова, стручно-научних скупова, стручно-инструктивних, едукативних семинара, предавања, истраживања, као и у организовању и вођењу једанаест националних и међународних геронтолошких конгреса.¹³

Бавећи се на стручан и научан начин питањима старења и старости, ГДС је оставило неизбрисив траг у области геронтолошке мисли и праксе, не само у земљи и бившим републикама већ и у читавом региону. Само неке од бројних активности ГДС из последњих двадесетак година представљене су у Табели 2.

¹³ Детаљан преглед активности ГДС, од његовог формирања, може се наћи у монографији коју је ГДС издало поводом 25 година свога рада (1973–1997). У Геронтолошком информативном билтену бр. 9, који носи назив „Тридесет година Геронтолошког друштва Србије” (Геронтолошко друштво Србије, 2002), сачињена је анализа рада ГДС до 2002. године, са прегледом остварених акција и активности, библиографијом радова, органима и радним телима ГДС, донетим документима и додељеним признањима. Стога у тексту везаном за обележавање 50 година рада ГДС дајемо само неке податке из рада ГДС, који се односе на последњих 20 година.

Табела 2. Активности ГДС, 2010–данас

Година	Активности
2010.	Сесија на 8. конгресу ГДС „Значај и улога Персоналног асистента у одржавању квалитета живота старијих особа”
2011.	„Интелектуални потенцијал Србије у трећем животном добу” – научни скуп „Улога и значај медија у промовисању знања о процесу старења, са посебним освртом на штампане медије” – округли сто „Уговори о доживотном издржавању” – округли сто
2012.	„Однос младих према старости и старењу” – научна конференција „Поспешивање локалне интеграције избеглих и интерно расељених лица” – научна конференција „Друштвена заштита старијих” – научна конференција
2013.	„Активно старење – пут унапређења живота слепих и слабовидих трећег доба” – научна конференција Старење и старост у медијима – Радијска посвећеност старењу и старости у емисији РТС1 „Доживети стоту” <i>Calypso</i> програм Европске комисије – <i>Holiday 4All</i> – пројектна конференција
2014.	„Старење и квалитет живота: транзиција и евроинтеграције” – научни скуп „Социјално предузетништво – модел за samozapoшљавање у будућности” – научна конференција „Оптимална мрежа социјалних услуга за сениоре – потребе и могућности” – округли сто „Образовањем ка запошљавању и активном старењу” – едукативни семинар
2015.	„Савремени изазови у социјалном раду – проблеми и перспективе” – научни скуп
2016.	„Подршка породичним неговатељима, солидарност међу генерацијама” – стручна расправа „Физичка активност за здраво старење” – стручни скуп
2018.	Промоција публикација ГДС на Сајму књига

2022.	„Декада здравог старења 2021–2030” – вебинар Пета министарска конференција о старењу под називом „Одрживо друштво за све узрасте”, Рим, Италија, учешће ГДС Међународна мрежа за превенцију насиља над старијима, INPEA – учешће ГДС на панелу о насиљу над старијим женама Шести глобални симпозијум „Ниска стопа фертилитета и старење становништва: изградња демографске отпорности” – учешће ГДС на симпозијуму у Сеулу, Република Кореја 11. међународни геронтолошки конгрес „Геронтологија: могућности и перспективе у пост-Ковид-19 свету” – организатор, Београд, 12. и 13. октобар 2022.
2023.	„Људска права старијих су и наша права: Дискриминација старијих у друштву и у медијима” – вебинар „Вештачка интелигенција и медији и њихов утицај на међугенерациску солидарност” – учешће у дебати везаној за пројекат „Оснаживање међугенерациских веза” Учешће у заговарању за увођење услуге Дневног центра за особе које болују од деменције, заједно са мрежом ХуманаС и Српским удружењем за Алцхајмерову болест Присуство у јавном слушању у Народној скупштини Републике Србије 2. августа 2023. године, организованом у склопу јавне расправе о Предлогу стратегије за унапређење положаја старијих лица у Републици Србији за период 2024–2030.¹⁴

Поврх наведеног, предавачи из редова ГДС сваке године учествују као предавачи по позиву Универзитета у Београду, држећи студентима предавања из домена активности ГДС, а од 2008. године започет је и циклус предавања „Дани геронтологије у Србији” на Коларчевом народном универзитету. Додатно, ГДС је један од иницијатора и промотера обележавања Међународног дана старијих, 1. октобра. Са другим организацијама и мрежом ХуманаС обележава све значајне датуме, који се тичу старијих, а учествује активно и на манифестацијама, попут: Фестивала здравља, Олимпијаде спорта, здравља и културе трећег доба, Сајма социјалне заштите, Дана солидарности са старијима, Сајма здравља – 2012, I сајма за треће доба – 2012, Радионице о дуготрајној нези – 2012; II сајма за треће доба – 2015, итд.

¹⁴ За више детаља о стратегији, погл. Влада Републике Србије – Министарство за бригу о породици и демографију (2023).

Међу наведеним активностима најзначајније место припада геронтолошком конгресу, који се одржава сваке четврте године и на коме се прави анализа стања, изводе закључци и доносе смернице за даљи рад на геронтолошком пољу. Стога он представља најзначајнију стручно-научну манифестацију у региону посвећену старијима.

2.4.2. Хронологија конгреса ГДС

Од оснивања ГДС одржано је 11 конгреса. Први конгреси били су југословенског карактера. Први конгрес, под називом „Друштво и старост“, одржан је 1977. године у Београду и био је најмасовнији; окупио је око 1.000 учесника. ГДС је само припремило и одржало други и трећи конгрес. Други је одржан 1982. године у Љубљани, а трећи 1986. у Загребу.

Наредних шест конгреса одржано је у Врњачкој Бањи, и то 1993. (четврти), 1998. (пети), 2002. (шести), 2006 (седми), 2010. (осми) и 2014. године (девети). Седми геронтолошки конгрес одржан је у форми националног, са међународним учешћем, а на тему „Квалитет живота у старости – изазови 21. века“. Национални конгреси са међународним учешћем били су и осми и девети, а њихове теме „Остваривање стратешких циљева Националне стратегије о старењу (2006–2015)“ и „Култура старења и старости између традиционалног и савременог модела“.

Наредна два конгреса ГДС, десети и једанаести, оба одржана у Београду, били су међународног карактера. Десети конгрес одржан је 2018. године, под називом „Старење и људска права“ (“Ageing and human rights”), а једанаести 2022. под називом „Могућности и перспективе у пост-КОВИД-19 свету“ (“Opportunities and perspectives in the post COVID-19 world”).

Радови изложени на конгресима одштампани су у зборницима и часописима и другим публикацијама ГДС, а доступни су и у електронској форми. Стручни и научни резултати, исказани у закључцима конгреса, незаобилазна су основа за преиспитивање домета националне политике према старијима, остваривања стратешких докумената и других прописа. Истовремено, они су референтан пара-

метар за процену позиције наших институција и организација, које се баве старењем и старошћу, у односу на сличне у окружењу и у свету (Dinić, 2018).

2.5. Публицистичка делатност ГДС

Активности ГДС и постигнути резултати остали су забележени у штампаним публикацијама, чији је издавач ГДС, као што су: научни часопис „Геронтологија”, „Стручно-инструктивна геронтолошка едиција”, „Билтен”, „Геронтолошке свеске”, зборници, монографије и сл. У „Библиографији штампаних издања ГДС, за период 1973–2010” обухваћено је преко 1.700 библиографских јединица. До данас тај број је прешао цифру од 2.000 наслова (Слика 2).

Слика 2. Део штампаних издања ГДС





Позиција ГДС као лидера на научном и стручном плану у области геронтологије добила је потврду и од стране Министарства просвете, науке и технолошког развоја Републике Србије, које је научни часопис „Геронтологију”, чији је издавач ГДС, ставило на листу научних часописа истакнутог националног значаја, почев од 2016. године.¹⁵

2.6. Пројекти ГДС

У протеклих 50 година ГДС је реализовало преко 100 пројеката, а учествовало је у још толико са другим организацијама, институцијама и појединцима. Навешћемо само неке од тих пројеката, који су реализовани у последњих двадесетак година:

- *Повећање компетенција професионалаца у геронто услугама* – 2014;
- *Усамљеност старијих у великом граду као социјално-психолошки проблем* – 2015;

¹⁵ Од 1973. до 1993. године ГДС је издавало Геронтолошки зборник, чији је назив потом промењен у часопис „Геронтологија” (1993). Часопис „Геронтологија” од 2008. године има статус научног часописа који излази два пута годишње.

- *Истраживање утицаја медијског извештавања на перцепцију и ставове јавности о старијима у Србији* – 2015/16;
- *Пилотирање услуга радноокупационе терапије у лиценцираним приватним установама социјалне заштите, у партнерству са Удружењем приватних установа социјалне заштите* – 2017;
- *Дружење као психосоцијална подршка старима који живе сами (прва фаза)* – 2017;
- *Са ТВ ПИ каналом¹⁶ ГДС је реализовало више пројеката под називом:*
 - *Дочекати пензију и шта после тога?! – 2019.*
 - *Старост о којој се ћути – 2020.*
 - *За лепшу старост старијих Рома – 2021.*
 - *Треће доба: Сениори у акцији – 2023.*

У својој полувековној активности ГДС је спровело бројна истраживања, пилотирало сеоску кућу за старије (Голобок и Петрово село); указало на злостављање старијих; на неадекватно, а често и ејџистичко медијско извештавање о старијима (због чега се залаже за оснивање Геронтолошке телевизије); на недостајуће, а преко потребне услуге геронто-домаћица и геронто-хранитељица; на неопходност припрема људи за одлазак у пензију; пружио је подршку активном старењу; апострофирало је посебно тежак положај старијих на селу; указало је и на родне дистинкције старења; на заборављене културне потребе у старости; залагало се за развој мреже геронтолошких капацитета и за њихову адекватну алокацију; и, најзад, за стварање повољних услова за повратак наших грађана из дијаспоре у старости.

Стручњаци ГДС верују да су ова истраживања и пројекти бар мало допринели разбијању ејџистичких предрасуда, стереотипа и стигматизације старијих; да су довели у питање песимистичке концепте који старост свде на регресивне, дегенеративне и патолошке

¹⁶ Телевизија Пи Канал из Пирота и Геронтолошко друштво Србије из Београда потписали су Протокол о сарадњи крајем 2019. године. Од тада, из године у годину, реализују заједничке пројекте.

промене; и да су показали да старост доноси и мудрост, психичку равнотежу, духовни склад и мир.

Стручњаци ГДС знају да време и услови у којима живимо нису наклоњени старијим особама и да у таквим околностима расте потреба за разним облицима солидарности. Међутим, осећање солидарности није дато *a priori*, већ је потребно подизање свести и учење од најранијег узраста, да би се међугенерациска сарадња успоставила и развијала. Зато ГДС инсистира да се од основне школе подстиче волонтерски рад са старијима, али и да се уведе геронтолошко васпитање за основце.

Сазнања и искуства ГДС често су налазила своје место у стратешким документима, у законима и другим прописима, али су коришћена и у едукативне сврхе. Тиме је ГДС утицало на промену свести стручне и шире јавности о старијима и о старости уопште.

2.7. Формирање Националне фондације за хуману старост

ГДС је 2000. године одлучило да оснује Фондацију за хуману старост. Ова Фондација је требало да прикупља материјална средства (новац, покретну и непокретну имовину, хартије од вредности и сл) од донатора, задужбинара и других дародаваца и да их усмерава на унапређивање материјалне основе у области друштвене бриге о старијим људима и хуманизацији њихових животних услова и у развој савремених геронтолошких капацитета. Органи и радна тела Фондације наведени су у Табели 3.

Табела 3. Органи и радна тела Националне фондације
за хуману старост

Савет Фондације	Управни одбор
Момир Јањић, председник	Петар Манојловић, председник
Марија Тодоровић, потпредседник	Христо Анђелски, потпредседник
Рада Ђуричин	Симеон Бабић
Светлана Велмар Јанковић	Жарко Вуковић
Драгослав Ђукановић	Светислав Јовановић
Владета Јеротић	Ђира Пешин
Душанка Лукић Хавелка	Јасмина Савић Јоксимовић
Душан Ковачевић	Маја Станковић Иветић
Предраг Мики Манојловић	Јасмина Хаџиабдић
Милосав Милосављевић	Игор Холодков
Милорад Бата Михајловић	Дејан Сумрак
Марко Младеновић	Драгана Динић
Ив Растимир Недељковић	Бранка Поповић
Горан Паскаљевић	Горан Буџак
Душан Петровић	Арсица Скандовски
Љубиша Ракић	Зоран Влаховић
Надзорни одбор	
Радул Јовановић, председник	
Јован Потребић	
Ранко Рашковић	

Нажалост, Фондација је започела са радом непосредно после бомбардовања Србије, тако да је било нереално очекивати неке велике донације и средства уопште. Неколико година касније она се одвојила од ГДС и осамосталила, изменила и допунила првобитно постављене циљеве.

2.8. Геронтолошке подружнице

У жељи да прошири своје активности и да укључи што већи број својих чланова и из других градова Србије, ГДС је формирало подружнице и локална геронтолошка друштва и то у следећим градовима: Бор, Зајечар, Књажевац, Крушевац, Лесковац, Ниш, Смедерево, Суботица, Шабац, Пожаревац, Краљево, Крагујевац и Врбас.

2.9. Сарадња ГДС са другим организацијама и удружењима грађана

Годинама уназад осећала се разједињеност, стихија и несинхронизованост у раду бројних организација и удружења која се баве старијима. Да би се превазишла таква пракса, да би се објединили људски и материјални ресурси, маја 2004. године, са још 13 организација, ГДС је формирала мрежу ХуманаС (Хумана старост). Чланице ове мреже су: Caritas, Црвени крст Србије, Ластавица, Amity, Геронтолошко друштво Србије, Женска асоцијација „Роса”, „Човекољубље” – Добротворни фонд Српске православне цркве, Универзитет за треће доба, Викторија, Национална фондација за хуману старост, Хришћанско хуманитарно удружење „Хлеб живота”, Савез пензионера Србије, Коло српских сестара, Друштво за бригу о старима Стари град. Касније су се мрежи ХуманаС прикључили – Удружење грађана „Окриље”, Друштво за образовање одраслих и Help Net. Ова удружења су до сада реализовала бројне заједничке пројекте, а међусобна сарадња је ојачала и унапредила њихове појединачне капацитете.

ГДС има дугогодишњу сарадњу и са: Црвеним крстом Србије, Удружењем стручних радника социјалне заштите Србије, Републичким заводом за социјалну заштиту, Комором социјалне заштите, Градским заводом за геронтологију и палијативно збрињавање, Геронтолошким центром Београд, Градским центром за социјални рад, Дневним центром и клубовима, Институтом за политичке студије из Београда, Филозофским факултетом из Ниша, Новог Сада и Београда, Факултетом политичких наука из Београда, Високом школом за социјални рад из Београда, Асоцијацијом спорта, здравља и културе „Дорћолијада”, Покретом трећег доба Србије, Институтом за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут”, Канцеларијом за старе Завода за јавно здравље, Волонтерским сервисом Звездара, Удружењем приватних домова, центрима за социјални рад, геронтолошким центрима, домовима и клубовима. Посебно је значајна сарадња са електронским и штампаним медијима, од којих се могу издвојити: РТС1 „Доживети стоту”, РТВ Војводине „Додати живот годинама”, РТС „Треће доба”, ТВ „ПИ канал”, „Глас осигураника”, „Глас центара”, недељник „Пензија”, ТВ Б92, Политикин додатак за старије, дневне новине и друге радио и ТВ емисије.

2.10. Студентска секција ГДС

Геронтолошко друштво Србије је 22. априла 2005. године, на Геро-данима, у Лепенском Виру, основало Студентску геронтолошку секцију (СГС), у оквиру постојеће Комисије ГДС за научни подмладак.¹⁷

Иницијатива за оснивање секције, која би окупила студенте заинтересоване за питања старења и старости, потекла је од Међународне геронтолошке асоцијације (IAGG). Од 70 земаља чланица IAGG, Србија и Црна Гора су се сврстале међу 15 земаља које су прихватиле ову иницијативу. За председницу секције изабрана је Зорана Ђорђевић, дипломирани социјални радник, специјалиста рехабилитације и социо-терапије, за потпредседницу Биљана Јовановић, дипломирани социјални радник, специјализант на смеру Рехабилитације и социо-терапије. За сталне чланове – консултанте (односно координаторе), изабрани су проф. др Младен Давидовић и проф. др Драгана Динић.

Међународна верификација секције обављена је уз стручну и материјалну помоћ IAGG, који је омогућио председници СГС учешће на Првом светском студентском скупу, организованом у оквиру 18. међународног геронтолошког конгреса, у Риу, у Бразилу, 2005. године.

СГС има за циљ да сензибилише студенте за проблеме старијих, да приближи младе и старије, у духу међународних препорука за ства-

¹⁷ Досадашњи чланови Студентске геронтолошке секције су: Ђорђевић Зорана, специјалиста рехабилитације и социо-терапије (први председник СГС), Јовановић Биљана, специјализант рехабилитације и социо-терапије, ЦСР Стари град, Маричић Милена, студент ФПН, смер социјални рад, Дуловић Данијела, студент ФПН, смер социјални рад, Кундачина Сања, студент ФПН, смер социјални рад, Цветиновић Наташа, студент, Правни факултет, Београд, Стојановић Соња, студент ФПН, смер социјални рад, Матовић Бранислав, студент ФПН, смер социјални рад, Павловић Јован, студент ФПН, смер социјални рад, Савић Марина, студент ФПН, смер социјални рад, Јовановић Јелена, студент ФПН, смер социјални рад, Мирковић Предраг, Факултет за информатику и телекомуникације; Динић Саша, инж. дизајна звука и студент ПМФ-а (информатика); Стефан Станковић, Медицински факултет Београд (актуелни председник СГС), Јована Ступар, социологија – мастер Нови Сад, Немања Милошевић, социологија Нови Сад, Jessica Raic, Медицински факултет у Београду, Милица Васић, докторанд Пољопривредног факултета у Београду, Јелена Каплановић, социолог (САД – Ајова), Јован Радосављевић, психолог и др.

рање друштва за све генерације; да повеже студенте заинтересоване за питања старења и старости и омогући им размену информација и искустава, да их повеже са сличним секцијама и организацијама у иностранству.

Прво званично појављивање СГС било је на округлом столу 2005, на коме се расправљало о месту и улози студентске секције у Геронтолошком друштву Србије, да би већ следеће године СГС имала запажено учешће на VII националном геронтолошком конгресу, где је саопштила резултате истраживања о заинтересованости студентске популације за волонтерски рад са старијима.

Укључивање младих у рад ГДС од велике је користи како за њих тако и за ГДС и за старије особе уопште, јер млади својим радом, енергијом, идејама и ентузијазмом могу да помогну у рушењу еџистичких предрасуда, у борби за побољшање квалитета живота у старости и у премошћавању међугенерациског јаза.

2.11. Сарадња са институцијама локалне и државне власти

У свом раду ГДС се ослања на финансијску подршку Министарства за рад, запошљавање, борачка и социјална питања и на друга министарства, а потом и на локалне самоуправе.¹⁸ С друге стране, министарства и локалне самоуправе у ГДС виде доброг партнера, драгоценог саветодавца и сарадника, када је политика према старијима у питању. Осим што су чланови ГДС често чланови владиних комисија и тела, ресорно министарство је ангажовало ГДС, путем пројекта

¹⁸ Годинама је за свој рад ГДС добијало средства из буџета државе, док није ступио на снагу Закон о удружењима (2009), када је било принуђено да се окрене пројектном финансирању. Волонтери ГДС су, по правилу, били људи трећег доба, који нису вични компјутерима, па им је писање пројекта веома тешко пало. Многи су тада напустили ГДС, а Друштво је било принуђено да се реорганизује. Недостатак континуираног финансирања из неког сигурног извора све чешће доводи у питање опстанак ГДС. Иако су сви чланови ГДС волонтери, постоје стални материјални трошкови (закуп просторије за рад, комунални трошкови, интернет, ПТТ, канцеларијски материјал и сл) и трошкови за организовање и реализацију програмских активности ГДС, за које је све теже наћи изворе финансирања.

(2005/6), при изради Националне стратегије о старењу 2006–2015. (Влада Републике Србије – Министарство рада, запошљавања и социјалне политике, 2006).

Геронтолошко друштво Србије има представника у владином Савету за старост и старење и у Савету за међугенерациску солидарност.

2.12. Међународна сарадња

На међународном плану, од свог оснивања, ГДС је развијало сарадњу са бројним институцијама и организацијама: EURAG, IAGG, HelpAge International, UNFPA – United Nations Population Fund, Međunarodni institut za starenje Ujedinjenih Nacija – Malta (INIA).

2.13. Награде и признања

Ценећи посвећеност, истрајност и резултате рада својих чланова-волонтера ГДС је, у складу са својим скромним могућностима, настојало да награди неке од најбољих.

Тако је 2008. године, поводом обележавања 1. октобра Међународног дана старих, на свечаности у Скупштини града додељена Награда за животно дело Петру Манојловићу, најстаријем активном члану ГДС.

Након смрти доајена ГДС Петра Манојловића, имајући у виду његов пионирски рад и дугогодишњи допринос социјалној мисли и пракси у области геронтологије, на Изборној скупштини ГДС 2010. године донета је Одлука о установљењу награде „Петар Манојловић”, која ће се додељивати сваке четврте године, на Геронтолошком конгресу. Ова награда се додељује појединцима за укупан допринос геронтолошкој мисли и пракси, као и за посебно ангажовање у раду Геронтолошког друштва Србије.

Досадашњи добитници ове изузетне награде су били:

1. Проф. др Светислав Јовановић, психолог, почасни члан ГДС (2010);
2. Др Милош Немањић, социолог, тадашњи председник ГДС (2014);

3. Бранкица Јанковић, дипл. правник, Повереница за заштиту равноправности и члан ГДС (2018);
4. Сузана Мишић, стоматолог, бивша директорка ГЦ Београд и члан ГДС – награда јој је постхумно додељена (2022).

3. Закључак

После 50 година рада на геронтолошком пољу ГДС може бити поносно што припада кругу пионира који су у феномену старења становништва препознали један од најкрупнијих проблема данашњице и будућег развоја друштва и што је међу првима покушало да одговори на актуелне изазове старења. Колико је у томе успело просуђиваће генерације које долазе. Оно што већ сада са сигурношћу можемо рећи јесте да штампана издања ГДС представљају незаобилазне библиографске одреднице озбиљних стручних и научних радова у области геронтологије и геријатрије, да су основна или шира литература бројних студијских група Медицинског факултета, Факултета политичких наука и других факултета на којима се изучава социјални рад, да су добра експертска основа будућих стратешких докумената и политика према старијима. И најзад, кроз Студентску секцију обезбеђује се међугенерациска размена и континуитет геронтолошке мисли и праксе. Значај ГДС препознат је и од креатора јавних политика, па су чланови ГДС бирани у многим локалним и државним телима и комисијама, а на међународном плану у IAGG (Dinić, 2018).

Као организација од јавног интереса ГДС је, својим радом и резултатима, а посебно учешћем у изради Националне стратегије о старењу и сличним документима, дало својеврстан печат националној политици према старијима.

Са пуно аргумената можемо закључити да се Геронтолошко друштво Србије, утемељено на волонтерском раду својих чланова, од свог оснивања, наметнуло као лидер на геронтолошком пољу, не само у Србији већ у читавом региону.

Литература

- Влада Републике Србије – Министарство за бригу о породици и демографију (2023). *Стратегија активног и здравог старења у Србији (2024–2030)*. Београд: Влада Републике Србије.
- Влада Републике Србије – Министарство рада, запошљавања и социјалне политике (2006). *Национална стратегија о старењу (2006–2015)*. Београд: Влада Републике Србије.
- Генерална скупштина УН (1983). *Бечки међународни план акције о старењу*. А/RES/37/51. 1983.
- Генерална скупштина УН (2002). Политичка декларација о старењу са Мадридским међународним планом акције о старењу, А/RES/57/167.
- Геронтолошко друштво Србије (2002). Тридесет година Геронтолошког друштва Србије. Београд: Геронтолошко друштво Србије.
- Давидовић, М., Милошевић, П. (2007). *Медицинска геронтологија*. Београд: Универзитет у Београду – Медицински факултет. Доступно на: <http://www.uggsrbije.org/media/knjiga/MedicinskaGerontologija.pdf>, приступљено 1.6.2023. године
- Динић, Д. (2012). Допринос научника и стручњака трећег животног доба Геронтолошког друштва Србије у 21. веку. *Геронтологија*, 1: 54–79.
- Dinić, S. (2018). Gerontological Society of Serbia Fighting for the Rights of Older People for 45 Years. In: *International thematic collection – Ageing and Human Rights* (pp. 13–28). Belgrade: Gerontological Society of Serbia.
- Живковић, М. (1973). Корени, конституисање и тековине геронтологије. У: „Геронтолошки зборник” (стр. 1–35). Београд: ИСП.
- Институт за социјалну политику (1973). *Геронтолошки зборник*. Београд: Институт за социјалну политику.
- Републички завод за статистику (2023). *Подаци*. Доступно на: <https://poris2022.stat.gov.rs/sr-Cyrl/>, приступљено 1.6.2023.
- Шево, Г. и остали (2013). *Геронтологија у Србији*. Београд: Градски завод за геронтологију и палијативно збрињавање, Фондација солидарност и Геронтолошко друштво Србије.

Dragana Dinic

50 YEARS OF THE GERONTOLOGICAL SOCIETY OF SERBIA (1973–2023)

Abstract

The Gerontological Society of Serbia (*Gerontološko društvo Srbije* – GDS) was founded in 1973. For half a century, it has dealt with the topics of old age and aging through scientific, research, project and advocacy work, in order to promote the rights of the elderly and decent life in old-age for every citizen in Serbia. The author of the paper presents the development of gerontology in Serbia, in relation to the increased number of elderly persons in the national context, alongside certain challenges that the elderly face that need to be targeted in specific ways, both in theory and practice, as well as from a political perspective. At the same time, the development of gerontology in Serbia followed international development in the field, as did the emergence and development of the GDS. A descriptive analysis of the emergence of the Society and its activities, with a focus on its most recent two decades, represents the largest segment of this paper. The author describes the activities of the GDS in connection with education (organization of conferences, lectures and round tables, especially gerontology congresses), publication of findings and opinions, projects, creation of a student section, international and national cooperation, etc. The paper is grounded in a literature review, but also provides a content analysis of internal documents of the GDS, such as minutes of its Board of Directors, work reports adopted at annual assemblies, etc. In the conclusion, some of the most important areas of work of the GDS are highlighted.

Keywords: Gerontological Society of Serbia, geriatrics and gerontology, the elderly, aging.

Оригинални научни рад

УДК 364.6-053.9(497.6)

Рад послат: 14.11.2023.

Рад прихваћен: 23.11.2023.

Асим Панџић*

Универзитет у Тузли – Филозофски факултет

СИСТЕМСКИ ПРИСТУП УСЛУГАМА ДУГОТРАЈНЕ ЗАШТИТЕ СТАРИЈИХ НА ПОДРУЧЈУ ТУЗЛАНСКОГ КАНТОНА

Резиме: Старење популације значајно утиче на стопу раста броја старијих којима је потребна помоћ, а ако се узме у обзир и повећање степена погоршања здравља старијих особа у каснијој животној доби потреба за услугама дуготрајне заштите је све очигледнија. Систем дуготрајне заштите старијих у Босни и Херцеговини у великој је мјери занемарен, са скромним новчаним накнадама и прилично неразвијеним услугама, а највећим дијелом обухвата услуге здравствене и социјалне заштите, које се пружају у ванинституционалном или у институционалном окружењу појединцима којима је неопходна подршка у обављању свакодневних активности током дужег временског периода. Различити демографски, здравствени, социјални и други трендови указују на то да ће потреба за дуготрајном заштитом у наредном периоду неминовно расти. Узимајући у обзир наведене трендове, циљ овог истраживања био је утврђивање системског приступа у планирању, пружању и евалуацији услуга дуготрајне заштите старијих на подручју Тузланског кантона. У раду је кориштена метода анализе садржаја докумената и метода испитивања. Узорак је чинило 120 стручних радника и сарадника институција и организација из социјалне и здравствене заштите. У сврху прикупљања података конструиран је посебан инструмент у форми анкетних упитника. За анализу података и тестирање хипотеза кориштена је техника сређивања и статистичка обрада података, уз кориштење статистичког пакета SPSS. На основу анализе емпиријских резултата дошло се до закључка да је системски приступ у планирању, пружању и евалуацији услуга дуготрајне заштите старијих на подручју Тузланског кантона недовољно развијен, што указује на то да је још увијек присутно очекивање да ће чланови породице, у случају потребе, преузети улогу његоватеља.

Кључне ријечи: дуготрајна заштита, старији, услуге, Тузлански кантон

* Ванредни професор, asim.pandzic@untz.ba

1. Увод

Најновија демографска кретања, како у свијету тако и код нас, указују на постепени пораст укупног становништва и раст броја старијих у укупној популацији, а то може произвести различите посљедице на здравственом, социјалном и економском плану. Због тога, од непроцјењиве је важности ваљано и свеобухватно конципирање адекватне социјалне политике популације старијих. Оваква кретања захтијевају појачан напор читаве друштвене заједнице у правцу конципирања квалитетног и свеобухватног задовољавања укупних потреба популације старијих. Наиме, већи дио популације старијих лица налази се у неповољном друштвеном положају, за шта постоје бројни разлози који се прије свега односе на њихове неминовне промјене у физичким и интелектуалним способностима, друштвеном и економском статусу, али и односу друштва према тим потребама.

Нагло повећање броја старијих, нарочито у развијеним земљама, потиче у новије вријеме све већи интерес за њиховом дуготрајном заштитом. Овај интерес потичу и социјалне и здравствене службе које се све више суочавају са потешкоћама у планирању и организацији социјалне и здравствене заштите старијих. Регулисање и развијање њихове дуготрајне заштите веома је важно како би им се осигурала достојна старост, пружање материјалне сигурности и на крају унапређење квалитете живота.

У земљама Европске уније питање осигурања квалитетне заштите особа старије животне доби, без обзира да ли се проводи као институцијски смјештај, заштита у оквиру хранитељских породица или у властитом дому, постало је један од приоритета, с обзиром на растући удио старијег становништва. Друштвено старање о особама треће животне доби постало је дио опће политике социјалне сигурности грађана и један од основних и трајних задатака у области социјалне политике. Значајне друштвене промјене, под утицајем прије свега индустријализације, миграција, побољшања здравствене заштите становништва, продужења људског живота и промјена у породичним односима, изазвале су као једну од непосредних посљедица све израженију социјалну проблематику старијих. Јавља се потреба за разним облицима заштите старијих, а што увелико зависи од система

вриједности, друштвених односа и материјалних могућности одређеног друштва.

Када су у питању услуге дуготрајне заштите старијих, то се првенствено односи на услуге здравствене и социјалне заштите које се пружају у кући или институционалном окружењу појединцима којима је неопходна подршка у обављању свакодневних активности током дужег временског периода. Обезбјеђење дуготрајне заштите за старије у условима очекиваног продужења животног вијека једно је од питања са којим се Босна и Херцеговина већ суочава, с обзиром на све израженије старење становништва. Чињеница је да ће продужени животни вијек подстаћи захтјеве за услугама дуготрајне заштите и у формалном (друштвено организоване службе и институције) и неформалном сектору (породица). Повећање заступљености старијих у укупној популацији захтијева посебну пажњу цјелокупне друштвене заједнице, посебно здравственог и социјалног сектора, како би се правовремено и ефикасно могло реаговати на повећане потребе ове вулнерабилне групе.

У Босни и Херцеговини се потреба за дуготрајном заштитом старијих особа највећим дијелом остварује у оквиру породице. Дакле, у систему друштвеног старања посебно мјесто има породица, којој треба пружити подршку, одговарајућим мјерама да што потпуније оствари социјално-заштитну функцију својих старијих чланова. Потребно је да друштво своје активности усмјери ка стварању различитих клубова, институција за боравак, друштвени и културно-забавни живот старијих и слично. Као и уопштено, и у Босни и Херцеговини, елементи дуготрајне заштите старијих највећим дијелом се налазе у систему социјалне заштите и систему здравства и обухватају права на одређене накнаде и услуге.

2. Теоријско одређење дуготрајне заштите старијих

2.1. Теоријски оквир дуготрајне заштите старих особа

Са старењем становништва, као и уз све лабавије породичне везе и повећање партиципације жена на тржишту рада, јасно је да услуге

дуготрајне заштите постају од кључног значаја за добробит и благостање старијих. У контексту повећања броја старијих, односно старења становништва, могу се идентифицирати двије детерминанте. Прва, то је посљедица продужења животног вијека људи, односно „старење одозго” („сијеђење”, енгл. *greying*), те посљедица смањене стопе фертилитета, дакле све мањег броја дјеце и младих који ће у скорој будућности чинити активни контингент становништва, односно „старење одоздо” („дејувенилизација”) (Puljiz 2015). Али без обзира на узроке старења становништва, јасно је да је потреба за адекватном заштитом старијих и немоћних све израженија. Како број старијих посљедњих година у цијелој Европи, па и у Босни и Херцеговини расте, значај услуга дуготрајне заштите у смислу броја корисника и трошкова за њихово обезбеђивање такођер расте. С тим у вези неопходно је развијати нове облике међугенерациске солидарности, те јачати већ постојеће.

Постоје различите дефиниције дуготрајне заштите. Као најшира, полазна основа користи се одређење Организације за економску сарадњу и развој (OECD), које дефинише дуготрајну заштиту као политику која представља пресјек ситуације у пружању одређеног броја услуга за особе које су зависне од туђе помоћи у основним дневним активностима (енгл. *ADLs*)¹ и то током дужег временског периода (OECD 2005). У елементе дуготрајне заштите се, у складу са овим одређењем, укључују рехабилитација и основне медицинске услуге, кућна здравствена нега, социјална подршка, дневни боравак и услуге као што су транспорт, припрема и сервирање obroка, окупационе и подржавајуће активности као, на пример, помоћ у инструменталним активностима свакодневног живота (енгл. *IADLs*)².

¹ ADLs – Дневне активности обухватају све активности које особа мора извести у току дана као што је купање, облачење, храњење, устајање и лијегање, односно сједање, кретање, кориштење тоалета и контролисање физиолошких потреба (OECD 2005).

² IADLs – Инструменталне активности дневног живота су активности које су везане за независан начин живота и укључују припрему obroка, руковање новцем, куповину намирница и ствари за личну употребу, извођење лакших или тежих послова у домаћинству и кориштење телефона (OECD 2005).

Комплементарно са наведеним, Европска комисија дефинира дуготрајну заштиту као скуп услуга и облика подршке особама које, услед менталне и/или физичке слабости и/или инвалидитета, током дужег временског периода зависе од подршке у обављању дневних животних активности и/или имају потребу за трајнијом медицинском помоћи (SPC-ЕС 2014). У документима Комитета за социјалну сигурност наводи се да се дуготрајна заштита пружа немоћним старијим и посебним групама људи, особама које имају физичке или менталне сметње, којима је неопходна подршка и помоћ у њиховим основним дневним активностима. Потребе на које се одговара дуготрајном заштитом најчешће су код група најстаријих особа (80+) које су истовремено и у највећем ризику од дуготрајних хроничних обољења која воде у физичке или менталне неспособности, односно зависност (OECD 2007).

У појединачним европским државама одређења дуготрајне заштите се разликују са становишта прописане дужине њеног кориштења, одређења профила корисника, као и обима и врсте услуга. Поред тога, линија разграничења између здравствене и социјалне компоненте у дуготрајној заштити се веома различито практикује међу државама. Исто се може уочити и за однос кориштења рехабилитационих услуга и временаведеног на лијечењу у болници или у некој другој институцији. Разлике у појму дуготрајне заштите постоје и у виђењу „зависности” особе која је корисник ових услуга. Негдје се „зависност” посматра у односу на могућности конкретне заједнице да „покрива” одређене ризике. Разлика се јавља и у односу на то да ли се подршка пружа у виду финансијске накнаде или конкретне услуге. Исто тако, разлика постоји и према томе ко ће бити дефинисан као корисник, нпр. породица или појединац.

Као резиме, у пракси, највећи дио дуготрајне заштита обухвата услуге здравствене и социјалне заштите, које се пружају у ванинституционалном или у институционалном окружењу појединцима којима је неопходна подршка у обављању свакодневних активности током дужег временског периода. Подршка у том смислу подразумева активности према старијима у које се убрајају:

- „помоћ у обављању основних дневних активности (ОДА) као што су кретање, хранење, облачење, обављање личне хигијене;
- помоћ у кућним пословима, припремању хране, куповини, превозу, итд. (инструменталне дневне активности, ИДА);
- сестринску и палијативну његу (превијање рана, превенцију и лијечење декубитиса, давање лијекова, умањење болова, праћење здравственог стања)” (Matković, Stanić 2014, 11).

Активности дуготрајне заштите подузимају неформални пружаоци услуга (као што су породица, комшије) и/или професионални (здравствени, социјални), како би осигурали да особе које нису у стању бринути се о себи могу достићи највећи могући квалитет живота, али такођер са највећим могућим степеном независности и учешћа. У свим друштвима, када је у питању дуготрајна заштита старијих, учествује и држава, али највећи дио заштите пружа породица кроз неплаћено ангажовање. Међутим, у будућности се очекује пораст улоге државе у пружању дуготрајне заштите старијима, с обзиром на пораст броја старијих у укупном становништву, нарочито због смањења спремности породица на неплаћену подршку, те укупног повећања расхода за ове намјене.

У оквиру система дуготрајне заштите давања се могу подијелити на новчана и неновчана давања, односно услуге. Лундсгард (2005) и ОЕЦД (2005) разликују три основне групе новчаних давања: „персоналне буџете” и директно запошљавање професионалних његоватеља, новчани додатак који се исплаћује кориснику, а који он/а троши по сопственом избору, и новчани додатак који се плаћа директно његоватељу (Matković, Stanić 2014). Персонални буџети и директна плаћања су новчана давања која корисник мора да употреби за куповину услуге од професионалне агенције или директно од индивидуалног његоватеља. У овом случају подразумева се потписивање формалног уговора о запошљавању, чак и када су у питању рођаци (Lundsgaard 2005). Допатак за помоћ и његу другог лица намијењен је за покривање дијела трошкова дуготрајне заштите и даје се кориснику. Не постоји обавеза запошљавања његоватеља. Допатак за његоватеља замишљен је тако да обезбиједи минимум прихода ономе ко због њега другог лица није у могућности да ради. Овај додатак обично је

низак и често подразумејева и неке додатне критерије за његово добијање. Услуге здравствене или сестринске његе пружа медицинско, парамедицинско и здравствено особље. Ове услуге подразумевају превијање рана, превенцију и лијечење декубитиса, давање лијекова, умањење болова, праћење здравственог стања и слично (OECD 2017). Палијативно збрињавање подразумејева подршку у смислу побољшања квалитете живота животно угроженим болесницима и њиховим породицама кроз превенцију и олакшање тегоба путем третмана умањења бола и пружањем психичке и физичке подршке (SZO 2013). Њега у хосписима подразумејева његу умирућих пацијената за које се претпоставља да неће живјети дуже од шест мјесеци и немају никакву медицинску терапију, осим оне за умањење болова (Pratt 2010). Услуге личне његе подразумевају помоћ у основним дневним активностима, као што су храњење, облачење, купање и слично (OECD 2017). Услуге подршке у инструменталним дневним активностима обично се везују за услуге дуготрајне заштите које се проводе у кућним условима, али су присутне и у институционалним условима, као што су куповина, кухање и сређивање стана, управљање финансијама и слично (OECD 2017). Остале услуге социјалне заштите подразумевају прије свега подршку учешћу у друштвеним активностима и дружењу итд (OECD 2017).

Услуге институционалне заштите подразумевају услуге подршке у основним и инструменталним дневним активностима и здравствену његу, које се пружају у институцији која је и пребивалиште корисника, гдје спадају домови за старије и резиденцијални смјештај, као што је становање уз подршку, те домови сестринске његе (OECD 2005). Домови сестринске његе су институције које пружају сестринску и личну његу корисницима који су зависни о подршци у основним дневним активностима (OECD 2005). Становање уз подршку је резиденцијални смјештај у виду апартмана, у оквиру којег се нуди и професионална услуга његе. Услуге у заједници обухватају услуге које се пружају у кућним условима и друге услуге као што су нпр. дневни боравци. Све ове услуге, укључујући и услугу предаха и дневне боравке, ОЕЦД класификује као услуге које се пружају у дому корисника са образложењем да су то услуге које омогућавају кориснику да остане у кућном окружењу (OECD 2011).

Услуга помоћи у кући пружа се у кућним условима. Подразумијева помоћ у основним дневним активностима и помоћ у инструменталним дневним активностима, дакле, личну његу и помоћ у кућним пословима. Услуга предаха има за циљ да његоватељу омогући краткотрајни одмор од уобичајених обавеза (OECD 2005). Дакле, ријеч је о краткотрајној привременој њези. Услуга дневног боравка је услуга дневне његе и надзора, а поред тога пружа могућност социјалне интеракције и друге програме. Ова услуга олакшава породици корисника свакодневну његу (Pratt 2010).

2.2. Потреба за дуготрајном заштитом старијих

С обзиром на повећање степена погоршања здравља старијих у каснијој животној доби, расте и потреба за услугама дуготрајне заштите. У посљедње вријеме све више земаља свједочи да се број становника старости од 80 и више година повећава. Иако утицај продуженог животног вијека на здравствено стање није јасан, нити се може процијенити утицај напретка у медицинским наукама, продужетак животног вијека резултирати ће великим бројем старијих, а самим тим и већим бројем особа којима ће бити потребне услуге дуготрајне његе. Повреде, нарочито падови, често су неевидентирани међу старијом популацијом, али негативно утичу на здравствено стање, што такођер доводи до потребе за дуготрајном заштитом. Најновија процјена која се односи на глобално оптерећење болестима показује да у посљедњих 20 година очекивано трајање животаведеног у здрављу расте спорије него укупно очекивано трајање живота. Упооређивањем података од прије двије деценије и данашњих уочено је да је тренутна ситуација лошија ако посматрамо број година проведених у здрављу и без инвалидности. За сваку годину живота послје 50 година старости добија се само око 9,5 мјесеци здравог живота неоптерећеног болешћу (WHO, 2015).

У односу на кретање становништва у Босни и Херцеговини примјетно је да се укупан број становника смањује, док истовремено број старијих из године у годину расте. Федерација Босне и Херцеговине (ФБиХ) прати трендове на нивоу Босне и Херцеговине.

Све до 2016. године Федерација је имала позитиван природни прираштај или је био близу нуле. Сада се слика преокренула, све је више умрлих, мање новорођених. Из прегледа броја новорођених по кантонима, кога је израдио Федерални завод за статистику за период 1991–2022. године, могу се уочити негативни трендови и размјети размјера проблема са којима је суочена ФБиХ у погледу демографије. Негативан природни прираштај настављен је и током 2023. године. У периоду јануар–мај 2023. године у Унско-санском кантону рођено је 470 дјеце (-55 у односу на исти период 2022. године), Посавском кантону 49 (0), Тузланском кантону 1.156 (-17), Зеничко-добојском кантону 1.090 (-35), Босанско-подрињском кантону 64 (+1), СредњОбосански кантону 627 (+11), Херцеговачко-неретванском кантону 514 (+49), Западнохерцеговачком кантону 293 (+68), Кантону Сарајево 1.491 (-7), те Кантону 10 107 (-30). У првом полугодишту 2023. године у Федерације БиХ рођене су 7.094 бебе, а умрло је 9.916 особа (негативни природни прираштај -2.822) (Federalni zavod za statistiku, 2023a). Према пројекцијама Федералног завода за статистику, до 2050. године у ФБиХ би број популације 65+ требало да нарасте до 42%. То значи да ће два од пет становника бити старије од 65 година, што ниједна држава на свијету нема ни близу до сада (Federalni zavod za statistiku, 2020).

Анализом демографских показатеља за подручје Тузланског кантона видљиво је да се укупан број становника смањује, док истовремено број старијих из године у годину расте. У току 2018. године број становника у Тузланском кантону износио је 440.351, да би средином 2022. износио 431.938 становника. Евидентан је и пад природног прираштаја (који је током 2018. износио -520), да би се тај тренд наставио и током наредних година, па је тако негативан природни прираштај забиљежен и 2019. године (-703) и 2020. (-1.834). Највећи пад је забиљежен током 2021. (-2.415), да би се нешто смањило у току 2022. године, када је износио -1391. Истовремено је растао број старијих, па је тако 2018. број старијих износио 65.605, да би током 2022. износио 73.921. Укупна стопа наталитета у Тузланском кантону у току 2018. године износила је 8,5, да би се у наредним годинама константно смањивала, све до 7,6 у току 2022. године (Federalni zavod za statistiku, 2023b).

Према пројекцијама Европске комисије, „Сценарији демографског и људског капитала за 21. вијек”, БиХ ће до 2060. године имати 1,7 милиона становника. Удио особа изнад 65 година у укупном броју становника ће се повећати, са 15,7% (2015) на 45,1%. Удио младих до 20 година у укупном броју ће се смањити, са 21,1% (2015) на 13,4 %. Како је наведено у овом документу, БиХ је 2015. имала 3.54 милиона становника, а према овим пројекцијама већ 2020. пала је на 3.36. Прогнозе за 2030, 2040, 2060. и 2075. годину износе 2,98, 2,15, 1,75 и 1,22 милиона респективно. На крају, очекује се да ће 2100. године БиХ имати само 0.59 милиона становника (око 600.000 становника). Те године удио старих особа (65+) биће 76,9%, а младих до 20 година само 5% (ЕС 2018).

Упркос свему што је наведено, елементи система дуготрајне заштите у БиХ, као важна компонента социјалне заштите, у великој су мјери занемарени, са скромним новчаним накнадама и неразвијеним услугама. Досадашња истраживања указују на то да, као таква, дуготрајна заштите не одговара потребама особа којима је намијењена, а то су најчешће старији, дјеца са инвалидитетом, те особе са инвалидитетом које не могу бринути о себи.

Систем социјалне сигурности из области социјалне и здравствене заштите у Босни и Херцеговини је децентрализован и у надлежности је ентитета (Федерације Босне и Херцеговине и Републике Српске), те Брчко Дистрикта. Када говоримо о заштити права старијих у Босни и Херцеговини, у оквиру различитих закона и прописа подузимају се различите заштитне активности и мјере у циљу обезбјеђења социјалне сигурности старијих и очувања њиховог здравља, али не постоји посебан државни механизам, нити државна стратегија за координисање активности у вези са старењем. Осим тога, постоји веома низак ниво разумијевања и сензибилитета мјеродавних тијела на свим нивоима власти, упркос лошем положају старијих.

У складу са уставним уређењем Федерације БиХ, носиоци социјалне и здравствене заштите су кантони (10 кантона), а у неким сегментима ентитет, тако да је подијељена надлежност између ентитета и кантона. Неки од најважнијих законских аката у вези социјалне сигурности у оквиру којих се штите права старије популације, а који важе на територији Федерације БиХ, јесу Закон о основама социјалне

заштите, заштите цивилних жртава рата и заштите породице са дјецом Федерације БиХ, Закон о здравственој заштити и Закон о здравственом осигурању.

Закон о основама социјалне заштите, заштите цивилних жртава рата и заштите породице са дјецом Федерације БиХ, предвиђа да старији могу остварити следећа права: новчана и друга материјална помоћ (стална новчана помоћ; новчана накнада за помоћ и његу од стране друге особе; друге материјалне помоћи (новчане или натуралне), смјештај у другу породицу (старији који нису у могућности да сами брину о себи, а усљед стамбених и породичних прилика немају могућности да им се заштита осигура на други начин), смјештај у установу социјалне заштите (старији којима је потребна стална њега или помоћ, коју не могу остварити у властитој или другој породици или на други начин), кућна њега и помоћ у кући (организовано пружање разних услуга уколико старији није у стању да сам брине о себи, као што су: прехрана, обављање кућних и других послова и одржавање личне хигијене), услуге социјалног и другог стручног рада (превентивна дјелатност, дијагностика, третман и савјетодавно-терапијски рад итд) (Miković 2010/2011).

На основу Закона о здравственој заштити старији остварују право на здравствену заштиту уколико нису здравствено осигурани по неком другом основу. Овим законом гарантују им се следећа права: право на доступност здравствене заштите, као и право на хитну медицинску помоћ, на информације, на обавијештеност и учествовање у поступку лијечења, на лично достојанство, на спрјечавање и олакшавање патње и боли, на превентивне мјере и информисање о очувању здравља.

Закон о здравственом осигурању Федерације БиХ осигурава здравствену заштиту грађана изнад 65 година живота (која се проводи као примарна, специјалистичко-консултативна и болничка), под условом да по члану домаћинства немају приходе веће од просјечне плаће на подручју Федерације, остварене у претходном мјесецу. Осигурана лица имају право и на кориштење ортопедских и других помагала, право на кориштење лијекова чије је стављање у промет одобрио министар здравства, а налазе се на листи лијекова који се осигураницима могу прописати на терет средстава кантоналног завода осигурања.

Систем дуготрајне заштите у Федерацији БиХ примарно је усмјерен на мјере директне подршке особама којима је потребна туђа њега. Ове особе имају право на додатак за помоћ и његу од стране друге особе у виду новчане накнаде, као и на различите услуге њега пружене од установа социјалне заштите. Осим тога, важеће законодавство у области породичних односа прописује обавезу бриге о ближим сродницима – родитељима, дјеци и супружницима, што питање њега ових особа примарно позиционира у сферу породице.

Иако се активности дуготрајне заштите старијих налазе унутар система социјалне заштите и здравства, најзначајнији удио у обезбјеђивању дуготрајне заштите старијих у ФБиХ и даље имају породице. Када су у питању установе социјалне заштите које се баве пружањем услуга и бригом о старијима у ФБиХ посебно се издвајају центри за социјални рад. Законом о социјалној заштити дата је могућност да дјелатност социјалне заштите, поред државних организација и установа, могу обављати и хуманитарне организације, удружења грађана, вјерске организације, грађани појединци и стране физичке или правне особе, што је определијелило неке невладине организације да се, уз помоћ међународних донатора, али и средстава добијених од различитих нивоа власти у земљи, профилирају у области пружања помоћи и бриге о старијима. У том контексту посебно се издвајају: пружање помоћи у кући и припремању хране, психосоцијална помоћ, заступање права старијих, сарадња са групама за самопомоћ, подстицање на међугенерациску солидарност итд.

С обзиром на неразвијеност и бројне недостатке у формалном систему дуготрајне заштите у Федерацији БиХ, који се првенствено огледају у ограниченом приступу услугама и недостатним новчаним давањима корисницима, терет бриге о овим особама углавном је пребачен у сферу неформалне њега. Изостанак адекватног одговора државе на питање дуготрајне заштите не изненађује с обзиром на то да је још увијек доминантно очекивање да ће чланови породице, у случају потребе, преузети улогу његоватеља. Без обзира на њихову значајну улогу у систему дуготрајне заштите Босне и Херцеговине, па тако и Федерације БиХ и Тузланског кантона, особама које пружају услуге неформалне њега посвећује се врло мало пажње.

3. Методологија истраживања

Истраживање је имало за циљ утврдити системски приступ у планирању, пружању и евалуацији услуга дуготрајне заштите старијих на подручју Тузланског кантона. На основу теоријских полазишта и дефинираног циља истраживања постављена је и полазна хипотеза, која је гласила да је системски приступ у планирању, пружању и евалуацији услуга дуготрајне заштите старијих на подручју Тузланског кантона недовољно развијен. У истраживању су се примјењивале методе анализе садржаја и метода испитивања. Метода анализе садржаја документа се примјењивала у току прикупљања података и анализе научне литературе, као и законских прописа, извјештаја и друге релевантне документације везано за развијеност и заступљеност дуготрајне заштите у оквиру система социјалне сигурности на подручју Тузланског кантона. Метода испитивања је кориштена за прикупљање података у емпиријском дијелу истраживања примјењујући анкету као технику истраживања. Анкетом су се прикупљали подаци о тренутном стању услуга дуготрајне заштите у институцијама и установама социјалне заштите, здравственим установама, те невладиним организацијама. Као инструмент за ово истраживање послужио је наменски креиран упитник. Анкетирање је било анонимно, што је допринијело објективности одговора. Уз упитнике је приложена молба за учешће у истраживању, како би испитаници попунили упитнике и тако попуњене вратили. Исказивање резултата анализе вршено је нумерички, помоћу нумеричких низова, средњих вриједности, ранг-листа и табела. Статистичка обрада података укључивала је израчун сљедећих статистичких вриједности: проценти (%), фреквенција (ф), аритметичка средина (М), стандардна девијација (СД), т-тест (т), Хи-квадрант тест. За израчунавање статистичких података користио се програм SPSS 21.0.

За узорак у оквиру емпиријског истраживања узет је стратификовани узорак, вођењем рачуна о пропорционалној и територијалној заступљености институција и испитаника. Узорак су чинили упоследници, стручни сарадници институција и организација и то: 11 центара за социјални рад са подручју Тузланског кантона (50 испитаника) – Тузла, Добој Исток, Градачац, Сребреник, Челић, Лукавац, Сапна,

Калесија, Живинице, Бановићи, Теочак; 11 здравствених установа (30 испитаника), Јавне здравствене установе – Домови здравља: Тузла, Добој Исток, Градачац, Сребреник, Челић, Лукавац, Сапна, Калесија, Живинице и Бановићи, те јавна здравствена установа Универзитетски клинички центар Тузла; двије установе за смјештај старијих (20 испитаника) и Прихватни центар „Дује” Јавна установа „Дом пензионера” Тузла; и седам невладиних организација (20 испитаника) – Црвени криж: Тузла, Добој Исток, Лукавац, Калесија, Живинице, Бановици и Теочак.

4. Резултати истраживања

4.1. Планирање услуга дуготрајне заштите старијих

Планирање услуга дуготрајне заштите провјерено је кроз 8 индикатора (Табела 1). Израчунати укупни показатељи свих осам индикатора показују да институције/организације планирају услуге дуготрајне заштите старијих *нешто изнад просјека*. У 61,1% случајева институције/организације планирају услуге, док у 23% случајева не планирају услуге дуготрајне заштите старијих, а у 14,2% случајева испитаници нису сигурни са тим да ли планирају. Израчуната аритметичка средина (М) свих индикатора од 1,54 такођер показује да је планирање услуга дуготрајне заштите старијих *нешто изнад просјека* и укупном стандардном девијацијом (СД) од 0,65, што указује на расипање око аритметичке средине.

Највећа фреквенција позитивних одговора (74,1%) односи се на индикатор да стручни радници и сарадници институције/организације раде на информисању старијих о правима, услугама и програмима подршке у свим институцијама/организацијама. Изнадпросјечно су оцијењени индикатори: да организација/институција истражује потребе корисника за услугама дуготрајне заштите старијих у 64,5% случајева, да институција/организација планира услуге дуготрајне заштите за кориснике у 65,4%, да су приликом планирања услуга дуготрајне заштите укључени стручни радници у 66,7%, да су приликом планирања услуга дуготрајне заштите укључени корисници у 59,1%

случајева, те да се приликом планирања услуга дуготрајне заштите врши процјена потреба, способности и интереса корисника у 58,2% случајева. Најлошије су оцијењени индикатори да се услуге дуготрајне заштите системски планирају и да се приликом планирања нових услуга консултују корисници услуга и њихови његоватељи. Услуге се системски планирају у 50,1% случајева, док се у 50,2% случајева приликом планирања нових услуга консултују корисници услуга и њихови његоватељи.

Видљиво је да је у погледу планирања у центрима за социјални рад у доброј мјери укључен рад стручних радника, тако је на питање „Да ли стручни радници и сарадници Ваше институције/организације раде на информисаности старијих о правима, услугама и програмима подршке?“, њих 68,0% одговорило потврдно, стандардне девијације $СД=0.789$, аритметичке средине $М=1.50$. Најмањи број позитивних одговора има питање „Да ли се услуге дуготрајне заштите системски планирају?“, које износи 43,3%, стандардне девијације $СД=0.755$, аритметичке средине $М=1.96$.

Код здравствених установа видљиво је да је у погледу планирања укључен рад стручних радника, тако да је на питање „Да ли Ваша институција/организација планира услуге дуготрајне заштите за кориснике?“, њих 66,7% одговорило потврдно, стандардне девијације $СД=0.894$, аритметичке средине $М=1.60$, као и на питање „Да ли су приликом планирања услуга дуготрајне заштите укључени стручни радници?“. Видљиво је да и остала питања у оквиру планирања имају показатеље око 50,0%. Када је у питању укљученост корисника у ове активности постотак је мањи и износи 43,3%, стандардне девијације $СД=0.947$, аритметичке средине $М=2.00$.

На основу постављеног питања у оквиру анкетног упитника испитаницима установа социјалне заштите видљиво је да је у погледу планирања такођер у доброј мјери укључен рад стручних радника. Тако су на питања „Да ли Ваша организација/институција истражује потребе корисника за услугама дуготрајне заштите?“, „Да ли Ваша институција/организација планира услуге дуготрајне заштите за кориснике?“, „Да ли су приликом планирања услуга дуготрајне заштите укључени стручни радници?“, „Да ли се услуге дуготрајне заштите системски планирају?“, од укупног броја ($N=20$), сви потврдно одго-

ворили, па је заступљено са 100,0%, док је на питање „Да ли су приликом планирања услуга дуготрајне заштите укључени корисници?“ њих 95,0% одговорило потврдно, као и на питање „Да ли се приликом планирања услуга дуготрајне заштите врши процјена потреба, способности и интересовања корисника?“. Видљиво је да је на питање „Да ли стручни радници и сарадници Ваше институције/организације раде на информисаности старијих о правима, услугама и програмима подршке?“ одговорено са 75,0%, док је на питање „Да ли се приликом планирања нових услуга консултују корисници услуга и њихови његоватељи?“ 70,0% датих потврдних одговора.

Невладине организације су највише потврдних одговора дале на питање „Да ли стручни радници и сарадници Ваше институције/организације раде на информисаности старијих о правима, услугама и програмима подршке?“. Њих 90,0% одговорило је потврдно, стандардне девијације $СД=0.308$, артиметичке средине $М=1,10$, док је најмањи број потврдних одговора на питању „Да ли се услуге дуготрајне заштите системски планирају?“ свега 25,0%, стандардне девијације $СД=0.587$, артиметичке средине $М=1,85$.

Табела 1. Планирање услуга дуготрајне заштите старијих

Планирање услуга дуготрајне заштите	Установа/институција	Н	СД	М	ДА	НЕ	Нисам сигуран/на
					н/ф	н/ф	н/ф
Да ли Ваша организација/институција истражује потребе корисника за услугама дуготрајне заштите старијих?	Центар за социјални рад	50	0,64	1,72	19	26	5
					38%	52%	10%
	Здравствена установа	30	0,923	1,83	15	3	10
					50%	10%	33%
	Установа социјалне заштите	20	0,000	1,00	20	0	0
					100%	0%	0%
	Невладина организација	20	0,587	1,35	14	5	1
					70%	25%	5%

Да ли Ваша институција/ организација планира услуге дуготрајне заштите за кориснике?	Центар за социјални рад	50	0,67	1,60	25	20	5
					50%	40%	10%
	Здравствена установа	30	0,894	1,60	20	0	8
					67%	0%	27%
	Установа социјалне заштите	20	0,000	1,00	20	0	0
					100%	0%	0%
Да ли су приликом планирања услуга дуготрајне заштите укључени стручни радници?	Центар за социјални рад	50	0,670	1,60	25	20	5
					50%	40%	10%
	Здравствена установа	30	0,894	1,60	20	0	8
					67%	0%	27%
	Установа социјалне заштите	20	0,000	1,00	20	0	0
					100%	0%	0%
Да ли су приликом планирања услуга дуготрајне заштите укључени корисници?	Центар за социјални рад	50	0,763	1,70	24	17	9
					48%	34%	18%
	Здравствена установа	30	0,947	2,00	13	2	13
					43%	7%	43%
	Установа социјалне заштите	20	0,000	1,00	19	1	0
					95%	5%	0%
	Невладина организација	20	0,605	1,55	10	9	1
					50%	45%	5%

Да ли стручни радници и сарадници Ваше институције/ организације раде на информисању старијих о правима, услугама и програмима подршке?	Центар за социјални рад	50	0,789	1,50	34	7	9
					68%	14%	18%
	Здравствена установа	30	0,855	1,60	19	2	7
					63%	7%	23%
	Установа социјалне заштите	20	0,444	1,25	15	5	0
					75%	25%	0%
	Невладина организација	20	0,308	1,10	18	2	0
					90%	10%	0%
Да ли се услуге дуготрајне заштите системски планирају?	Центар за социјални рад	50	0,755	1,96	15	22	13
					30%	44%	26%
	Здравствена установа	30	0,923	1,90	14	3	11
					47%	10%	37%
	Установа социјалне заштите	20	0,000	1,00	20	0	0
					100%	0%	0%
	Невладина организација	20	0,587	1,85	5	13	2
					25%	65%	10%
Да ли се приликом планирања нових услуга консултују корисници услуга и њихови његоватељи?	Центар за социјални рад	50	0,771	1,76	22	18	10
					44%	36%	20%
	Здравствена установа	30	0,944	1,93	14	2	12
					47%	7%	40%
	Установа социјалне заштите	20	0,470	1,30	14	6	0
					70%	30%	0%
	Невладина организација	20	0,587	1,65	8	11	1
					40%	55%	5%

Да ли се приликом планирања услуга дуготрајне заштите врши процјена потреба, способности и интереса корисника?	Центар за социјални рад	50	0,804	1,76	23	16	11
					46%	32%	22%
	Здравствена установа	30	1,000	2,00	14	0	14
					47%	0%	47%
	Установа социјалне заштите	20	2,236	1,50	19	1	0
					95%	5%	0%
	Невладина организација	20	0,598	1,60	9	10	1
					45%	50%	5%

4.2. Пружање услуга дуготрајне заштите старијих

Пружање услуга дуготрајне заштите провјерено је кроз 8 индикатора (Табела 2). Израчунати укупни показатељи свих осам индикатора показују да институције/организације пружају услуге дуготрајне заштите старијих на системски квалитетан начин *нешто изнад просјека*. Институције/организације пружају услуге на системски квалитетан начин у 65,9% случајева, док у 16,8% случајева не пружају услуге дуготрајне заштите старијих на системски квалитетан начин, а у 17,2% случајева испитаници нису сигурни. Израчуната аритметичка средина (М) свих индикатора од 1,52 такођер показује да је пружање услуга дуготрајне заштите старијих на системски квалитетан начин нешто изнад просјека и укупном стандардном девијацијом (СД) од 0,68, што указује на расипање око аритметичке средине.

Највећа фреквенција позитивних одговора (80,2%) односи се на индикатор да институција/организација приликом пружања услуга дуготрајне заштите остварује сарадњу са другим институцијама/организацијама, и то у свим институцијама/организацијама. Изнад-просјечно су оцијењени индикатори: услуге дуготрајне заштите које се пружају у институцији/организацији једнако су доступне свим корисницима у 71,0% случајева; институција/организација покреће програме додатног оспособљавања стручних радника у циљу бољег пружања услуга у 64,1% случајева; особама са инвалидитетом омогућен

је прилаз мјесту гдје се пружа услуга у 73,5% случајева; постоји координација социјалног, здравственог и неформалног сектора у пружању услуга дуготрајне заштите старијих у 71,7% случајева; услуге дуготрајне заштите се пружају у складу са најбољом праксом и договореним стандардима квалитета у 59,3% случајева. Најлошије су оцијењени индикатори: стручни радници и особље ангажовано на непосредном пружању услуга дуготрајне заштите су прошли акредитовану обуку, само 54,4% случаја, те стручни радник израђује план пружања услуга дуготрајне заштите за кориснике на индивидуалном нивоу само у 53,0% случаја.

Анализом података из центара за социјални рад, приказаних у табели, утврђено је да на питање „Да ли Ваша институција/организација приликом пружања услуга дуготрајне заштите остварује сарадњу са другим институцијама/организацијама?” има 84,0% потврдних одговора, стандардне девијације $СД=0.495$ и аритметичке средине $М=1,20$, док најмање потврдних одговора има питање „Да ли су стручни радници и особље ангажовано на непосредном пружању услуга дуготрајне заштите прошли акредитовану обуку?”, са 36,0%, стандардне девијације $СД=0.738$ и аритметичке средине $М=1,84$.

У одговорима здравствених установа највећи је постотак на питању „Да ли су услуге дуготрајне заштите које пружате у Вашој институцији/организацији једнако доступне свим корисницима?” и питању „Да ли је особама са инвалидитетом омогућен прилаз мјесту гдје се пружа услуга?”, 80,0% потврдних одговора, стандардне девијације $СД=0.651$ и $0,583$, аритметичке средине $М=1,30$ и $1,27$, док најмање потврдних одговора има питање „Да ли као стручни радник израђујете план пружања услуга дуготрајне заштите за кориснике на индивидуалном нивоу?” са 40,0%, стандардне девијације $СД=0.819$ и аритметичке средине $М=1,87$.

Анализом података установа социјалне заштите утврђено је да на питања: „Да ли Ваша институција/организација покреће програме додатног оспособљавања стручних радника у циљу бољег пружања услуга?”, „Да ли као стручни радник израђујете план пружања услуга дуготрајне заштите за кориснике на индивидуалном нивоу?”, „Да ли је особама са инвалидитетом омогућен прилаз мјесту гдје се пружа услуга?”, „Да ли Ваша институција/организација приликом пружања

услуга дуготрајне заштите остварује сарадњу са другим институцијама/организацијама?” и „Да ли постоји координација социјалног, здравственог и неформалног сектора у пружању услуга дуготрајне заштите старијих?”, има 100,0% потврдних одговора, стандардне девијације $СД=0,000$ и аритметичке средине $М=1,00$. Најмање одговора је на питању „Да ли пружате услуге дуготрајне заштите у складу са најбољом праксом и договореним стандардима квалитете?”, свега $Н=11$ или 55,0%, стандардне девијације $СД=0,988$, аритметичке средине $М=1,85$.

Код невладиних организација има највише потврдних одговора на питању „Да ли постоји координација социјалног, здравственог и неформалног сектора у пружању услуга дуготрајне заштите старијих?”, са 70,0% потврдних одговора, стандардне девијације $СД=0,887$, аритметичке средине $М=1,55$, а најмање је на питању „Да ли као стручни радник израђујете план пружања услуга дуготрајне заштите за кориснике на индивидуалном нивоу?”, свега 30,0%, стандардне девијације $СД=0,852$, аритметичке средине $М=2,10$.

Табела 2. Пружање услуга дуготрајне заштите старијих

Пружање услуга дуготрајне заштите старијих	Установа/институција	Н	СД	М	ДА	НЕ	Нисам сигуран/на
					н/ф	н/ф	н/ф
Да ли су услуге дуготрајне заштите које пружате у Вашој институцији/организацији једнако доступне свим корисницима?	Центар за социјални рад	50	0,758	1,42	37	5	8
					74%	10%	16%
	Здравствена установа	30	0,651	1,30	24	3	3
					80%	10%	10%
	Установа социјалне заштите	20	0,821	1,40	16	0	4
					80%	0%	20%
	Невладина организација	20	0,894	1,80	10	4	6
					50%	20%	30%

Да ли су стручни радници и особље ангажовано на непосредном пружању услуга дуготрајне заштите прошли акредитовану обуку?	Центар за социјални рад	50	0,738	1,84	18	22	10
					36%	44%	20%
	Здравствена установа	30	0,777	1,50	20	5	5
					67%	17%	17%
	Установа социјалне заштите	20	0,686	1,45	13	5	2
					65%	25%	10%
Да ли Ваша институција/ организација покреће програме додатног оспособљавања стручних радника у циљу бољег пружања услуга?	Центар за социјални рад	50	0,728	1,80	19	22	9
					38%	44%	18%
	Здравствена установа	30	0,855	1,60	19	4	7
					63%	13%	23%
	Установа социјалне заштите	20	0,000	1,00	20	0	0
					100%	0%	0%
Да ли као стручни радник израђујете план пружања услуга дуготрајне заштите за кориснике на индивидуалном нивоу?	Центар за социјални рад	50	0,701	1,72	11	6	3
					55%	30%	15%
	Здравствена установа	30	0,819	1,87	21	22	7
					42%	44%	14%
	Установа социјалне заштите	20	0,000	1,00	12	10	8
					40%	33%	27%
	Невладина организација	20	0,852	2,10	20	0	0
					100%	0%	0%
	Невладина организација	20	0,852	2,10	6	6	8
					30%	30%	40%

Да ли је особама са инвалидитетом омогућен прилаз мјесту гдје се пружа услуга?	Центар за социјални рад	50	0,644	1,44	32	14	4
					64%	28%	8%
	Здравствена установа	30	0,583	1,27	24	4	2
					80%	13%	7%
	Установа социјалне заштите	20	0,000	1,00	20	0	0
					100%	0%	0%
Да ли Ваша институција/ организација приликом пружања услуга дуготрајне заштите остварује сарадњу са другим институцијама/ организацијама?	Центар за социјални рад	50	0,495	1,20	42	6	2
					84%	12%	4%
	Здравствена установа	30	0,718	1,37	23	3	4
					77%	10%	13%
	Установа социјалне заштите	20	0,000	1,00	20	0	0
					100%	0%	0%
Да ли постоји координација социјалног, здравственог и неформалног сектора у пружању услуга дуготрајне заштите старијима?	Центар за социјални рад	50	0,808	1,6	30	10	10
					60%	20%	20%
	Здравствена установа	30	0,935	1,77	17	3	10
					57%	10%	33%
	Установа социјалне заштите	20	0,000	1,00	20	0	0
					100%	0%	0%
	Невладина организација	20	0,887	1,55	14	1	5
					70%	5%	25%

Да ли пружате услуге дуготрајне заштите у складу са најбољом праксом и договореним стандардима квалитета?	Центар за социјални рад	50	1,57	1,94	26	9	14
					52%	18%	28%
	Здравствена установа	30	0,728	1,43	21	5	4
					70%	17%	13%
	Установа социјалне заштите	20	0,988	1,85	11	1	8
					55%	5%	40%
	Невладина организација	20	0,759	1,55	12	5	3
					60%	25%	15%

4.3. Евалуација услуга дуготрајне заштите старијих

Евалуација услуга дуготрајне заштите провјерена је кроз 6 индикатора (Табела 3). Израчунати укупни показатељи свих шест индикатора показују да институције/организације врше евалуацију услуга дуготрајне заштите старијих *нешто изнад просјека*. Институције/организације врше евалуацију услуга дуготрајне заштите старијих у 64,7% случајева, док у 18,2% случајева не врше евалуацију услуга дуготрајне заштите старијих, а у 17,1% случајева испитаници нису сигурни. Израчуната аритметичка средина (М) свих индикатора од 1,54 показује да је евалуација услуга дуготрајне заштите старијих нешто изнад просјека и укупном стандардном девијацијом (СД) од 0,67, што указује на расипање око аритметичке средине.

Највећа фреквенција позитивних одговора односи се на индикаторе да постоји потреба за унапређењем постојећих услуга дуготрајне заштите у 74,4% случајева, те да постоји потреба за креирањем нових услуга дуготрајне заштите у складу са потребама корисника које недостају у институцији/организацији у 70,3% случајева у свим институцијама/организацијама. Изнадпросјечно су оцијењени индикатори: да се истражује колико су корисници задовољни услугама дуготрајне заштите које се пружају у 65,7% случајева; да институција/организација испитује задовољство корисника начином пружања услуга у 69,0% случајева; те да институција/организација процјењује квалитету пружених услуга у 65,7% случајева. Најлошије је оцијењен индикатор да

постојеће услуге дуготрајне заштите старијих задовољавају потребе старијих у само 43,1% случаја.

Резултати истраживања за евалуацију услуга дуготрајне заштите старијих у центрима за социјални рад показују да је највећа фреквенција позитивних одговора на питању „Да ли постоји потреба за унапређењем постојећих услуга дуготрајне заштите?” са 66,0% потврдних одговора, стандардне девијације $СД=1,541$, аритметичке средине $М=1,70$, док остала питања имају испод 17,0% потврдних одговора.

Статистички показатељи код здравствених установа говоре да највише потврдних одговора има на питању „Да ли Ваша институција/организација испитује задовољство корисника начином пружања услуга?”, гдје је већина или 80,0% дала потврдан одговор, стандардне девијације $СД=0,583$, аритметичке средине $М=1,27$. Видљиво је да су и остали одговори у постављеном упитнику изнад 50,0%, што нам говори да се посвећује пажња када је у питању евалуација, а најмање потврдних одговора је на питању „Да ли постојеће услуге дуготрајне заштите старијих задовољавају потребе старијих?”, са 43,3% потврдних одговора стандардне девијације $СД=0,907$, аритметичке средине $М=1,93$.

Код установа социјалне заштите на постављена питања „Да ли истражујете колико су Ваши корисници задовољни услугама дуготрајне заштите које пружате?”, „Да ли Ваша институција/организација испитује задовољство корисника начином пружања услуга?” и „Да ли Ваша институција/организација процјењује квалитет пружених услуга?”, има 100,0% позитивних одговора, стандардне девијације $СД=0,000$ и аритметичке средине $М=1,00$, а најмање је на питању „Да ли постојеће услуге дуготрајне заштите старијих задовољавају потребе старијих?”, свега $N=9$ (55,0%), стандардне девијације $СД=0,912$, аритметичке средине $М=1,90$.

Код невладиних организација највише потврдних одговора има на питању „Да ли Ваша институција/организација испитује задовољство корисника начином пружања услуга?” 80,0%, стандардне девијације $СД=0,410$, аритметичке средине $М=1,20$, а најмање је на питању „Да ли постојеће услуге дуготрајне заштите старијих задовољавају потребе старијих?”, свега $N=10$ (50,0%), стандардне девијације $СД=0,968$, аритметичке средине $М=1,90$.

Табела 3. Евалуација услуга дуготрајне заштите старијих

Евалуација услуга дуготрајне заштите	Установа/институција	Н	СД	М	ДА	НЕ	Нисам сигуран/на
					н/ф	н/ф	н/ф
Да ли истражујете колико су Ваши корисници задовољни услугама дуготрајне заштите које пружате?	Центар за социјални рад	50	0,681	2,16	8	26	16
					16%	52%	32%
	Здравствена установа	30	0,596	1,30	23	5	2
					77%	17%	7%
	Установа социјалне заштите	20	0,000	1,00	20	0	0
					100%	0%	0%
	Невладина организација	20	0,470	1,30	14	6	0
					70%	30%	0%
Да ли Ваша институција/организација испитује задовољство корисника начином пружања услуга?	Центар за социјални рад	50	0,62	2,18	8	31	11
					16%	62%	22%
	Здравствена установа	30	0,583	1,27	24	4	2
					80%	13%	7%
	Установа социјалне заштите	20	0,000	1,00	20	0	0
					100%	0%	0%
	Невладина организација	20	0,410	1,200	16	4	0
					80%	20%	0%
Да ли Ваша институција/организација процјењује квалитету пружених услуга?	Центар за социјални рад	50	0,691	2,18	8	25	17
					16%	50%	34%
	Здравствена установа	30	0,661	1,33	23	4	3
					77%	13%	10%
	Установа социјалне заштите	20	0,000	1,00	20	0	0
					100%	0%	0%
	Невладина организација	20	0,681	1,40	14	4	2
					70%	20%	10%

Да ли постојеће услуге дуготрајне заштите старијих задовољавају потребе старијих?	Центар за социјални рад	50	0,877	2,08	17	12	21
					34%	24%	42%
	Здравствена установа	30	0,907	1,93	13	6	11
					43%	20%	37%
	Установа социјалне заштите	20	0,912	1,90	9	4	7
					45%	20%	35%
	Невладина организација	20	0,968	1,90	10	2	8
					50%	10%	40%
Да ли постоји потреба за унапређењем постојећих услуга дуготрајне заштите?	Центар за социјални рад	50	1,541	1,70	33	9	8
					66%	18%	16%
	Здравствена установа	30	0,661	1,33	23	4	3
					77%	13%	10%
	Установа социјалне заштите	20	0,733	1,30	17	0	3
					85%	0%	15%
	Невладина организација	20	0,887	1,55	14	1	5
					70%	5%	25%
Да ли постоји потреба за креирање нових услуга дуготрајне заштите у складу са потребама корисника које недостају Вашој институцији/организацији?	Центар за социјални рад	50	0,802	1,64	28	12	10
					56%	24%	20%
	Здравствена установа	30	0,675	1,40	21	6	3
					70%	20%	10%
	Установа социјалне заштите	20	0,733	1,30	17	0	3
					85%	0%	15%
	Невладина организација	20	0,887	1,55	14	1	5
					70%	5%	25%

За доказивање постављене хипотезе користили смо упоредне статистичке параметре приказане у табелама (Табеле 1, 2 и 3). У табели (Табела 4) је приказан Т-тест, значајност једнакости варијанси по Левелу (Сиг. или p вриједност) који износи 0,275. Уз претпоставку

једнаке варијанце, „t” вриједност је -0,488. На основу резултата одговора о планирању, пружању и евалуацији услуга дуготрајне заштите старијих у организацијама и институцијама, те статистичком обрадом у свим институцијама и организацијама, резултати истраживања показују да укупан збир одговора потврђује да је потврдних одговора дало нешто мало изнад просјека (63,9%), на основу чега се може прихватити полазна хипотеза да је системски приступ у планирању, пружању и евалуацији услуга дуготрајне заштите старијих на подручју Тузланског кантона недовољно развијен.

Табела 4. Т-тест једнакости варијанси по Левелу

		Тест једнакости варијанси по Левелу		Т-тест за једнаке вриједности				
		Ф	Сиг.	т	дф	Сиг. (2-таилед)	Средња разлика	Стд. погрешна разлика
Планирање, пружање, евалуација услуга	Једнаке предпостављене варијансе	1,271	,275	-,488	17	,631	- ,235	,482
	Неједнаке предпостављене варијансе			-1,461	16,000	,163	- ,235	,161

Према тесту једнакости варијанси по Левелу, видимо да су једнаке претпостављене варијансе, јер је Сиг. већа од 0,05. На основу тестирања хипотезе, Т-тест износи 0,275, те закључујемо да не постоји статистички значајна разлика међу скупинама када је у питању планирање услуга, пружање услуга и евалуација у систему социјалне сигурности у оквиру дуготрајне заштите старијих, те да је системски приступ у планирању, пружању и евалуацији услуга дуготрајне заштите старијих недовољно развијен.

Закључак

У условима очекиваног продужења животног вијека и све израженијег старења становништва обезбјеђење дуготрајне заштите за старије једно је од питања са којим се Босна и Херцеговина већ суочава. Повећање заступљености старијих у укупној популацији захтијева посебну пажњу цјелокупне друштвене заједнице, посебно здравственог и социјалног сектора, како би се правовремено и ефикасно могло реаговати на повећане потребе ове вулнерабилне групе. Старење становништва, као и све лабавије породичне везе, те повећање партиципације жена на тржишту рада, јасно указује да услуге дуготрајне заштите старијих постају од кључног значаја за добробит и благостање старијих.

Дуготрајна заштита представља у ствари систем активности подузетих од стране неформалних пружаоца услуга (као што су породица, родбина, комшије) и/или професионалних (здравствених, социјалних), како би осигурали да особе које нису у стању бринути се о себи могу достићи највећи могући квалитет живота, али такођер са највећим могућим степеном независности и учешћа.

Најзначајнији дио дуготрајне заштите старијих у Босни и Херцеговини обухвата услуге здравствене и социјалне заштите, које се пружају у ванинституционалном или у институционалном окружењу појединцима којима је неопходна подршка у обављању свакодневних активности током дужег временског периода. Међутим, систем дуготрајне заштите у великој је мјери занемарен, са скромним новчаним накнадама и неразвијеним услугама. Досадашња истраживања указују на то да као такав он не одговара потребама особа којима је дуготрајна заштита намијењена, а то су најчешће старији, дјеца са инвалидитетом, те особе са инвалидитетом које не могу бринути о себи.

Резултати овог истраживања указују на то да је системски приступ у планирању, пружању и евалуацији услуга дуготрајне заштите старијих на подручју Тузланског кантона недовољно развијен. Изнастанак адекватног системског приступа, по питању дуготрајне заштите старијих, указује на то да је још увијек присутно очекивање да ће чланови породице, у случају потребе, преузети улогу његоватеља.

У односу на планирање услуга дуготрајне заштите утврђено је да институције и организације система недовољно системски планирају услуге дуготрајне заштите старијих, те да приликом планирања нових услуга недовољно консултују кориснике услуга и њихове његоватеље. Утврђено је да значајан дио стручних радника и сарадника институција и организација раде на информисању старијих о правима, услугама и програмима подршке.

Истраживањем је утврђено да се услуге дуготрајне заштите старијих недовољно пружају на системски квалитетан начин. Узрок недовољног пружања услуга на системски и квалитетан начин је чињеница да значајан број стручних радника и особља ангажованог на непосредном пружању услуга дуготрајне заштите нису прошли акредитовану обуку, те да се недовољно израђују планови пружања услуга дуготрајне заштите за кориснике на индивидуалном нивоу. Утврђено је да већи број институција и организација приликом пружања услуга дуготрајне заштите остварује сарадњу са другим институцијама и организацијама, што у значајној мјери доприноси успостављању системске сарадње у пружању услуга дуготрајне заштите старијих.

Евалуација пружања услуга као важан сегмент квалитете услуга у институцијама и организацијама недовољно је заступљена. Иако већина институција и организација не врши евалуацију услуга истраживањем је утврђено да и постојеће услуге дуготрајне заштите старијих исподпросјечно задовољавају потребе старијих. С тим у вези, велики број институција и организација сматра да постоји потреба за унапређењем постојећих услуга дуготрајне заштите, те да постоји потреба за креирањем нових услуга дуготрајне заштите у складу са потребама корисника које недостају у институцијама и организацијама система.

Литература

- EC – European Commission (2018). *Demographic and Human Capital Scenarios for the 21st Century*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Federalni zavod za statistiku (2020). *Projekcije stanovništva Federacije Bosne i Hercegovine 2020–2070*. Dostupno na: PROJEKCIJE-STANOVNIŠTVA-FBiH-2020_2070_bos.pdf (fzs.ba) (preuzeto: 13.11.2023).

- Federalni zavod za statistiku (2023a). *Federacija Bosne i Hercegovine u brojkama*. Dostupno na: <https://fzs.ba/wp-content/uploads/2023/07/Federacija-BiH-u-brojkama-2023.pdf> (preuzeto: 13.11.2023).
- Federalni zavod za statistiku (2023b). *Mjesečni statistički pregled Federacije BiH po kantonima*. Dostupno na: <https://fzs.ba/wp-content/uploads/2023/10/Mjese%C4%8Dni-statisti%C4%8Dki-pregled-po-kantonima-10.pdf> (preuzeto: 13.11.2023).
- Lundsgaard, J. (2005). *Consumer direction and choice in long-term care for older persons*. Paris: OECD Publishing.
- Matković, G., Stanić, K. (2014). *Socijalna zaštita u starosti: dugotrajna nega i socijalne penzije*. Beograd: Fakultet za ekonomiju, finansije i administraciju Beograd, Centar za socijalnu politiku Beograd, Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva.
- Miković, M. (2010/2011). Socijalni status, potrebe i briga o starijim osobama u BiH. *FPN godišnjak*, 2010/2011: 303–313.
- OECD (2017). *A System of Health Accounts*. Available at <https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm> (Accessed on 13.11.2023).
- OECD (2011). *Pension at Glance: Retirement-Income Systems in OECD and G20 Countries*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2007). *Long-term Care: A Complex Challenge*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2005). *Pension at Glance: Public Policies across OECD Countries*. Paris: OECD Publishing.
- Pratt, J. (2010). *Long-Term Care: Managing Across the Continuum*. Burlington: Jones & Bartlett Publishers.
- Puljiz, V. (2015). Starenje stanovništva – izazov socijalne politike. *Revija za socijalnu politiku*, 23(1): 81–98.
- SPC-EC – Social Protection Committee and the European Commission (2014). *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- WHO – World Health Organization (2013). *Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course*. Geneva: World Health Organization.
- WHO – World Health Organization (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization.
- Zakon o osnovama socijalne zaštite, zaštite civilnih žrtava rata i zaštite porodice sa djecom Federacije BiH. *Sl. novine FBiH*, br. 36/99, 54/04, 39/06 i 14/09.
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti. *Sl. novine FBiH*, br. 46/2010 i 75/2013.
- Zakon o zdravstvenom osiguranju Federacije BiH. *Službene novine Federacije BiH*, br. 30/1997, 7/2002, 70/2008, 48/2011, 100/2014 – odluka US, 36/2018 i 61/2022.

Asim Pandzic

A SYSTEMATIC APPROACH TO LONG-TERM CARE FOR THE ELDERLY IN TUZLA CANTON

Abstract

Population aging has a significant effect upon the growth rate of the number of the elderly in need of care. Especially when considering increased degree of deterioration of health in later life, the need for long-term care services is becoming increasingly critical. The system of long-term care for the elderly in Bosnia and Herzegovina is largely neglected, with low cash benefits and relatively underdeveloped services provided in non-institutional or institutional settings to individuals in need of long-term support in carrying out their daily activities. Various demographic, health-related, social and other trends indicate that the need for long-term care will inevitably grow in the near future. Taking into account the mentioned trends, the goal of this research was to determine the systematic approach to planning, providing and evaluating long-term care services for the elderly in Tuzla Canton. The paper used the methods of content analysis and a survey, for which a sample, consisting of 120 professional workers and associates of institutions and organizations from social and health care services, was created. For the purpose of data collection, a special questionnaire-based instrument was constructed. For data analysis and hypothesis testing, data was sorted and processed using the SPSS statistical package. Based on the analysis of empirical results, it can be concluded that the systematic approach to planning, provision and evaluation of long-term care services for the elderly in Tuzla Canton is underdeveloped, which indicates that there is still an expectation that family members, in the event of a need for long-term care, will take on the role of caregiver.

Keywords: long-term care, the elderly, services, Tuzla Canton.

Прегледни научни рад
УДК 613-056.24:616.89-008.434.37

364-54-053.9

Рад послат: 25.11.2023.

Рад прихваћен: 4.12.2023.

Милица Глишић*

Универзитет у Београду – Факултет политичких наука

КОНЦЕПТ КВАЛИТЕТА ЖИВОТА ОСОБА СА ДЕМЕНЦИЈОМ НА РЕЗИДЕНЦИЈАЛНОМ СМЕШТАЈУ

Резиме: Концепт квалитета живота, као мултидимензионални и комплексан концепт, важан је за разумевање особа са деменцијом на резиденцијалном смештају, како би се идентификовали кључни изазови и размотриле могуће перспективе за унапређење њиховог живота. Овај рад пружа анализу и приказ кључних аспеката квалитета живота особа са деменцијом, узимајући у обзир и ширу слику, тј. актуелне демографске трендове, здравствене аспекте деменције, али и интервенције у раду које се користе ради побољшања квалитета живота. У Србији су оксудна истраживања на тему квалитета живота особа са деменцијом на резиденцијалном смештају, а такође и компаративне анализе између услуга које се пружају у приватним и јавним домовима за смештај одраслих и старијих. Ова анализа има за циљ да пружи допринос бољем разумевању концепта квалитета живота и деменције нудећи основу за даља, продубљена емпиријска истраживања у овој области.

Кључне речи: квалитет живота, особе са деменцијом, резиденцијални смештај, старост

1. Увод

Старење, старост и квалитет живота особа трећег животног доба су теме које све више добијају на значају и привлаче пажњу научних радника, истраживача и шире јавности. Разлог за актуелизацију питања старости и старења лежи у повећању удела старијих у укупној

* Сарадник у настави, milica.glisic@fpn.bg.ac.rs

популацији, а која неминовно има импликације у друштвеном и економском смислу. Са порастом броја старијих у друштву расте потреба како за услугама у заједници тако и за дугорочним облицима заштите, а између осталог и институционалним збрињавањем старијих, зато што савремене породице све мање могу да одговоре на потребе старијих. Научна литература из психологије, социологије, социјалног рада и социјалне политике све више говори о породици која је у кризи и која не може адекватно да задовољи потребе старијих, као и о све тежим могућностима да се одржи квалитет живота у старости. Проблем представља то што се највећи део старања и бриге одвија унутар породице, али није изгледно да ће тако остати у будућности, што ће неминовно појачати притисак на капацитете заједнице за бригу о старијима. Један од основних циљева савременог друштва је спровођење мера које теже да омогуће активно и достојанствено старење, квалитетан живот старијих и међугенерациску солидарност. Све ово тражи одговор на питања какав је данас квалитет живота старијих у домском смештају и каква је њихова перспектива живота у старости.

Старење становништва је један од светских изазова 21. века. Савремено друштво се сусреће са три велика изазова: смањење фертилитета, продужење очекиваног трајања живота и повећање удела старијих (Стоилковић, Динић 2012). Истраживање демографских аспеката старења се намеће као потреба, зато што старење популације има импликације на економију, здравство и социјалну заштиту у различитим аспектима и на различитим нивоима. Будуће потребе здравствене неге и социјалне бриге за старије са деменцијом је тешко предвидети. Да би се то постигло неопходно је да се анализирају демографски трендови на глобалном и националном нивоу (Marshall 2006).

У многим европским земљама појавили су се докази о недостацима квалитета живота у домовима, од неадекватне физичке инфраструктуре до озбиљног проблема занемаривања и злоупотребе корисника. Одговор на такве недостатке је осигурање стандарда бриге, а саме реформе су усмерене на квалитет неге, а не на квалитет живота (OECD 2005; према Cooney, Murphy, O'Shea 2009). Ова чињеница и није изненађење, ако се узме у обзир да постоје тешкоће у мерењу и дефинисању индикатора квалитета живота, с обзиром на постојање великог броја индикатора.

Поставља се питање: *зашто је концепт квалитета живота значајан за старије особе са деменцијом на резиденцијалном смештају у Србији?* Старији и одрасли који се налазе на резиденцијалном смештају доживели су губитак независности и приватности, услед добијања дугорочне неге, а особе са деменцијом имају и губитак когнитивних функција. И поред тога, код њих и даље постоји потреба за контролом, флексибилношћу и животима који су „нормални” (Кане 2001). У овом раду, анализом доступне научне литературе објашњава се концепт квалитета живота особа са деменцијом на резиденцијалном смештају, приступи у раду и интервенције које се користе у циљу постизања опште добробити.

2. Демографска слика старења – глобални трендови

Према подацима ЕВРОСТАТ-а, у земљама Европске уније видљив је тренд повећања удела старијих у укупној популацији и смањења удела младих и радно способних. Подаци из 2017. године показују да је удео младих (0–14 година) у укупној популацији 15,6%; радно способних (15–64 година) 64,9%; а удео старијих од 65 година је 19,4%. У 2020. години у ЕУ-27 удео младих (0–14 година) износио је 15,2%; удео радно способних (15–64 године) 64,6%, а удео старијих (изнад 65 година) 20,6%. Најновији подаци из 2022. године показују да је у земљама ЕУ удео младих (0–14 година) 15%, радно способних (15–64 године) 63,9%, а удео старијих (65+ година) 21,1%. Пројекције су да ће до 2100. године континуирано расти удео старијих у укупној популацији ЕУ, а посебно важан аспект старења становништва је прогресивно старење старијих од 80 година. Предвиђа се да ће се удео старијих од 80 година у периоду од 2019. до 2100. године повећати са 5,8% на 14,6% (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news>) (Табела 1).

Табела 1. Упоредни приказ демографске структуре становништва у земљама ЕУ-27

	2017. година	2020. година	2022. година
Млади (0–14 година)	15,6%	15,2%	15%
Радно способни (15–64 година)	64,9%	64,6%	63,9%
Старији (65+ година)	19,4%	20,6%	21,1%

Извор: Eurostat, 2023.

Поредећи напред наведене резултате уочавамо тренд повећања удела старије популације, а смањења радно способних и младих. Европски континент је водећи у свету по старењу популације. Скоро четвртина европског становништва је старија од 60 година, са процен-туалним уделом у укупној популацији од 24%. Посматрано у дужем временском периоду, удео Европљана у укупном светском стано-вништву стално је опадао. Године 1900. износио је 27%, сада износи 12%, а према прогнозама 2100. године ће износити свега 7% (Turkalov, Rašević, Nićiforović-Šurković, Marjanović 2006). Попут свих развије-них земаља, и Сједињене Америчке Државе и Јапан се суочавају са последицама старења становништва. Особе са 65 и више година чине 13% укупне популације у САД, а сматра се да ће у наредних 30 годи-на њихов удео у укупној популацији порасти на 22,9%. У Јапану је, такође, приметан процес старења становништва, а Јапан је сврстан међу земље са најстаријим становништвом. Процене су да ће до 2025. године у Јапану 32,9% становника имати преко 60 година (Turkalov, Rašević, Nićiforović-Šurković, Marjanović 2006). Узимајући у обзир про-мене у демографској структури, које недвосмислено указују на кон-тинуирани процес старења светске популације, међународне органи-зације и националне државе треба да се темељно баве овом темом у циљу изналагања адекватних решења за очување квалитета живота старијих и пружања адекватне бриге и неге.

2.1. Демографска структура Србије

Ни Србију не заобилазе промене демографских структура које се огледају у паду фертилитета и повећања старије популације. Подаци Пописа из 2022. године показују да је у укупном становништву удео младих (0–14 година) 14,37%, радно способних (15–64 године) 63,53%, а старијих (65+ година) 22,1% (RZS 2022). Анализирајући и компарирајући податке Европске уније и Републике Србије примећујемо да их карактерише:

1. Смањење броја популације младих, као последица смањења фертилитета,
2. Смањење популације радно способних и
3. Повећање популације старијих.

Услед оваквих тенденција, бројне су импликације на системе здравства, економије и социјалне заштите и оне захтевају реаговање државе у смислу већих новчаних издатака, креирања нових услуга и унапређења постојећих. Транзиција кроз коју Србија пролази последњих 20 година поспешила је детерминанте које утичу на репродуктивне норме, док је капацитет друштва и државе да реагује на неповољна кретања смањен. Према студији Светске банке о старењу становништва у источној Европи и бившем Совјетском Савезу (2007), Србија је остарела земља која је касно ушла у процес реформи и стога ће се суочити са највећим изазовима, узимајући у обзир и неразвијене институције и изражено старење (Matković 2012). Обезбеђивање дуготрајне заштите за све већи број старијих, у условима очекиваног продужења живота, како у добром здрављу тако и све више код старијих са инвалидитетима, чињеница је са којом ће Србија морати да се суочи и која ће добијати све више пажње. Стога циљ промене политика државе треба да омогући старијима да остану активни чланови друштва, да воде достојанствен живот, да имају слободу избора, а да старијима који живе у институцијама социјалне заштите пружи одговарајућу подршку, поштовање и партиципацију у доношењу одлука које се односе на услове живота у институцији.

Међу популацијом старијих, значајан број њих се суочава са различитим облицима болести, а како су фокус овог рада особе са демен-

цијом важна је дубља анализа трендова који се односе на ове особе. Према подацима Међународне организације за Алцхајмерову болест (енгл. *Alzheimer Disease International*, ADI), која окупља 71 националну организацију особа са Алцхајмером, у свету живи 35.000.000 особа са деменцијом. Процене су да ће до 2030. године број особа са деменцијом бити 65.000.000, а 2050. и више од 115.000.000 (ADI 2020). У Србији не постоји централни регистар особа са деменцијом, али према проценама постоји око 400.000 особа са деменцијом, од чега 50% чине особе са Алцхајмеровом болешћу (ADI, 2020). Укупан број корисника смештених у приватне и јавне установе социјалне заштите за смештај одраслих и старијих у 2022. години био је 19.127 корисника, што је знатно ниже од просека развијених земаља, у којима покривеност смештајних капацитета за одрасле и старе износи између 4 и 5% (РЗСЗ 2022). Република Србија бележи пораст броја лиценцираних домова за старије за 19% у односу на 2018. годину (РЗСЗ 2022), али може се закључити да је то недовољно с обзиром на то да је покривеност смештајних капацитета далеко испод светског просека. Распоживи смештајни капацитети су подељени на установе у јавном сектору – 8.998 места, и установе у приватном сектору – 10.129 места (РЗСЗ 2022). Ако се узме у обзир чињеница да држава не субвенционише смештај одраслих и старијих у приватне установе, што је био случај до пре неколико година, а да су листе чекања у државним домовима дугачке, онда је једним делом разумљив низак проценат покривености смештајним капацитетима. Такође је важно да се има на уму да је, услед епидемиолошких мера, већина домова имала смањен капацитет, што је додатно утицало на нижу покривеност смештајним капацитетима. Свакако ово питање треба да буде предмет посебне анализе у циљу креирања јавних политика.

Према врсти тешкоћа, 74% корисника на смештају у домовима за смештај одраслих и старијих има неку врсту инвалидитета (физичку или менталну), а 9% корисника има менталне, интелектуалне тешкоће (РЗСЗ 2022). Порастом броја корисника у установама социјалне заштите за смештај одраслих и старијих расте и број корисника који имају неки облик деменције, те расте значај изучавања квалитета живота особа са деменцијом које се налазе на смештају у домовима за смештај одраслих и старијих. У недостатку ефикасних

лекова за деменцију препознат је значај процене утицаја деменције на укупну процену човековог живота уопште или на неке његове компоненте, духовно, емоционално и физичко здравље, као и емоционално и субјективно благостање (Moyle, Venturto, Griffiths, Grimbeek, McAllister, Oxlade, Murfield 2014). Са друге стране, у установама дуготрајне неге постоји потреба за разумевањем квалитета живота из личне перспективе особа са деменцијом у циљу побољшања поштовања особа са деменцијом и усмеравање и унапређење неге и лечења (Corner, Bond 2004). Лична перспектива квалитета живота особа са деменцијом може користити за јачање политика неге и развоја нових модела интервенција, како би се обезбедило да нега и брига буду усмерени на личност и снаге особе са деменцијом (Jennings 2004).

3. Деменција – појам и разумевање

Деменција се дефинише као погоршање интелектуалних и когнитивних капацитета индивидуе, као последица губитка можданих функција (Bender 2003). Оваква дефиниција деменције припада биомедицинском приступу, са фокусом искључиво на опадању капацитета индивидуе и на истицању негативних аспеката старења. Ослањање само на биомедицински приступ води ка деперсонализацији, развоју стигме према особама са деменцијом, онемогућава индивидуи да самостално одлучује о сопственој будућности, а не узима се у обзир њено психолошко функционисање у различитим животним фазама (Linč 2016). Стога је важно да професионалци у раду са особама са деменцијом имају холистички и као особи центриран приступ, како не би свој рад фокусирали на неспособности појединаца и како не би били стигматизујући.

У научној литератури и даље преовладава биомедицински приступ деменцији, али све више јача улога психосоцијалног приступа. Психосоцијални приступ деменцији фокусира се на широки спектар институционалних, социјалних и интерперсоналних аспеката, а у циљу бољег разумевања деменције и онога како се особе осећају (Cook 2008). Предност овог приступа је у томе што омогућава практичарима да свеобухватно сагледају особу са деменцијом, разумеју

њене потребе и жеље, те пруже интервенције које су у најбољем интересу старијих. И за истраживачку праксу је важно познавање саме природе деменције, као и приступа који омогућавају да се сазна перцепција корисника на свеобухватан начин.

У теорији и пракси идентификовани су различити типови деменције, а најчешћа су четири типа деменције са којима се сусрећу практичари у социјалном раду:

- Алцхајмерова болест је најчешћи облик деменције и чини око 50% од укупно оболелих од деменције. Ова болест доводи до губитка можданих ћелија, уништавања неуротрансмitera, што имплицира губитак памћења. Почетак болести је неprimетан, често маскиран перцепираним опадањем капацитета у старости. Оболели је свестан промена у функционисању и може настојати да маскира симптоме у односима са другима (породицом, пријатељима, лекаром итд), те се болест открива у каснијим стадијумима;
- Васкуларна деменција настаје услед можданих удара, који доводе до оштећења на мозгу, а најчешћи облик деменције је мултиинфарктна деменција. Особа оболела од мултиинфарктне деменције има промене у свакодневном функционисању, отежано кување, чишћење, отежано укључивање у социјални живот. Карактеристично је и што се смењују периоди опадања и луцидности;
- Деменција са Леви телима, ретка форма деменције са присутним спазмима, подрхтавањима руку, утиче на оријентацију, те честе падове и повреде оболелог, а често изазива и халуцинације;
- Корсаковљев синдром повезан је са конзумирањем алкохола. Овај облик деменције се лечи, али стигма алкохолизма може утицати на теже дијагностиковање, као и пружање интервенције (Linč 2016).

Клинички ток деменције је постепен, али је корисно разликовати различите нивое и тежине деменције. Пернечки и сарадници су спровели истраживање које је показало да Мини ментал тест (ММСЕ) добро оцењује клиничку слику деменције и да има велику валидност и

поузданост у ту сврху. Мапирали су следеће MMCE скорове који корелирају клиничкој слици деменције: скор 30 – без деменције; скорови 29–26 – упитна деменција; скорови 25–21 – блага деменција; скорови 20–11 – умерена деменција; скорови 10–0 – тешка деменција. Ова студија разликује се од других студија у мерењу скорова деменције, зато што користи РОЦ метод за тачке резања (*cut off*), док претходне студије користе произвољне методе резања које нису емпиријски засноване. MMCE тест је слабо осетљив на врло благе степене когнитивног оштећења и сумњиве деменције, зато што особе са благим когнитивним оштећењима могу имати и даље нормалне резултате на тесту (Perneczky, Wagenpfeil, Komossa, Grimmer, Diehl, Kurz 2006). Интервјуисање особа са деменцијом је тешко и стога могућност разговора имају само особе са умереном и лаком деменцијом (Brod, Stewart, Sands, Walton, 1999; Hubbard, Downs, Tester 2003). Разумевање типова, облика и мерења деменције је важно зато што омогућава сагледавање шире слике и поимање особа са деменцијом, што може имплицирати бољу негу, услугу и повећање квалитета живота ових особа.

4. Квалитет живота – општи концепт

Квалитет живота као мултидимензионални појам предмет је проучавања и теоријских приступа бројних научних дисциплина из медицинских, социолошких, психолошких, андрагошких, политичких и других наука. Дефиниције и приступи мерењу *квалитета живота* су се кроз време мењали и разликовали. Почетна истраживања на тему квалитета живота рађена су у подручју економије и углавном су се односила на животни стандард људи. Развојем економије, повећањем животног стандарда становништва, истраживања квалитета живота се померају са животног стандарда на опажање задовољења личних и друштвених потреба. Средином 1950-их и почетком 1960-их година израз „квалитет живота” почео је интензивно да се користи (Соопеу, Murphy, O'Shea 2009). Издавају се два приступа концептуализацији квалитета живота: први, скандинавски, у чијем фокусу су објективни индикатори квалитета живота, тачније квалитет живота друштва у целини. Овај приступ квалитет живота схвата као могућност

приступа изворима којима људи могу контролисати и управљати својим нивоом живљења (Lučev 2008 према, Vuletić 2011). Други је амерички, и он наглашава субјективне индикаторе квалитета живота, односно мерење задовољства среће појединца (Vuletić 2011). Концепт квалитета живота је тешко дефинисати и мерити, али постоји консензус да он обухвата и објективне и субјективне елементе (Murphy, Shea, Cooney 2007). То је мултидисциплинарни приступ који је испитиван и коришћен у различитим областима као што су економија, географија, социологија, психологија, филозофија, медицина, социјална историја итд (Murphy, Shea, Cooney 2007; Farquhar, 1995; Anderson, Burckhardt 1999; Haas 1999). Литература о квалитету живота је комплексна, али њеном анализом постаје евидентно становиште да је: квалитет живота мултидимензионални концепт који захтева холистички приступ и који нужно сагледава и субјективне и објективне елементе ради његовог свеобухватног разумевања.

Подаци о квалитету живота расту из године у годину, а раст је значајан на психолошком и социолошком пољу. То одражава чињеницу да су у расправама о квалитету живота доминирала здравствена питања, а створено је потпоље квалитета живота везаног за здравље (медицински квалитет живота), што наглашава дугогодишњи значај медицине у геронтологији. Разлог за пораст научних истраживања у пољу психологије, социологије и социјалног рада лежи у забринутости креатора политика за последице старења становништва, посебно импликације које пораст старије популације има на финансирање здравственог и социјалног система (Walker, Mollenkopf 2007). Ово су глобална питања која су подстакла потрагу за поспешивањем квалитета живота старијих, у смислу очувања мобилности и независности, као и стварање нове перспективе о старењу и главној улози старијих у очувању сопственог квалитета живота кроз активну партиципацију у његовом одређењу.

Светска здравствена организација дефинише квалитет живота као перцепцију појединца према сопственој животној позицији у контексту културе и система вредности у којима живи и у односу на своје циљеве, очекивања, стандарде и бриге. Ради се о широком концепту на који утичу физичко здравље, психичко стање, лична уверења,

друштвени односи, односи према околини и положају у заједници (Whoqol Group 1995).

Шалок (2004) истиче да се квалитет живота односи на искуство које особа има о свом животу, због чега квалитет живота не може да се мери само на објективан начин или само на субјективан начин, већ мора бити спој објективних и субјективних компоненти. Према овом аутору, субјективне и објективне компоненте чини осам домена: физичко благостање, емоционално благостање, материјално благостање, међуљудски односи, лични развој, самоодређење, укључивање у друштво и домен права (Schalock 2004). Каминс (1998) такође заступа становиште по коме је квалитет живота мултидимензионални концепт којег чине: животни стандард, здравље, продуктивност, остваривање личних контаката, друштвених интеракција, осећање сигурности, могућност избора, партиципације и друштвене интеграције (Cummins 1998; Cummins 2000). Поред објективних фактора, друштвених, економских и политичких, на квалитет живота утичу и субјективне перцепције и материјално, емоционално, физичко и друштвено благостање (Vuletić 2011; Lawton 1991; Cummins 2000). Ове дефиниције су структуралне и обухватају читав спектар фактора квалитета живота у свом најинклузивнијем значењу. Бројни изрази се користе у дефиницијама, у циљу што детаљније разраде концепта квалитета живота, а могу се сумирати у неколико кључних, и то: физичко благостање, материјално благостање, емоционално благостање, домен права, друштвено благостање, друштвене интеракције. Све дефиниције могу да се примене на квалитет живота различитих групација (особе са деменцијом, особе са сметњама у развоју, старији на резиденцијалном смештају итд). Истраживачка литература сугерише да квалитет живота одражава макро-друштвене и социо-демографске утицаје на људе, као и да друштвене вредности, њихово присуство или одсуство, утичу на квалитет живота. С обзиром на то да концепт квалитета живота обухвата субјективне факторе, он зависи и од личних интерпретација и перцепција појединаца. Може се закључити да концептуализовање квалитета живота има два предуслова: прво, да је неопходно одређивање његове структуре; друго, јасно дефинисање садржаја кроз диференцијацију различитих фактора који утичу на квалитет живота.

4.1. Квалитет живота особа са деменцијом на резиденцијалном смештају

Старије животно доба прате неке универзалне одлике, а то су чињенице да са старењем долази до опадања животног стандарда појединца, повлачења и губитка важних улога појединаца (одлазак у пензију), појављују се бројни здравствени и социјални ризици. Старији са деменцијом услед психичких промена које имају, поред лечења медикаментозном терапијом, неретко имају потребу за целодневном бригом и негом другог лица. Терет бриге и старања о особи оболелој од деменције најчешће пада на породицу, али неретко породице нису у могућности да пруже организовану подршку у кућним условима и врши се збрињавање у институцију (Satarić, Milićević Kalašić 2014). Овакво становиште потврђују и резултати истраживања Удружења Амители из 2014. године, што додатно истиче значај истраживања квалитета живота старијих са деменцијом на домском смештају. Повећани ризици код старијих са деменцијом воде ка потреби за повећаним обимом подршке, а захтеви за подршком се усмеравају првенствено на породицу, тј. неформални облик подршке, а потом и на формалне облике подршке – разноврсне услуге у заједници, укључујући услуге смештаја. Стога је важно разумевање концепта квалитета живота, како би се кроз примену адекватног приступа и интервенција у раду обезбедила што боља брига и нега.

Велики број студија се бави истраживањем фактора који утичу на квалитет живота особа са деменцијом. И даље не постоји консензус око варијабли које су у корелацији са квалитетом живота и које утичу на промену квалитета живота. Индикатори, попут високог нивоа депресије, поремећаја у понашању, значајних когнитивних оштећења и велика зависност у свакодневним активностима, могу бити повезани са нижим квалитетом живота особа са деменцијом које се налазе не резиденцијалном смештају (Beerens, Zwakhalen, Verbeek, Ruwaard, Namers 2013). Информације о факторима који утичу на квалитет живота и промене у квалитету живота особа са деменцијом које живе на резиденцијалном смештају су оскудне. Актуелно научно знање о факторима повезаним са квалитетом живота особа са деменцијом које живе у кућним условима не може се користити за испитивање

квалитета живота особа са деменцијом које живе на резиденцијалном смештају. Особе које живе у установама дугорочног збрињавања разликују се од особа које живе у кућним условима у погледу фактора попут понашања, функционалног статуса и спознаје, што утиче на процену квалитета живота.

Биренс (2013) је у системском прегледу тежио да испита који фактори су повезани са квалитетом живота и променама у квалитету живота особа са деменцијом које се налазе на резиденцијалном смештају. Преглед литературе је обухватао 13 чланака чији резултати су јасно указивали на то да су депресивни симптоми повезани са негативним квалитетом живота особа са деменцијом. Повезаност између депресивних симптома и процене квалитета живота од стране заступника/неговатеља није била најјаснија. Поремећаји у понашању су негативно повезани са квалитетом живота (Beerens, Zwakhalen, Verbeek, Ruwaard, Hamers 2013). Овај приказ указује на то да посебна пажња мора да се придаје депресивним симптомима и агитацији, зато што су у директној корелацији са квалитетом живота.

У Шведској је спроведена студија која се бави упоредном анализом приватних и јавних домова за смештај одраслих и старијих. Студија је замишљена као опсервациона студија пресека заснована на подацима истраживања приватних и јавних домова, коју је спровео Национални одбор за здравље и добробит (2007). У студији је поређено 2.376 јавних домова и 253 приватна дома. Индикатори који су упоређивани били су: партиципација корисника у изради индивидуалног плана, број запослених, компетенције запослених, радници запослени на пуно радно време, број запослених који су напустили посао током године, запослени на пола радног времена, број корисника који деле своју собу са другим, број корисника који имају засебно купатило и кухињу, разноврсност исхране, сан корисника и број руководиоца. Резултати студије показују да постоје разлике у структуралним и процесним показатељима квалитета између приватних и јавних домова за старије у Шведској. Приватни домови имају 9% мање запослених у односу на јавни сектор, запослени поседују ниже компетенције (у смислу образовања и вештина) и запослени су са делимичним радним временом. Са друге стране, приватни сектор је показао веће вредности у квалитету исхране који се пружа и партиципацији

корисника у изради индивидуалних планова (Stolt, Blomqvist, Winblad 2010). Чини се да су приватни домови за старије више фокусирани на личну услугу, а мање на структуралне претпоставке за квалитет бриге. Ова студија показује и то да је у јавним домовима већи број једнокреветних соба (апартмана) него у приватним домовима. Уочљиво је да у јавним домовима за старије постоји више особља, са адекватним компетенцијама, што имплицира боље пружање услуге и веће задовољство корисника, а самим тим и повећање квалитета живота. Ова студија пружа само део фактора који су значајни за мерење квалитета живота особа са деменцијом, а који се односе на структуралне и процесне факторе, тј. факторе непосредног окружења. Фактори окружења јесу важни, али недовољни да би се у потпуности испитао квалитет живота особа са деменцијом на резиденцијалном смештају.

Посебан изазов у мерењу квалитета живота код особа са деменцијом лежи у чињеници да већина особа са деменцијом, поготово са Алцхајмеровом болешћу, не препознаје да је болесна. Њихова способност да препознају промене или да врше избор је под утицајем недостатка увида и критичности, те нису свесни негативног утицаја болести на њихов квалитет живота (Rabins, Black 2007). Овај изазов за оцену субјективног аспекта квалитета живота особа са деменцијом показали су Волак и сарадници (2011) у студији која је утврдила да неговатељи могу дати боље процене о квалитету живота особа са деменцијом од самих корисника у неким аспектима (Wolak, Novella, Drame, Morrone, Boyer, Blanchard, Jolly 2011).

Симптоми деменције се у великој мери разликују од симптома других болести, те је неопходан специфичан метод за мерење квалитета живота особа са деменцијом. У мерењу квалитета живота особа са деменцијом користи се перцепција корисника и перцепције заступника или формалних неговатеља (Rabins, Black 2007). Развијена су три приступа у мерењу деменције: 1. мерење засновано на активностима, 2. мерење засновано на самоизвештавању и 3. мерење фокусирано на понашање (Rabins, Black 2007). Прва два приступа се односе на самоизвештавање о квалитету живота, док трећи приступ подразумева извештавање од стране заступника или формалних неговатеља. С обзиром на то да особе са деменцијом често немају довољан увид и критичност, онда се као допуна првом начину мерења квалитета живота

приступа истраживању перцепције заступника и формалних негова-теља. Оваквим начином мерења могу се добити потпунији и свеобу-хватнији подаци, те видети различите перспективе и виђења квалите-та живота особа са деменцијом. Ова студија се фокусира на когнитив-не и бихејвиоралне факторе који утичу на оцену квалитета живота особа са деменцијом. Из гореприказаних студија такође се примећује да ниједна не узима у обзир и субјективне и објективне факторе, већ се фокусира или на субјективне или на објективне факторе који ути-чу на квалитет живота особа са деменцијом, што указује на потребу за свеобухватном емпиријском студијом мерења квалитета живота особа са деменцијом на резиденцијалном смештају, која ће узети у об-зир све факторе који утичу на квалитет живота особа са деменцијом.

Деменција утиче на све уобичајене домене квалитета живота, што потврђује да је утицај на квалитет живота вишедимензионалан и повезан са когнитивним, бихејвиоралним и социјалним променама особе са деменцијом. Концептуални оквир квалитета живота особа са деменцијом може да се сведе на следеће домене:

- физичко функционисање – способност у обављању свако-дневних животних активности (ходање, могућност самостал-ног пењања уз и силаска низ степенице, савијање);
- дневне активности – одлазак у куповину, кување, распола-гање новцем;
- могућност учествовања у организованим активностима – ре-креационим активностима, хоби, радно-окупационим тера-пијама;
- мобилност – могућност самосталног одласка у породицу или код пријатеља;
- социјалне интеракције – односи са другим особама (породи-цом, пријатељима), интимизација, партиципација у друштву;
- интеракциони капацитети – способност интеракције са окру-жењем, комуникационе потешкоће, способност разумевања и конфузија;
- физичко благостање – одраз физичких симптома и телесних стања, умор и спавање;
- осећај благостања – позитивна и негативна афективна/емо-ционална стања и перцепција себе кроз сагледавање субдо-

мена: самопоуздање, неугодност, самосвест, осећај контроле, осећање туге, забринутост/анксиозност, усамљеност/изолација, страхови, бес, фрустрација, досада, осећај припадности, осећање корисности, срећа, ведрина, смисао за хумор;

- смисао за естетику – чулна свест, што се односи на гледање и стварање уметности, слушање музике;
- општа перцепција о здравственом стању и животном окружењу (Brod 1999).

Познајући све значајне аспекте квалитета живота особа са деменцијом, може се стећи добра основа за дефинисање приступа и интервенција које професионалци могу примењивати у директном раду. У Србији не постоје истраживања која се баве квалитетом живота особа са деменцијом, а потреба за истим је велика услед повећања удела старијих, повећања броја домова за старе и смештајних капацитета, а посебно особа са деменцијом у укупној популацији старијих.

5. Приступ и интервенције у раду са особама са деменцијом на резиденцијалном смештају

Еколошка перспектива је облик опште теорије система и нагласак ставља на однос појединца и његовог окружења. Настала је крајем седамдесетих и почетком осамдесетих година 20. века у оквиру професије социјалног рада, као критика теорије друштвених система (Teater 2010). Фокус еколошке перспективе је на „појединцу у окружењу”, као и константе интеракције између појединца, породица, група и заједнице. Кључна претпоставка ове перспективе је да сваки појединац има ресурсе и потенцијал за раст и развој, а фактори окружења имају директан утицај на изражавање потенцијала индивидуе. Социјални радник при испитивању односа појединца и његовог окружења мора да узме у обзир физичке и социјалне аспекте окружења (Teater 2010). Еколошка перспектива сагледава појединца у његовом окружењу и представља основу за холистичко сагледавање појединца као биолошког, психолошког и социјалног бића. Овај приступ је важан код изучавања особа са деменцијом које су смештене у домове

за одрасле и старије, пре свега зато што особе са деменцијом нису бића без осећања, емоција и способности одлучивања. Њима треба приступати свеобухватно уважавајући индивидуу, фокусирајући се на снаге и ресурсе посматране кроз призму психолошких механизма индивидуе кроз њен животни циклус, биолошких и социјалних механизма индивидуе. Из еколошке перспективе, улога социјалног радника се огледа у побољшању интеракција и трансакција између појединаца, породица, група, што нужно доводи до развоја интервенција. Интервенције код појединаца имају за циљ да поспеше самовредновање, самопоуздање, развој аутономије, оснаживање и омоћавање индивидуе (Teater 2010). Развој аутономије и независности код особа са деменцијом, у максималној могућој мери, кључан је за максимизирање квалитета живота. Он представља етички приступ инклузивној и ангажујућој пракси у којој и формални неговатељи/це и корисници добијају подршку (Linč 2016). Интервенције у породицама се односе на препознавање и промене интеракција и развој вештина комуникације у оквиру породице у циљу поспешивања трансакција на релацији појединац – породица. Интервенције у оквиру окружења се односе на сензибилисање и прилагођавање за појединца, у смислу развоја антидискриминационе и антиопресивне праксе (Teater 2010). Кроз примену еколошке перспективе у социјалном раду тежи се подршци појединца да створи склад са својим окружењем, које треба да буде подржавајуће и оснажавајуће за појединца. За особе са деменцијом адаптација на резиденцијални смештај је значајна у циљу стицања темеља за максимизацију квалитета живота.

У циљу максимизирања квалитета живота особа са деменцијом потребно је подстицати аутономију и независност особе. За постизање оптималног квалитета живота особа са деменцијом потребно је развијати инклузивну и ангажујућу праксу (Banford, Bruce 2000). Постоје различити приступи у раду са особама са деменцијом. Раније је преовладавао биомедицински приступ, који акценат ставља на пад капацитета индивидуе, а особу са деменцијом посматрао као особу која нема осећања, без могућности одлучивања о сопственој будућности (Linč 2016). Биомедицински приступ деменцији појачава стигму према особама са деменцијом и Китвуд га је оштро критиковао. Он је идентификовао психосоцијални приступ као приступ који истиче

значај социјалних, институционалних и интерперсоналних фактора у разумевању деменције (Kitwood 1997; Linč 2016). Психосоцијални приступ и нова култура неге деменције (Китвуд и Бенсон) одражавају становиште да су особе са деменцијом људи и да се много тога може учинити за побољшање квалитета живота особа са деменцијом (Bond 1999). Приступ усмерен на особу развио је нове интервенције у раду са особама са деменцијом, као што су писање животних прича, терапије симулиране појавности итд (Rusac 2016). Мали (2009) предлаже развој социјалног модела бриге и неге у домовима за старије. Нагласак се ставља на индивидуализовање услуга, а особа са деменцијом сама бира и креира услуге. У фазама када то више не може то за њу чини интердисциплинарни и индивидуализовани тим (који се састоји од стручног особља, чланова породице, волонтера, пријатеља итд). Особа са деменцијом, у фази болести када је когниција очувања, сама одређује вођу тима. У оквиру предложеног модела Мали дефинише специфичне задатке социјалног рада у установама социјалне заштите и то: „вођење процедуре пријема особе, израда индивидуалног плана услуга, координација програма подршке (индивидуалне и групне), индивидуални и групни рад са особама, рад са породицама особа са деменцијом итд...” (Mali 2009, 56).

Улога социјалног радника у дому за смештај одраслих и старијих може се посматрати и путем анализе интервенција у раду. Интервенције у раду са особама са деменцијом у домовима за старије односе се на индивидуални рад, групни рад, рад са породицом (Štambuk, Sučić, Vrh 2014). Промена приступа у раду са особама са деменцијом, са биомедицинског на психосоцијални приступ, довела је до развоја додатних интервенција у раду, као што су писање животних прича, арт терапије, музико терапије, радно-окупационе терапије, сакупљање информација о прошлим и постојећим стратегијама које стара особа примењује у решавању проблема (Rusac 2016). Кључни принципи у раду са особама са деменцијом имају за циљ остваривање опште добробити и максимизирање квалитета живота, кроз коришћење индивидуализованих интервенција, уз истовремено поштовање достојанства, целовитости и права особа са деменцијом. Важно је да се напомене да, током рада са особама са деменцијом, не сме да се занемари улога неформалних неговатеља, тј. породице, која може играти

важну улогу у очувању когнитивног статуса, али и поспешивању квалитета живота особа са деменцијом.

Годишњи извештај Републичког завода за социјалну заштиту (РЗСЗ) из 2022. године (РЗСЗ 2022) се у малом обиму бави специфичним интервенцијама намењеним особама са деменцијом, али наводи се да је приметан тренд повећања броја особа са менталним тешкоћама, те да се радно-окупационе терапије истичу у структурисању свакодневнице особа са деменцијом. Са друге стране, кроз извештај РЗСЗ евидентира се потреба за додатном едукацијом стручних радника у домовима за старије за рад са особама са менталним здрављем старијих (РЗСЗ 2022). Начини на које се спроводе радно-окупационе терапије, као и садржај других активности које су намењене особама са деменцијом остају непознаница, а изузетно су важне зато што су директно пропорционалне повећању квалитета живота и могу да омогуће континуирано унапређење услуга и интервенција социјалних радника.

6. Закључна разматрања

Чињеница да је Република Србија и сада стара нација, а да ће из године у годину старење становништва бити прогресивно, јасан је показатељ да држава мора да усклађује своју здравствену, економску и социјалну политику са демографским трендом. Иако расте број смештајних капацитета, који се огледа у повећању броја приватних домова за старије, и даље је недовољан да се покрију све потребе старијих за смештајем. Мали обухват старијих смештајним капацитетима наводи на претпоставку да су особе које не доспеју до резиденцијалног смештаја или препуштене саме себи или терет њихове бриге преузима породица. Како у Републици Србији не постоје истраживања која се баве испитивањем квалитета живота особа са деменцијом у домовима за смештај одраслих и старијих, а истовремено постоје јасни показатељи сталног повећања старијих у укупној популацији, старијих са менталним тешкоћама, повећања домова за старије, постоји потреба за даљим истраживањем у овој области. Важно је да се испитују перцепције квалитета живота корисника са деменцијом на

домском смештају, како би се дошло до сазнања како они живе, шта су њихове потребе, жеље, шта је за њих важно, како они доживљавају живот у установи. Иако је у касним 1980-им годинама преовладало становиште да особе са деменцијом не могу да исказују своје мишљење и перцепције услед когнитивних оштећења, сад смо уверени да је могуће комуницирати са већином особа са деменцијом (Goldsmith, Joyce 1995). Омогућавање особа са деменцијом да поделе своје жеље, перцепције и преференције важна је потреба и могућа је уз употребу различитих комуникационих вештина. Доступна научна истраживања фокусирају се само на неку од компоненти квалитета живота особа са деменцијом, док свеобухватне студије свих аспеката квалитета живота (социјалних, бихејвиоралних, когнитивних) изостају. Важно је да се испитују перцепције квалитета живота корисника са деменцијом на домском смештају, како би се дошло до сазнања како они живе, шта су њихове потребе, жеље, шта је за њих важно, како они доживљавају живот у установи. Поред тога, оваква истраживања треба да обухвате и перцепције формалних неговатеља и породице, као и све домене квалитета живота (физичко функционисање, дневне активности, партиципација, социјалне интеракције, мобилност, интеракциони капацитети, физичко благостање, осећај благостања, здравствено благостање).

СТИЦАЊЕМ сазнања о перцепцијама и перспективама корисника са деменцијом можемо да унапређујемо праксу социјалног рада, а самим тим и пружање услуге домског смештаја. Посебно је важна компарација два система, приватног и јавног, зато што пружа могућност анализирања предности и недостатака ова два система услуга и на тај начин развијамо и унапређујемо интервенције у раду у сваком од њих, што ће имати импликацију и на усклађеност ова два система. Постављање приоритета на добробит особа са деменцијом на резиденцијалном смештају захтева заједничке напоре друштва, установа, породица и стручњака, како би се створило окружење које подстиче њихову аутономију, сигурност и задовољство животом.

Литература

- ADI – Alzheimer's Disease International (2020). *The global impact of dementia – An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. Available at <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf> (Accessed 15.11.2023).
- Anderson, K. L., Burckhardt, C. S. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *Journal of advanced nursing*, 29(2): 298–306.
- Banford, C., Bruce, E. (2000). Defining the outcomes of community care: the perspective of older people with dementia and their carers. *Aging and Society*, 20(5): 543–570.
- Beerens, H. C., Zwakhalen, S. M., Verbeek, H., Ruwaard, D., Hamers, J. P. (2013). Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 50(9): 1259–1270.
- Bender, M. (2003). *Exploration in Dementia*. London: Harper Collins.
- Bond, J. (1999). Quality of life for people with dementia: approaches to the challenge of measurement. *Ageing & Society*, 19(5): 561–579.
- Brod, M., Stewart, A. L., Sands, L., Walton, P. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: the dementia quality of life instrument (DQoL). *The Gerontologist*, 39(1): 25–36.
- Cook, A. (2008). *Dementia and Well-being: Possibilities and Challenges*. Edinburgh: Dunedin.
- Cooney, A., Murphy, K., O'Shea, E. (2009). Resident perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland. *Journal of advanced nursing*, 65(5): 1029–1038.
- Corner, L., Bond, J. (2004). Being at risk of dementia: Fears and anxieties of older adults. *Journal of aging studies*, 18(2): 143–155.
- Cummins, R. A. (1998). The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Social indicators research*, 43(3): 307–334.
- Cummins, R. A. (2000). Personal income and subjective well-being: A review. *Journal of Happiness Studies*, 1(2): 133–158.
- Eurostat (2023). Population and structure by major age groups 2023. Available at [https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=File:Population_age_structure_by_major_age_groups_2007_and_2017_\(%25_of_the_total_population\).png](https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=File:Population_age_structure_by_major_age_groups_2007_and_2017_(%25_of_the_total_population).png) (Accessed 15.11.2023).
- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social science & medicine*, 41(10): 1439–1446.

- Goldsmith, S. K., Joyce, J. N. (1995). Alterations in hippocampal mossy fiber pathway in schizophrenia and Alzheimer's disease. *Biological psychiatry*, 37(2): 122–126.
- Haas, B. K. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 31(3): 215–220.
- Hubbard, G., Downs, M. G., Tester, S. (2003). Including older people with dementia in research: challenges and strategies. *Aging & mental health*, 7(5): 351–362.
- Jennings, B. (2004). Living with grief: Alzheimer's disease. In: K. J. Doka (Ed.), *Alzheimer's disease and the quality of life* (pp. 197–212). Washington, DC: The Hospice Foundation of America.
- Kane, R. A. (2001). Long-term care and a good quality of life: Bringing them closer together. *The Gerontologist*, 41(3): 293–304.
- Kitwood, T. (1997). Studies in person-centred care: building up the mosaic of good practice. *Journal of Dementia Care*, 3(5): 12–13.
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In: J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe, D. E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 3–27). Academic Press.
- Linč, R. (2016). *Praksa socijalnog rada sa starima*. Beograd: Fakultet političkih nauka.
- Mali, J. (2009). Social work with people with dementia: The case of Slovenia. In: V. Leskošek (Ed.), *Theories and Methods of Social Work – Exploring Different Perspectives* (pp. 149–160). Ljubljana: Faculty of Social Work, University of Ljubljana.
- Marshall, L. (2006). Aging: A feminist issue. *NWSA Journal*, 18(1): vii–xiii.
- Matković, G. (2012). Dugotrajna nega starih u Srbiji – stanje, politike i dileme. *Stanovništvo*, 50(1): 1–18.
- Mihić, M., Todorović, M., Satarić, B. (2011). Cost-benefit analiza funkcionisanja ustanova socijalne zaštite za smeštaj starih lica. Beograd: Amity.
- Moyle, W., Venturto, L., Griffiths, S., Grimbeek, P., McAllister, M., Oxlade, D., Murfield, J. (2011). Factors influencing quality of life for people with dementia: a qualitative perspective. *Aging & Mental Health*, 15(8): 970–977.
- Murphy, K., Shea, E. O., Cooney, A. (2007). Quality of life for older people living in long-stay settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11): 2167–2177.
- Perneckzy, R., Wagenpfeil, S., Komossa, K., Grimmer, T., Diehl, J., Kurz, A. (2006). Mapping scores onto stages: mini-mental state examination and clinical dementia rating. *The American journal of geriatric psychiatry*, 14(2): 139–144.
- Rabins, P. V., Black, B. S. (2007). Measuring quality of life in dementia: purposes, goals, challenges and progress. *International psychogeriatrics*, 19(3): 401–407.

- Rusac, S. (2016). Alzheimerova bolest: izazovi socijalnog rada. *Ljetopis socijalnog rada*, 23(3): 439–461.
- RZS – Republički zavod za statistiku (2022). Starost i pol, konačni rezultati Popisa stanovništva 2022. Доступно на <https://popis2022.stat.gov.rs/sr-latn/5-vestisaopstenja/news-events/20230525-starost-i-pol/?a=0&s=0> (Пристапљено 03.12.2023).
- RZSZ – Republički zavod za socijalnu zaštitu (2022). *Izveštaj o radu ustanova za smeštaj odraslih i starih za 2022. godinu*. Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu.
- Satarić, N., Milićević Kalašić, A. (2014). *Život bez sećanja*. Beograd: Amity.
- Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: What we know and do not know. *Journal of Intellectual disability research*, 48(3): 203–216.
- Stolt, R., Blomqvist, P., Winblad, U. (2011). Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*, 72(4): 560–567.
- Стоилковић, Ј., Динић, Д. (2012). Демографска и социјална димензија старења старих у Србији. *Геронтологија*, 2/2012: 61–80.
- Štambuk, A., Sučić, M., Vrh, S. (2014). Socijalni rad u domu za starije i nemoćne osobe – izazovi i poteškoće. *Revija za socijalnu politiku*, 21(2): 185–200.
- Teater, B. (2010). *Uvod u primene teorija i metoda socijalnog rada*. Niš: Univerzitet u Nišu.
- Turkalov, V., Rašević, M., Nićiforović-Šurković, O., Marjanović, S. (2006). Demografski aspekti starenja stanovništva u razvijenim zemljama. *Gerontologija* 1, 61–72.
- Vuletić, G. (2011). *Kvalitet života i zdravlje*. Osijek: Sveučilište u Osijeku, Filozofski fakultet.
- Walker, A., Mollenkopf, H. (Eds). (2007). *Quality of life in old age*. Dordrecht: Springer.
- Whoqol Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10): 1403–1409.
- Wolak, A., Novella, J. L., Drame, M., Morrone, I., Boyer, F., Blanchard, F., Jolly, D. (2011). Is the screening test of the French version of the dementia quality of life questionnaire indispensable. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 1(1): 84–92.

Milica Glisic

THE CONCEPT OF QUALITY OF LIFE OF PERSONS LIVING WITH DEMENTIA IN RESIDENTIAL CARE

Abstract

Quality of life, as a multidimensional and complex concept, is of particular importance to our understanding of persons living with dementia in residential care. It aids in the identification of key challenges lying ahead of them and potential paths for the improvement of their lives. This paper offers an analysis of key aspects of the quality of life of people living with dementia, taking into account the broader context, i.e. current demographic trends, health aspects of dementia, and also social work interventions for the improvement of the quality of life of people living with dementia. In Serbia, the quality of life of people with dementia in residential care is under-researched, and comparative analyses between the services provided in private and public homes for the accommodation of adults and the elderly are lacking. This analysis aims to contribute to a better understanding of the concept of quality of life and dementia by offering a basis for further in-depth empirical research in this area.

Keywords: quality of life, persons living with dementia, residential care, old-age.

II ИЗ АРХИВЕ ГДС

Петар Королија

КУЋНО ЛЕЧЕЊЕ И НЕГА СТАРИХ ОСОБА*

Актуелност разматрања кућног лечења и неге старих особа је неоспорна. Присутни смо нараслим потребама остарелих грађана уз скромна финансијска средства и слабашну организацију, која је уз то врло скупа а треба да обави велики посао.

Кућна нега обухвата у ширем смислу и медицинске и немедицинске садржаје. Отуда је неопходно када се ради о медицинским садржајима говорити о кућној нези, а када је садржај немедицински онда је то помоћ у кући. Према томе, кућну негу треба да изводи здравствена служба са својим особљем, а помоћ у кући немедицинска служба која нема или не мора да има кадар са високом квалификационом структуром.

Разматрајући питања кућне неге и лечења морамо обухватити проблеме целокупног остарелог становништва Републике, треба раздвојити, али не и заборавити остареле на селу и њихове потребе, од становника у градовима. Готово је правило да о оној првој групи, о сеоском становништву, врло мало и нерадо говоримо. Но, број људи који живи у селу у нашој Републици није мали, као што није мали ни број старих људи. На следећој табели то се добро види:

* Овај текст објављен је у „Геронтолошком зборнику” из 1983. године у форми материјала са стручно-научног скупа на тему „Кућно лечење и помоћ у кући остарелим особама”, одржаног у организацији Геронтолошког друштва Социјалистичке Републике Србије 1. јуна 1983. године у Београду.

	Укупно пољопривредника		Активни пољопривредници	
	У хиљадама	% жена	У хиљадама	% жена
СР Србија	2286	54,4	1371	47,8
Србија ван покрајина	1514	56,5	1076	53,6
Војводина	392	52,0	213	34,1
Косово	380	49,0	82	8,3

Извор: Савезни завод за статистику

Мада нема сигурних података о апсолутним, па и о процентним вредностима броја старих на селу, може се са великом вероватноћом рећи да добар број неактивног пољопривредног становништва припада старом животном добу, с обзиром на чињеницу да село нарочито у ужој Србији и Војводини показује изразити пораст броја старих људи. По попису из 1981. године, 25,3% становника у нашој Републици бави се пољопривредом. Од ових је 1.139.000 старије од 60 година. Излази да је 49,8% пољопривредника старије од 60 година. Нека само једна трећина ових болује, излази да око 400.000 људи на селу има готово сталну потребу за лекарском помоћи. Ако само 3% од ових захтева сталну или повремену туђу помоћ онда око 12.000 старих на селу захтева кућну негу или неки други облик помоћи. У овај број нису урачунати они који показују веће или мање интелектуалне сметње. Према А. Стендвајву и Т. Торнфсону, 10–20% старијих од 65 година показују ове сметње, тако да би број старих особа на селу који захтевају кућну негу био знатно већи.

Ово су потребе остарелих људи на селу. Оне могу бити и веће, али и мање пошто су подаци углавном, када се тиче оболелих, апроксимативни. Поставља се питање шта учинити за ове старе људе. Очигледно је да организовање кућне неге по постојећим моделима из неких градова наше Републике из многих разлога је неостварљиво. Недостатак кадрова, а затим и финансијских средстава главна су препрека. Исто тако је нехумано премештати ове старе људе из места где живе у друга да би се организовала одређена помоћ. Остаје да се разради и најзад примени у много ширем обиму експеримент који већ годинама

постоји у Голобуку неспретно назван „геронто домаћица”. То је за сада једино прихватљив модел организације кућне неге и помоћи на селу. Оваква служба би на селу вероватно лако могла да се организује. Обука кадрова би могла да се обави преко курсева, а полазнике би требало бирати међу мештанима. Волонтерски рад би такође могао да се користи, мада нисам сигуран да би ова служба могла да буде организована искључиво на добровољном раду.

Организовање кућног лечења и неге у градовима је током године пролазило кроз низ тешкоћа, што је и довело до изостанка и, поред великих потреба, праве организације која би могла да буде модел употребљив за све у Републици.

О реалним потребама је тешко говорити с обзиром на то да не постоје подаци о броју старих којима је потребна кућна нега. Наиме, у досадашњој пракси кућну негу и лечење су у највећем броју места где она постоји организовано добијале особе чија су лична примања мала и не прелазе границу коју чини загарантовани минимални лични доходак. Ван тога је ретко ко могао да је користи због високе цене услуга, уз истовремену могућност делимичне партиципације корисника. Не треба заборавити да око 70% пензионера у Србији има пензију од око 6.000 динара. Због овога је број корисника опадао у Београду из године у годину, што се најбоље види из извештаја Центра за кућну негу у Београду:

	1976. год.	1977. год.	1978. год.	1979. год.	1980. год.
60 година и више	1.273	1.319	1.099	762	711

Овај пад броја корисника сигурно није настао због смањеног броја старих људи или смањене потребе за овом врстом помоћи.

У Београду је 1980. године било 163.776 особа старијих од 60 година. Ако применимо исти поступак као што је примењен за старе на селу излази да у Београду око 54.500 старих захтева стално лечење и медицинску контролу, а кућно лечење и негу око 1.650 лица. Ако овоме додамо број оних који имају знаке деменције (око 10%) онда је број оних који имају потребу за кућном негом знатно већа.

Мислим да би на овом месту требало расправити термине кућно лечење и нега.

Кућно лечење као облик здравствене заштите односи се на све групације становништва и представља део лечења уопште, као и део ванболничког збрињавања оболелог становништва без обзира на године старости и социјални статус. У том смислу, кућно лечење је функција дома здравља коју ови обављају преко својих радних јединица. Било би апсурд оснивати нову, одвојену здравствену службу мимо постојеће која би спроводила кућно лечење само за старе особе. Према томе, досадашњу службу при домовима здравља треба тако организовати да покрије ове потребе, што је и законска обавеза. Истини за вољу, ова служба већ постоји у неким домовима здравља у Београду (Савски венац, Земун).

Чињеница је да у Србији постоји служба која обезбеђује преваходно негу, према томе бави се болесним, најчешће старим људима. Ради се о хроничним болесницима који не захтевају хоспитални смештај. Сигурно је да ове особе сем здравствене помоћи, значи неге, имају потребе и за оним обликом који је обухваћен појмом помоћ у кући (хигијенско-техничка помоћ старим болесницима и особама), као и за неким облицима социјалне помоћи. Помоћ у кући у ствари представља преузимање од стране друштва оних функција које има породица. Остаје отворено питање која друштвена институција треба да преузме ову функцију. Према томе, функција института помоћ у кући је социјална, у правом смислу те речи.

Кориснике кућне неге и помоћи у кући треба разврстати према степену инвалидности, па према томе одредити облик помоћи коју треба да добију.

Непокретним старим особама које су зависне од помоћи других лица треба обезбедити кућну негу као облик медицинске помоћи, али и сервисне услуге које припадају социјалној заштити, односно помоћи у кући.

Полупокретним и покретним старим особама треба обезбедити помоћ у кући, мада треба имати диферентни приступ и о облику помоћи одлучивати од случаја до случаја.

Организација службе кућне неге и помоћи у кући може да буде различита и, по мом мишљењу, зависи од финансирања, али и од законских одредби.

Могуће је да једна институција буде носилац послова везаних за кућну негу. Пример је садашњи Центар за кућну негу у Београду и у Нишу. Исто тако је могуће да сервисне услуге везане за помоћ у кући преузму центри за социјални рад или клубови за старе. Мислим да је ова друга варијанта лошија. Даљи облик организовања зависио би од броја особа којима је помоћ потребна и величине територије коју служба треба да покрива.

Питање финансирања ове службе је изванредно значајно. Вероватно због нерешених односа из ове области постојеће службе које се баве кућном негом не показују значајне резултате, а нове институције се не отварају. Добија се утисак да, и поред тога што друштвена заједница кроз разне облике давања одваја значајна средства, овај посао не иде. Ради се исти посао на више колосека некоординисано и као да постоји страх да једна самоуправна интересна заједница не одвоји више средстава од друге и на тај начин буде оштећена. Отуда је неопходно да се послови и домен деловања јасно одвоје, да се зна шта је медицински део, а шта припада социјалној заштити.

Методологија рада центара за кућну негу је разрађивана и сматрам да се може користити уз неке измене. На основу тако прихваћене методологије може да се одреди проценат финансијског учешћа свих заинтересованих самоуправних интересних заједница и институција које су и до сада учествовале у финансирању рада.

Кућно лечење остаје у домену здравља и финансира се на досадашњи начин.

Како је већ речено, број корисника кућне неге и помоћи у Београду опада из године у годину. Разлог је такође познат. Ради се о лимиту личних примања корисника. Да би се омогућило да овај вид помоћи буде доступан већем броју старих грађана треба дозволити учешће у плаћању оним корисницима који имају већа примања. Учешће би било сразмерно висини прихода и по принципу да они који имају више треба да партиципирају више.

Петар Манојловић

ПОМОЋ У КУЋИ – ДОСАДАШЊА ИСКУСТВА И ПРАВЦИ ДАЉЕГ РАЗВОЈА*

Помоћ у кући, у свим савременим системима друштвене помоћи у старости, има фундаментално место и значај за остваривање кључног друштвеног опредељења: да се, друштвеним мерама, подстиче и омогући да човек своју старост проживи у својој кући, у својој природној средини, све док је то могуће – као најхуманијој опцији живљења у старости.

Уз кућно лечење и негу у стану, као и уз развијен систем клупских институција за старе¹, помоћ у кући има значај основне службе за помоћ људима у трећем животном добу, јер доприноси да се продужује боравак у кући, односно у стану, и да се одлаже одлазак у дом или другу стационарну установу – све док се, и ако се, не стекну услови који неминовно захтевају стационарни смештај.

* Овај текст објављен је у „Геронтолошком зборнику” из 1983. године.

¹ Интересантно је да у неким срединама центара одлучивања има неразумевања и отпора према клупским институцијама иако су инвестициона улагања у њих више од 10 пута нижа од инвестиција у домове. У Португалији су, на пример, израчунали који се годишњи ефекти могу постићи са улагањем средстава у износ од десет милиона долара (текуће цене из 1982. године); обезбедити смештај у домовима за пензионере за 3.211 особа; обезбедити коришћење клупских институција за пензионере за 10.280 особа; обезбедити услуге помоћи у кући за 19.210 особа (Национални извештај Португалије за Светску скупштину о старењу, 1982).

Помоћ у кући има такав третман у нашим опредељењима израженим у бројним документима (планским, резолуцијама, завршним документима и др), али не и у нашој пракси, иако је овај облик друштвене помоћи у старости, у социјално-психолошком смислу, повољнији од многих других (посебно од домског и стационарног смештаја), а уз то је повољнији и у економском погледу, јер не захтева никакве инвестиције, а уз то отвара и могућности запошљавања у сфери тзв. услужних (терцијарних) делатности, што је у складу и са опредељењима развојне економске политике која ставља тежиште на отварање нових радних места али без већих инвестиционих улагања.

Помоћ у кући се јавља у двострукој функцији: а) као делатност социјално-заштитног и социјално-услужног карактера; б) у функцији кућног лечења и неге у стану.

У развијенијим системима друштвене помоћи у старости кућна помоћ се знатно више јавља као делатност социјално-заштитног и социјално-услужног карактера него у функцији кућног лечења и неге у стану.

Однос између помоћи у кући и неге у стану, на пример, у Француској је 5 према 1 (Табеле 1 и 2). У Шведској су одвојене службе за пружање помоћи у кући од служби кућног лечења и неге у стану, али оне тесно сарађују (1980. године 307.000 пензионера је користило помоћ у кући).

Табела 1. Француска (1982)

	Корисника	Радника
Помоћ у кући	380.000	55.000*
Нега у стану	–	10.000**
		(3000 – 1980. године)

Напомене: * кућне помоћнице; ** болничарке – медицински техничари

Табела 2. Француска – укупни расходи за помоћ у кући

Година	У текућим француским францима (у милионима)	Индекс 1975:100
1975.	453	100
1976.	550	121
1977.	580	128
1978.	753	166
1979.	1100	243
1980.	1330	294
1981.	1780	393

Из аналитичке документације Центра за кућно лечење и негу у Нишу може се утврдити да трећина корисника има потребе истовремено за кућним лечењем и негом и за помоћ у кући, али две трећине има потребе само за једним од ова три облика друштвене помоћи, тј. или само за кућним лечењем, односно за негом у стану или само за помоћ у кући. Подаци истог Центра показују да је број корисника помоћи у кући мањи од броја корисника здравствених услуга – кућног лечења, односно неге у стану.

Упоредни подаци о функционалним способностима и социјалним потребама људи у старости (60 и више година), такође, показују (Табела 3) да се код људи трећег животног доба знатно више јављају потребе за услугама у кући, типа помоћ у кући, него потребе за кућним лечењем и негом у стану (потребе за помоћи у обављању кућевних послова има 26% старих, а за негом 11% итд).

Табела 3. Функционалне способности и социјалне потребе
старих 60 и више година

	Резултати истраживања	
	Завод за хронична обољења и геронтологију*	Институт за социјалну политику**
Онеспособљеност обављања активности свакодневног живота услед болести	59%	58%
Неспособност излажења из стана	5,2%	3%
Неспособност излажења из стана уз туђу помоћ	22%	–
Неспособност умивања или облачења без туђе помоћи	11%	4-5%
Неспособност спремања хране	17%	25%
Неспособност обављања лакших кућних послова	20%	17%
Неспособност обављања тежих кућних послова	–	42%
Неспособност кретања пешице или градским саобраћајем до здравствене станице, банке и сл.	30% ж 20% м	31%
Имају потребе за болничким лечењем	9%	–
Имају потребе за кућним лечењем	30%	–
Имају потребе за помоћи у обављању кућних послова	–	26%
Имају потребе за кућном негом	11%	–

Напомене: *Републичка самоуправа интересна заједница здравствене заштите Београд „Актуелна питања здравствене заштите остарелог становништва”, Београд, 1981; **П. Манојловић, „Планирање друштвене бриге у задовољавању социјалних потреба у старости на сеоским подручјима”, часопис „Социјална политика”, Београд, бр. 10/1979, стр. 28–32.

Међутим, код нас не постоји организована помоћ у кући као самостална друштвена делатност социјално-заштитног и социјално-услугног типа, већ се помоћ у кући јавља превасходно у функцији кућног лечења и неге у стану (Табела 4).

Табела 4. Мрежа служби за негу и помоћ у кући*

Место	Подаци из године	Назив	Година почетка
Београд	1981.	Центар за кућну негу болесних	1956.
Ниш	1983.	Центар за кућно лечење и негу	1981.
Трстеник	1983.	Центар за социјални рад – Служба за кућну негу и помоћ	1982.
Нови Сад	1980.	Геронтолошки центар – Служба за кућну негу и помоћ у кући	1978.
Суботица	1980.	Геронтолошки центар – Служба за кућну негу и помоћ у кући	1971.
Сремска Митровица	1983.	Центар за социјални рад – Служба за кућну негу и помоћ	1979.
Сарајево	1979.	Центар за кућну негу болесних	1971.
Мостар	1982.	Медицинска-социјална установа за одрасла лица (дом) – Служба за кућну негу	1981.
Загреб	1980.	Центар за негу болесних са лечењем у кући	1958.
Пула	1979.	–	–
Карловац	1979.	ОО Црвеног крста – Служба за кућну негу	–

Напомене: * мрежа у другим републикама није комплетна; у СР Србији ван покрајина у припреми је оснивање служби у Чачку, Краљеву, Бору.

У Србији има, као што се види из Табеле 4, само 6 институција (на подручју СР Србије ван покрајина само 3 институције: Београд, Ниш, Трстеник) које, у оквиру пружања неге у стану, обезбеђују и помоћ у кући, али се помоћ у кући превасходно јавља у функцији неге и лечења у кући.

Слична је ситуација и у другим републикама, где су, такође, ове институције, чија је мрежа више него неразвијена (у ствари, у рудиментарној фази развоја)², основане ради обезбеђивања неге болесних људи, а будући да у кућном лечењу и реконвалесценцији превалирају хронични болесници нормално је да се међу њима јавља највећи број људи старих 60 и више година (око 80%).

Није спорно да помоћ у кући мора да се јавља и у функцији кућног лечења и неге у стану, али треба онда јасно истаћи да се она, на овај начин, јавља у функцији здравствене заштите.

Тако, на пример, у Закључцима I конгреса домова здравља (Аранђеловац, 7–10. октобар 1981. године), поред осталог, стоји и следеће:

Кућна нега болесника за које је одређено кућно лечење саставни је део програма кућног лечења и оно се може одвијати само у саставу тог програма, јер је нега болесника значајна компонента која доприноси излечењу.

Носиоци организације кућне неге су обавезни да кроз спровођење програма неге обезбеде и реализацију ванмедицинских садржаја како би комплетно задовољили све потребе болесника.

Кућно лечење и нега организују се и одвијају првенствено кроз домове здравља који су основни носиоци ове активности. Могу се, такође, организовати и спроводити и кроз друге организационе модалитете који су ствар потреба и могућности средине у складу са Законом.

У документу Републичког друштвеног савета за здравствену заштиту СР Србије („Предлог (Смернице) за унапређење здравствене заштите у области хроничних масовних обољења и њихових последица”, јуни 1982. године), поред осталог стоји и следеће:

² У СР Хрватској ради 10 професионалних служби за кућну негу: у Загребу 2, Сплиту 2, у Карловцу, Дугој Реси, Озељу, Ријеци и Пули (од тога 7 делује у склопу Црвеног крста). Вршене су припреме за оснивање у Осијеку, Валпову, Кутини, Вуковару, Крижевцима и Пакрацу.

Кућно лечење и нега треба да буду саставни део савремене здравствене заштите и продуженог болничког лечења и рехабилитације.

У Програму за спровођење кућног лечења и неге из 1978. године (Завод за хронична обољења и геронтологију из Београда), поред осталог стоји и следеће:

Кућно лечење и нега као саставни део јединствене и свеобухватне здравствене заштите.

У практичној реализацији веома је значајно раздвојити медицинске и специфициране здравствене задатке од оних немедицинских и других услуга које су неопходне у утврђивању финансијских обавеза извршилаца ових задатака.

У Закључцима о заштити хроничних оболелих лица Социјално-здравственог већа Скупштине СР Србије, из 1970. године, поред осталог стоји и следеће:

У циљу стварања правне основе и материјалних услова за развијање систематске и комплексне заштите хронично оболелих лица потребно је лечење у кући-стану и кућну негу болесника третирати једнако као и лечење у амбулантним и стационарним установама, а самоуправним актима заједница здравственог осигурања право на кућну негу признати свим члановима осигураниковог домаћинства који по осигуранику остварују право на здравствену заштиту, уз утврђивање одговарајућих диференцијалних услова за коришћење тог права.

У елаборату Градског завода за здравствену заштиту Београд (Концепт организације и начина финансирања службе кућне неге неспособних лица – из 1973. године), поред осталог стоји:

Кућна нега у ширем смислу обухвата 3 појма: три делатности које се могу именовати као: кућна нега болесника, кућна помоћ (или хигијенско-техничка помоћ болесницима) и социјална помоћ за остваривање и заштиту права болесника.

Кућна нега болесника, као саставни део лечења у кући, обухвата: личну хигијену болесника, хигијену кревета и просторије, одржавање везе са лекаром и вршење упутства лекара, као и благовремено давање лекова, предхрана декубитиса, одређене рехабилитационе поступке, припремање дијеталне исхране, храњење болесника (ако он то сам не може), организовање професионалне или окупационе терапије.

Кућна помоћ болесницима (хигијенско-техничка помоћ) обухвата: обављање послова чишћења и спремања стана, одржавање хигијене рубља, набавка хране и припрема, загревање просторија, оправка електричних апарата и др. Социјална помоћ обухвата: правну помоћ, материјалну помоћ, организовање суседске помоћи и др.

Све ове врсте помоћи толико су испреплетане, а најчешће толико неопходне једном истом болеснику да свако ускраћивање може да ремети или директно да негативно утиче на остале подврсте кућне неге, тј. кућне неге у ширем смислу.

Интересантно је, међутим, да постојеће институције (Табела 5) које обезбеђују помоћ у кући у функцији неге у стану (и кућног лечења) имају веома различит статус: од три установе са подручја СР Србије ван покрајина две имају статус здравствене организације, а једна статус организације социјалне заштите.

Од три институције са подручја Војводин све три имају статус организације социјалне заштите.

Од пет наведених институција са подручја других република, једна има статус здравствене организације, две имају статус организације социјалне заштите и две су у саставу хуманитарних организација.

Табела 5. Статус и носиоци финансирања

Место	Подаци из године	Статус	Финансиран од
Београд	1981.	Самостална здравствена установа	СИЗ здравствене заштите 100% СИЗ здравствене заштите 5%
Ниш	1983.	Самостална здравствена установа	СИЗ социјалне заштите 15,43% и корисници 9,05%
Трстеник	1983.	Радна јединица организације социјалне заштите	СИЗ здравствене заштите 50% СИЗ социјалне заштите 50%

Нови Сад	1980.	Радна јединица организације социјалне заштите	СИЗ здравствене заштите 100%
Суботица	1980.	Радна јединица организације социјалне заштите	СИЗ здравствене заштите 100%
Сремска Митровица	1983.	Радна јединица организације социјалне заштите	СИЗ здравствене заштите 80% СИЗ социјалне заштите 20%
Сарајево	1979.	Самостална економска јединица хуманитарне организације	СИЗ здравства, а за кориснике социјалне помоћи СИЗ социјалне заштите
Мостар	1982.	–	–
Загреб	1980.	Самостална здравствена организација	СИЗ здравствене заштите, а за кориснике социјалне помоћи СИЗ социјалне заштите
Пула	1979.	Радна организација социјалне заштите	СИЗ социјалне заштите 95% СИЗ здравствене заштите 3% Корисници 2%
Карловац	1979.	Хуманитарна организација	СИЗ здравствене заштите 73% СИЗ социјалне заштите 4% Корисници 23%

Ово шаренило показује да нису још рашчишћена основна статусна и систематска питања кућног лечења, неге и помоћи у кући, што, такође, илуструју и подаци о финансирању ових институција.

Из Табеле 5 види се да међу овим институцијама има оних чију делатност у потпуности финансира одговарајући СИЗ здравствене заштите, али да има и институција чију делатност у пружању неге и помоћи у кући у целости финансира одговарајући СИЗ социјалне заштите. Има и институција које се финансирају удруженим средствима

СИЗ-ова здравствене и социјалне заштите, према кључу који су споразумно утврдили и који се креће од 50% према 70% до 73% према 4% (Табела 5).

Погледајмо који се све послови финансирају из средстава социјалне заштите, који очигледно не спадају у њену функцију већ у делокруг здравствене заштите: нега природних отвора, спровођење интимне неге, предохрана декубитиса, предохрана против запаљења плућа, примена локалне топлоте и хладноће, старање да се лекови уредно узимају, контрола виталних функција и евидентирање истих, систематско праћење објективних и субјективних промена, масажа, помоћ при вежбама, одржавање личне хигијене и помоћ при купању и др.

Намеће се питање: да ли је оправдано да се СИЗ-ови социјалне заштите јављају као финансијери помоћи у кући када је она у функцији кућног лечења и неге у стану (занемарујемо у овом моменту апсурдну чињеницу да у неким општинама социјална заштита у целини финансира негу у стану).

Ако је кућно лечење и нега у стану својеврстан продужетак болничког лечења или алтернатива болничком лечењу, и ако су, како се види из наведених докумената из области здравствене заштите, кућно лечење и нега у стану „саставни део здравствене заштите”, онда се може поставити питање опортуности ангажовања ионако скромних и недовољних средстава социјалне заштите у финансирању ове здравствене функције, јер би се, аналогно томе, могло поставити и питање партиципације социјалне заштите и других одговарајућих ванздравствених фондова (пензијско-инвалидског осигурања, борачке заштите и др) и у трошковима болничког лечења у делу његових немедицинских услуга (исхрана и др).

Друго је питање, ако, и када, здравствена организација за кућно лечење и негу обезбеђује и помоћ у кући, и то не у функцији кућног лечења и неге, већ у виду социјално-заштитних и социјално-услужних услуга, као облик друштвене помоћи у старости, лицима код којих нема медицинских индикација за кућно лечење и негу у стану, као што је, донекле, то случај код Центра за кућно лечење и негу у Нишу, али се одмах намеће питање да ли је такав начин обезбеђивања помоћи у кући и јефтинији (односно скупљи) него што би било ако би га обезбеђивала одговарајућа организација социјалне заштите (виши

лични дохоци лекара и квалификованог здравственог особља и сразмерно веће обавезе према фондовима организација удруженог рада и др. у здравственим установама).

Анализа структуре запослених (Табела 6) и анализа делокруга, задатака и номенклатуре послова постојећих институција за пружање неге у кући, такође, показује да се помоћ у кући јавља у функцији неге и лечења у кући.

Табела 6. Радници, корисници, цена

Место	Запослени радници		Корисници	Цена часа
Београд	Укупно Неговатељица Лекара Виших медицинских сестара Социјалних радника	450 403 2 3 2	500	100,35
Ниш	Укупно Медицинских сестара Домаћица Лекара Виших медицинских сестара	48 24 16 5 1	80 кућно лечење и нега 50 помоћ у кући	182,00 150,00 100 (соц. р.)
Трстеник	Неговатељица Виших медицинских сестара	4 1	16	132,00
Нови Сад	Укупно Медицинских сестара Неговатељица Хигијеничара Социјалних радника	22 6 9 6 1	125	183,00
Суботица	Укупно	28	–	163,00 (нега)
Сремска Митровица	Неговатељица Виших медицинских сестара	4 1	18	132,00
Сарајево	–	35		–

Загреб	Укупно Домаћица	234 20	80–90 6 897	(нега) 100,00 (помоћ) 80,00
Пула	Укупно	23	88	–
Карловац	Укупно Неговатељица Медицинских сестара Спремачица Физиотерапеута	35 30 2 2 1	124	–

Центар за кућну негу болесника из Београда врши разграничење између послова неге и лечења (са физикалном, радном и окупационом терапијом) и помоћи у кући, коју опет дели на (1) услуге из области социјалног збрињавања и иницирања заштите по Закону о браку и породичним односима и на (2) сервисне услуге у стану и ван њега са циљем обезбеђивања свакодневних потреба болесника.

Међу послове из домена услуга социјалног збрињавања назначени су и они који не би морали бити у надлежности ове службе (јер су већ у надлежности центра за социјални рад): помоћ у остваривању права на пензију, инвалиднину, кадровску помоћ и друге материјалне помоћи; изналагање и идентификовање блиских сродника који су по Закону обавезни да издржавају неговано лице; праћење спровођења судске одлуке о издржавању негованог лица и предузимање потребних мера за спровођење одлуке; рад на институционалном смештају негованих лица; решавање стамбеног питања; учествовање у утврђивању имовине негованих лица и др.

Иста се примедба може дати и у односу на поједине „услуге социјалне заштите” код Центра за кућно лечење и негу из Ниша: вођење поступка за остваривање права из домена социјалне заштите и материјалног положаја корисника.

Значајно је напоменути да је пракса скоро код свих анализираних институција да матични лекар одређује којем болеснику су потребне услуге помоћи у кући, неге и лечења: Београд, Ниш, Загреб, Суботица и др, што је и логично, јер се ради о мери здравствене заштите.

И најзад, вратимо се поново на констатацију дату на почетку овог прилога: да у СР Србији ван покрајина нема ниједне институције која обезбеђује помоћ у кући у њеној социјално-заштитној и социјално-сервисној функцији, иако за таквим услугама има потребе у свакој општини и у сваком месту (Табела 3).

Шта је разлог томе и шта утиче да се, ионако недовољна, средства социјалне заштите усмеравају на финансирање једне здравствене функције, као што је то кућно лечење и нега.

Поред других околности (које не би овом приликом наводили), на овакву оријентацију одређен утицај има и важећа законска терминологија, јер у чл. 21. Закона о социјалној заштити употребљава се термин „кућна нега и помоћ у кући”, да би се у чл. 26. истог Закона дала ближа одредба тог термина:

Кућна нега и помоћ у кући имају за циљ да се старим и изнемоглим хронично оболелим и другим лицима, која нису у стању да се сама о себи старају, обезбеди потребна нега и обављање неопходних кућних послова, одржавање чистоће, исхране, набавке и друго.

У чл. 64. Закона о социјалној заштити се на следећи начин ближе дефинишу организације удруженог рада социјалне заштите за кућну негу и помоћ: „Организације удруженог рада за кућну негу и другу помоћ, обезбеђују изнемоглим старим и другим одраслим лицима услуге у вези са њиховом исхраном, **личном хигијеном** и другим пословима у њиховом домаћинству” (подвукао П. М.).

Подсетимо да се и у Закону о здравственој заштити (чл. 86) користи термин „кућна нега болесника”, али у контексту кућног лечења, па би „кућну негу” у смислу Закона о социјалној заштити требало, по нашем мишљењу, схватити у смислу подруштвљавања једне породичне функције, коју је патријархална породица сама остваривала (нега болесних, онемоћалих и остарелих чланова), а коју савремена породица, из већ познатих разлога, све је мање у стању да сама остварује, па се нужно у обезбеђивању ове (и многих других) породичних функција јавља друштво, односно одговарајуће друштвене институције.

Према томе, термин „нега”, са становишта Закона о социјалној заштити, нема уже медицинско значење већ је синоним за „породичну негу”, тј. за ону негу коју чланови породице, тамо где их има, и где су

у могућности, пружају другим члановима породице када су оболели или неспособни, односно изнемогли.

Сходно томе, под „кућном негом”, у смислу Закона о социјалној заштити, треба подразумевати замену за ону „породичну негу” (која је лаичка), која се не може обезбедити од стране чланова одређене породице, па се стога нужно јавља друштво, преко одговарајућих друштвених институција, да обезбеди потребну „породичну” негу и помоћ у кући.

Ако је ово становиште исправно, а сматрамо да јесте, онда не би смело да буде више дилема да ли је помоћ у кући превасходно социјална функција, односно функција социјалне заштите.

Сходно томе, основна одговорност за стварање услова за ширу примену „помоћи у кући” је на социјалним факторима, пре свега на самоуправним интересним заједницама социјалне заштите, центрима за социјални рад и домовима за пензионере и друга стара лица (у смислу њиховог „отварања” према тзв. отвореним облицима друштвене помоћи у старости и постепеног прерастања у савремене геронтолошке институције мултифункционалног карактера), а затим (у смислу иницирања и партиципирања) и на самоуправним интересним заједницама пензијско-инвалидског осигурања, органима и службама борачке заштите, организацијама Црвеног крста, удружењима пензионера, Савезу бораца, месним заједницама и другим самоуправним и друштвено-политичким организацијама и заједницама.

Да би се убудуће избегли овакви неспоразуми око непрецизне и двосмислене терминологије, требало би предложити да се у Закону о социјалној заштити, код овог облика друштвене помоћи, изоставе из њеног назива речи „нега у кући” тако да његов назив буде „помоћ у кући” (мада ни он није довољно адекватан, али је присутан и у стравној терминологији, на пример, у Француској, „l'aide à domicile”). До измене Закона пожељно би било дати одговарајуће тумачење термина „нега у кући” са становишта Закона о социјалној заштити.

Резимирајући изложено, могли би се дати следећи закључци:

1. Да је неопходно правити дистинкцију између „помоћи у кући”, у функцији кућног лечења и неге у стану, као облицима

здравствене заштите, и „помоћи у кући”, као делатности организација удруженог рада социјалне заштите, социјално-заштитног и социјално-услужног карактера у смислу подруштвљавања социјално-заштитне улоге породице у погледу бриге и неге болесних и онемоћалих чланова.

2. Да средства социјалне заштите, пензијско-инвалидског осигурања и борачке заштите треба, по правилу, усмеравати и ангажовати за финансирање „помоћи у кући” као делатности организација удруженог рада социјалне заштите социјално-заштитног и социјално-услужног карактера.
3. Да је потребно обезбедити знатно бржи развој служби за пружање „помоћи у кући” – као делатност организација удруженог рада социјалне заштите.
4. Да службе за „помоћ у кући” треба, првенствено, формирати при постојећим институцијама за старе, пре свега, при домовима и клубовима за пензионере и друга стара лица и при центрима за социјални рад, а тамо где таквих установа нема изналазити најрационалнија и најфункционалнија решења, с тим да њихове услуге могу користити и друге особе којима су оне потреба (млада инвалидна лица и др).
5. Предложити да се у чл. 21, 26. и 64. Закона о социјалној заштити изостави термин „кућна нега”, а до измене Закона дати тумачење да се термин „кућна нега” треба да схвати у смислу подруштвљавања „породичне неге” а не у смислу делатности здравственог карактера.
6. Предложити доношење прописа којим би се ближе разрадила и регулисала материја „помоћ у кући” и утврдило да се под „помоћи у кући” подразумева обављање следећих послова:
 - а. Свакодневно одржавање чистоће и уредности стамбених просторија, повремено тзв. велико чишћење и спремање стамбених просторија, прање прозора и врата, прање пода и сл;
 - б. Прање постељине и рубља, односно одношење и доношење постељине и рубља са прања, простирање и пеглање постељине и рубља и сл;

- в. Куповина намирница, штампе, плина, огрева и др;
- г. Доношење огревног материјала и ложење и чишћење пећи;
- д. Кување чаја, млека, кафе и спремање хладних obroka (евентуално и куваних јела), односно доношење топлих obroka из ресторана друштвене исхране и помоћ при узимању obroka;
- ђ. Куповина лекова и других ситних потроштина;
- е. Помоћ при одржавању личне хигијене и при облачењу;
- ж. Прање посуђа;
- з. Одвођење код лекара у здравствену установу, извођење у шетњу и посете пријатељима, биоскопу и сл;
- и. Снабдевање књигама из јавне библиотеке;
- ј. Прављење друштва уз разговор, читање, писање песама и др.

III ПРЕВОД

ГЛОБАЛНИ ИЗВЕШТАЈ О ЕЈЦИЗМУ*

Скала ејцизма према старијима

1. Институционални ејцизам

Институционални ејцизам може се манифестовати посредством различитих институција, као што су оне које пружају здравствену и социјалну заштиту, затим на радном месту, у медијима и у правном систему.

1.1. Ејцизам у здравственој и социјалној заштити

Рационализација трошкова у здравству је широко распрострањена. Систематски преглед из 2020. године показао је да је 85% (127) од 149 студија потврдило да су године живота опредељивале то ко ће добити одређене медицинске процедуре или третмане. У једној студији, спроведеној у пет здравствених центара у Сједињеним Америчким Државама, истраживан је начин на који године живота утичу на одлуке медицинског особља о обустављању супортативних терапија на узорку од 9.000 пацијената оболелих од болести са високим стопама морталитета. Што су пацијенти били старији била је мања вероватноћа да ће им здравствено особље пружити вентилациону подршку, хируршке интервенције и дијализу. За вентилациону подршку стопа одлука о непружању терапије увећавала се за 15% за сваку деценију старости; за хируршке интервенције за 19%, а за дијализу за 12%.

* Овај текст је преведен и приређен текст другог поглавља „Глобалног извештаја о ејцизму”, који је сачинила Светска здравствена организација 2021. године. Извештај је доступан на <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combatting-ageism/global-report-on-ageism>

Старији су често искључени из истраживања у области здравства, иако представљају диспропорционалан удео у укупном оптерећењу болешћу и коришћењу лекова и терапија на рецепт. Систематским прегледом утврђени су докази о еџизму у свих 49 студија у којима је истраживана веза између година живота и искључености из различитих врста истраживања у области здравства. Ове студије показале су да су старији систематски искључивани из клиничких проба у кардиологији, интерној медицини, нефрологији, неурологији, превентивној медицини, психијатрији, реуматологији, онкологији и урологији, иако су многа стања од ових која су истраживана више заступљена у старости.

На тај начин, пацијенти укључени у бројне клиничке пробе нису репрезентативни са аспекта стварне дистрибуције пацијената у општој популацији, а налази тих истраживања – о безбедности и ефикасности третмана – можда се не могу применити на старије. Истраживања Паркинсонове болести, која углавном погађа популацију старијих, јасно показују ово искључивање. Систематском анализом 206 истраживачких студија, у којима су регрутовани пацијенти са Паркинсоновом болешћу, утврђено је да је скоро 50% њих искључивало пацијенте који су имали преко 79,3 година.

Степен до ког запослени у здравственој и социјалној заштити имају еџистичке ставове према пацијентима, иако се сматра високим, није извесно сигуран. Преглед 12 прегледа литературе о еџизму међу здравственим радницима (нпр. медицинским сестрама, пружаоцима здравствене заштите уопштено, студентима медицине и здравствене неге) доноси закључак о контрадикторним и неконклузивним закључцима, али и о ниском квалитету многих студија.

Овај преглед наглашава ургентну потребу за квалитетним студијама о еџизму међу запосленима у здравственој и социјалној заштити, с обзиром на то да је еџизам повезан са смањеним приступом здравственој заштити. Преглед ставова медицинских сестара према нези старијих, спроведен 2017. године, указао је на то да су истраживања на ову тему ретка, али и да су ретки докази за тврдњу о комплексним и контрадикторним ставовима медицинских сестара.

Неколико студија показало је и да запослени у заштити менталног здравља нису адекватно обучени за рад са старијим пацијентима,

да им недостају клиничне вештине потребне за дијагностификовање и рад са старијим пацијентима који имају менталне проблеме, да имају негативне ставове према овој популацији и да су мање спремни да раде са њом.

Иако се потребе за социјалном заштитом, укључујући дуготрајну заштиту, увећавају, а очекује се и даљи раст као последица старења становништва, истраживања манифестација ејџизма у социјалној заштити, укључујући дуготрајну заштиту, су ограничена, нарочито у контекстима са оскудним ресурсима. Упркос томе, у малом броју постојећих студија могу се пронаћи јасне манифестације ејџизма у дуготрајној заштити. На пример, једна студија у Канади указује на то да већина старијих смештених у установе дуготрајне заштите перципира комуникацију са пружаоцима услуга ејџистичком. Пружаоци услуга користе контролисан језик и инфантилне и патерналистичке начине комуникације са њима. У установама дуготрајне заштите у Израелу ејџизам је евидентан кроз одсуство прецизне медицинске дијагнозе, посматрање старијих као објеката, рутинско занемаривање њихових потреба и настојања да се сачине уштеде на рачун њихових трошкова.

У Аустралији је у неколико испитивања и прегледа показано присуство ејџизма у сектору дуготрајне заштите, на пример, у врстама услуга које се пружају старијима, језику који се користи у интеракцијама са њима и у претпоставкама о њиховим преференцијама и капацитетима. Као реакција на то, Аустралијска комисија за људска права сачинила је поднесак Краљевској комисији за квалитет и безбедност неге старијих, који је обухватио серију препорука о томе како реаговати на ејџизам у дуготрајној заштити, кроз усвајање перспективе људских права.

Старосна предрасуда утиче на врсту информација које запослени у здравству траже у својим интеракцијама са пацијентима. На пример, у једној студији утврђено је да психијатри у Уједињеном Краљевству узимају сексуални историјат чешће од средовечних него од старијих мушкараца, што би могло да има импликације на рано откривање и третирање сексуално преносивих болести или неких других стања.

Други пример подмуклог присуства ејџизма у здравственој и социјалној заштити је доказан током КОВИД-19 пандемије, која је погодила друштва до саме сржи.

1.2. Ејџизам на радном месту

Неколико прегледа показало је да је ејџизам на радном месту присутан у читавом радном циклусу: током запошљавања, након запошљавања и приликом отпуштања и процеса пензионисања. Ејџизам на радном месту може да лимитира приходе у старости.

На пример, систематски преглед 60 студија показао је да су послодавци са мањом вероватноћом запошљавали старије кандидате него млађе; да, када их запосле, старији радници имају мање приступа обукама, и да се они који се суочавају са ејџизмом на радном месту са већом вероватноћом раније пензионишу.

Метаанализа, која је квантитативно сумирала ефекте ејџизма на старије раднике на радном месту, показала је да је ејџизам утицао на процес запошљавања старијих радника, њихово каријерно напредовање, процене радних учинака и евалуације интерперсоналних вештина. У различитим секторима (нпр. угоститељство, продаја, рачуноводство), млађи радници ће са већом вероватноћом бити позвани на интервјуе за посао и запослени у односу на средовечне и старије. На пример, у Шпанији, када се послодавцима презентује радна биографија старијег и млађег кандидата, који имају еквивалентне карактеристике, млађим кандидатима се даје предност у односу на средовечне, и то у шест професија. У овом истраживању, кандидати преко 28 година старости позивани су 77% више на интервјуе у односу на кандидате преко 38 година старости. Овакво искуство старијих кандидата пријављених за посао могло је бити и чешће, у зависности од послова који захтевају специјализовану обуку или на радним местима захваћеним технолошким променама. Ови налази истраживања потврђени су и у истраживању ставова јавности из 2015. године, када је утврђено да више од половине Европљана верује да године живота представљају ограничавајући фактор приликом пријављивања за посао за оне који имају преко 55 година, док је само 16% сматрало да је то недостатак за оне који су млађи од 30 година.

Ејџизам, за оне који су запослени, утиче на приступ приликама за обуке, при чему су најстарији најизложенији овом проблему. Студија у Швајцарској показала је да 53% запослених свих узраста сматра да је старије теже обучити, а 52% сматра да су старији радници мање

заинтересовани за изазовне послове. Истраживање здравља, старења и пензионисања у Европи показало је да скоро половина свих запослених, који су старији преко 50 година у Грчкој, Мађарској, Пољској и Шпанији, изјављује да нема приступ обукама.

Ејџизам може да доведе и до превременог пензионисања старијих радника. У једној експерименталној студији која је обухватила старије запослене службенике у Белгији, они од њих којима су презентоване негативне информације о капацитетима старијих радника били су склонији исказивању намере да се превремено пензионишу, него они којима су презентоване позитивне информације.

1.3. Ејџизам и медији

Ејџизам је у медијима распрострањен. Представљања на телевизији, друштвеним мрежама и у штампи су од круцијалног значаја, зато што утичу на свакодневне перцепције и интеракције, укључујући и то како се односимо према старијима, те обликују начине на које видимо сопствено старење.

Преглед 25 емпијских студија, спроведених од 1982. до 2020. године, у којима су анализиране визуелне репрезентације старијих у штампаним и телевизијским огласима и програмима у Европи и Северној Америци, показао је да су до 1990-их година старији били недовољно заступљени и портретисани негативно. Током 1990-их година, иако су и даље били недовољно заступљени, дошло је до преокрета, тако што су негативни стереотипи о старијима као неатрактивнима, несрећнима, нездравима, усамљенима и зависнима трансформисани у нови стереотип о старијима, као активнима и некеме ко ужива у животу, те има здраве животне стилове. У овом преокрету имплицитно је то да портретисање позитивног старења може да прикрије суптилнију форму ејџизма: да је добро здравље у старости избор и одговорност појединца, те да неједнакости у приступу ресурсима имају врло мали утицај.

Две студије илуструју недовољну заступљеност старијих у медијима. У првој је утврђено да је само 1,5% ликова на телевизији у САД старије, да већина њих има мање улоге и да су често у улогама

које су у функцији комичних ефеката, заснованих на стереотипима на физичкој, когнитивној и сексуалној неефективности. Друга студија, анализа телевизијских серија у Немачкој, приказиваних у ударним терминима, показала је да само 8,5% главних ликова у њима јесу старији.

Ејџизам на друштвеним мрежама добија све већу пажњу истраживача. Студија која се фокусира на репрезентацију старења и старијих на Твитеру, на основу 1200 твитова, утврдила је да језик твитова ојачава негативне стереотипе о старијима, као особама без моћи, које припадају групама вулнерабилних и хомогених између себе, а да је старење нешто чему се треба супротставити, што треба успорити или прикрити. Друга студија 354 твита показала је да је 12% (43 њих) садржало ејџистички језик. Анализом 84 Фејсбук група, које су се бавиле старијима, утврђено је да је ејџизам раширен међу групама. Анализа текстова у којима су групе описивале себе указује да су се све, са изузетком једне, фокусирале на негативне стереотипе о старењу: 74% (62 од 84) је искључивало старије, 27% (23 од 84) их је приказивало као инфантилне, а 37% (31 од 84) залагало се за забрану старијима да учествују у јавним активностима, попут куповине.

У свету медијски прикази старијих варирају. Преглед 25 студија из различитих земаља које припадају СЗО-овим регионима Америке, Европе, Југоисточне Азије и Западног Пацифика истраживао је како су старији приказани у масовним медијима и утврдио да постоје знатне разлике међу друштвима, као и унутар азијских земаља. На пример, у штампаним медијима у Кини, специјални административни регион Хонг Конг, као доминантну тему имао је вулнерабилност, док се у кинеским масовним медијима истицало поштовање према старијима од стране чланова њихових породица. Поређење приказивања старијих у огласима у ударним телевизијским програмима у Републици Кореји и САД показало је да старији са већом вероватноћом имају главне улоге и позитивно приказивање у Републици Кореји.

У Јапану, анализа око 3.000 телевизијских реклама, приказиваних на пет највећих комерцијалних телевизијских станица, показала је да су старији приказивани повољније, чешће и у важнијим улогама у 2007. него у 1997. години. Међутим, стари су и даље недовољно заступљени. Студија у којој нигеријски студенти треба да опишу начин

представљања старијих у нигеријским филмовима показује да испитаници сматрају да су старији приказани „чудно”, као „слаби”, „сиромашни” и „ђаволски”.

Ејџизам и сексизам су у медијима повезани. Анализа 2.000 холивудских филмова показује да жене имају све мање дијалога како су старије: у 38% дијалога учествују жене старости од 22 до 31 године, а 20% жена старости од 42 до 65 година живота. Насупрот томе, мушки ликови добијају све више речи на екрану како старе, али до 65. године живота. Када напуне 65 година почињу да буду перципирани као стари. Тада мушкарци изговарају само 5% дијалога, а жене 3%. Чињеница да је већа вероватноћа да ће жене мање бити представљене у медијима од мушкараца уочава се у читавом свету.

1.4. Ејџизам у законодавном систему

Ејџизам усмерен према старијима у законодавном систему проучава се са аспекта коришћења арбитрарне старосне границе у законодавству, у судским поступцима и пресудама. Примери арбитрарних ограничења обухватају законодавство које спецификује горњу старосну границу за трансплантацију органа, без обзира на капацитете пацијената и законодавство које условљава пензионисање само на основу година живота.

Студије судских поступака и пресуда такође идентификују присуство ејџизма. Студија спроведена у Израелу садржала је питање за старије жене о њиховим правосудним искуствима током поступака развода у каснијем животном добу. Испитанице су навеле да су се суочиле са ејџизмом кроз начин на који су их судије и адвокати третирали. Друга студија, такође из Израела, у којој су испитивана знања и ставови адвоката према старењу и старијима, утврдила је да су адвокати показали низак ниво знања о старењу, иако су углавном имали неутралне и неејџистичке ставове према старијим клијентима.

У другој студији деконструисани су ефекти година живота и пола на кредибилитет сведока. Око 1.300 студената основних студија прочитало је резиме случаја и изјаве сведока различитих полова и година живота (49, 69, 79 или 89 година). Утврђено је да старији сведоци нису

сматрани мање кредибилнима од млађих, те да су старији мушкарци, али не и старије жене, сматрани кредибилнијим сведоцима него средовечни.

1.5. Други институционални контексти

Ејџизам се манифестује у низу различитих институција и сектора, укључујући становање, технологију, финансије, реаговање у ванредним околностима и у начинима на које се статистика и подаци сакупљају и воде, што не представља тему од интереса за истраживаче.

1.5.1. Становање

У области становања, дискриминација по основу година живота може се јавити током потраге за потенцијалним станарима, у смислу услова и одредби који се примењују на оне који изнајмљују станове, и на начин на који се од људи захтева да напусте изнајмљене станове. На пример, студија у Јапану показала је да је дискриминација старијих закупаца станова у вези са неколико фактора, укључујући страх да ће старији закупци чешће ступати у сукобе са другим закупцима; бриге поводом занемаривања и безбедносних проблема, као што су пожари; и бојазни да ће старији закупци остати током дужег времена, због чега ће бити тешко да им се подигне кирија. Ејџизам, исто тако, може се манифестовати кроз непостојање приступа, безбедности и квалитета станова за старије.

1.5.2. Технологија

Иако технологија има потенцијал да унапреди животе старијих, отворио се дигитални јаз између старијих и млађих, који је делимично последица ејџизма. На пример, старији који су интернализовали стереотип да старији не могу да овладају технологијом, можда неће ни пробати да усвоје нове технологије. Ејџистичким стереотипима може се објаснити и зашто су старији ретко укључени у фокус групе за процене дизајна нових дигиталних технологија.

1.5.3. Финансијске институције

Показало се да многе кредитне и зајамске шеме, нарочито у ниско и средње доходовним државама, дискриминишу старије, а често им и онемогућују приступ. Жене су у нарочито лошем положају – што је даљи пример узајамног подстицања ејџизма и сексизма, пошто често немају сопствене приходе, нити контролу над непокретном имовином, попут земљишта, која би могла да представља гаранцију, и ограничено су изложене пословању или сектору формалног запослења.

Финансијске институције у високо доходовним државама признају да је ејџизам раширен. Ипак, студије о ејџизму у финансијским услугама изузетно су ретке. У Извештају тела за финансијско пословање Уједињеног Краљевства наводи се чињеница да ће старији са већом вероватноћом бити жртве старосне дискриминације у сектору финансијских услуга због година живота – а не пола или расе – што може да се употреби као фактор ризика приликом утврђивања цена финансијских производа, а финансијске институције могу одбити да обезбеде финансијске производе некој старосној групи. На пример, будући да ризици у вези са осигурањем нису равномерно дистрибуирани кроз различита животна доба, постављају се лимити у погледу горње старосне границе за већину нових полиса путног осигурања, а хипотеке и премије за приватно здравствено осигурање су више за старије.

1.5.4. Природне непогоде и ванредне ситуације изазване конфликтима

Занемаривање старијих током природних непогода и ванредних ситуација изазваних конфликтима све је видљивије последњих година. Старији представљају велики и све већи број оних који су захваћени ванредним приликама, укључујући природне непогоде и ванредне ситуације. Старији се занемарују и током алоцирања хуманитарне помоћи. У једном извештају из 2016. године испитивано је финансирање у хуманитарним ситуацијама од стране УН-а, употребом прокси индикатора степена до ког се специфичне потребе старијих рефлектују у програмирању хуманитарне помоћи. Показало се да је од 16.221 пројекта, спроведеног од 2010. до 2014. године, само 6%

(1.009) обухватало једну или више активности које су биле усмерене према старијима или су укључивале старије, заједно са осталим вулнерабилним групама. Само 51% (513) од овог броја пројеката било је и финансирано.

1.5.5. Статистика и подаци

Ејџизам се манифестује и кроз начине на које се води статистика и прикупљају подаци. Примери су једноставно неприкупљање података о старијима, или неразлагање података, уколико се прикупљају, према годинама живота. На пример, често подаци о јавном здрављу имају фокус на женама старости од 15 до 49 година или су сви подаци повезани у једну старосну групу, на пример > 60 година или > 65 година, чиме се прикривају велике разлике међу старијима.

Коришћење рација зависности (број старијих преко 60 или 65 година у односу на број радно активних старости од 15 до 64 године) је друга форма ејџизма јер, последично, претпоставља да су сви старији зависни. Многи старији доприносе економијама. Старији пружају робну или финансијску подршку својој деци или унуцима. Они волонтирају. Многи од њих, нарочито у државама у којима не постоје пензијске накнаде или су оне ограничене, раде у формалној или неформалној економији, докле год могу. Рацио зависности ово не евидентира.

Трећи пример, који се често наводи, јесте индикатор превременог морталитета, који се дефинише као проценат тридесетогодишњака који ће умрети пре своје седамдесете године, услед различитих болести, укључујући кардиоваскуларне, тумор, дијабетес или хроничну респираторну болест. Овај индикатор користи СЗО и укључен је и у Циљеве одрживог развоја, а представља снажан сигнал у корист дискриминација старијих приликом опредељивања здравствених ресурса и прикупљања података.

1.5.6. Образовање

Образовање је кључна институција у којој ејџизам тек започиње да добија пажњу. У САД, на пример, у 2014. години скоро 300.000 одраслих преко 55 година уписано је на факултете, а 21,5% популације

преко 70 година старости уписано је у неке форме целоживотног учења или образовања одраслих.

Ејџизам у високом образовању у САД има различите форме, олакшане историјски старосно сегрегираним структуром високог образовања. Може се манифестовати кроз ставове особља и студената усмерене против старијих и кроз негативне ставове самих старијих по питању њиховог повратка на студије. Ејџистичке структуралне баријере, као што су непостојање финансијских средстава и услуга подршке (нпр. помоћ са технологијом), често су такође препрека која стоји на путу студирања старијима. Из остатка света на располагању је врло мало доказа о ејџизму у образовању.

2. Интерперсонални ејџизам

Овај одељак представља преглед заступљености интерперсоналног ејџизма, са фокусом на заступљености ејџистичких ставова у различитим државама и културама, као и на евидентираним искуствима ејџизма.

2.1. Ејџистички ставови

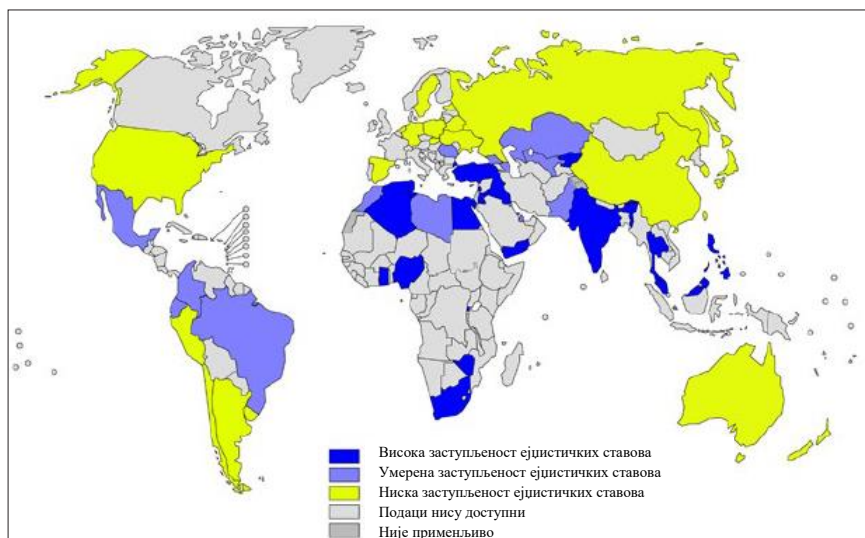
Процена заступљености интерперсоналног ејџизма, на основу испитивања више од 83.000 људи из 57 држава, које се налазе у свим регионима света које обухвата СЗО, спроведено између 2010. и 2014. године, показало је да најмање једна од сваке две особе има умерено или високо заступљене ејџистичке ставове (тј. стереотипе и предрасуде).

Иста студија класификовала је државе према ниско, умерено или високо заступљеним ејџистичким ставовима и утврдила да 34 од 57 држава има умерено или високо заступљене ејџистичке ставове (Слика 1). Највиша заступљеност ејџизма је у ниско доходовним државама и у ниско-средње доходовним државама (нпр. Индија, Нигерија, Јемен): 39% учесника у истраживању из ниско и ниско-средње доходовних држава имало је високо заступљене ејџистичке ставове. Ово јесте забрињавајуће стога што око половине (48,3%) светске популације живи у ниско и ниско-средње доходовним државама: 9,3% у ниско

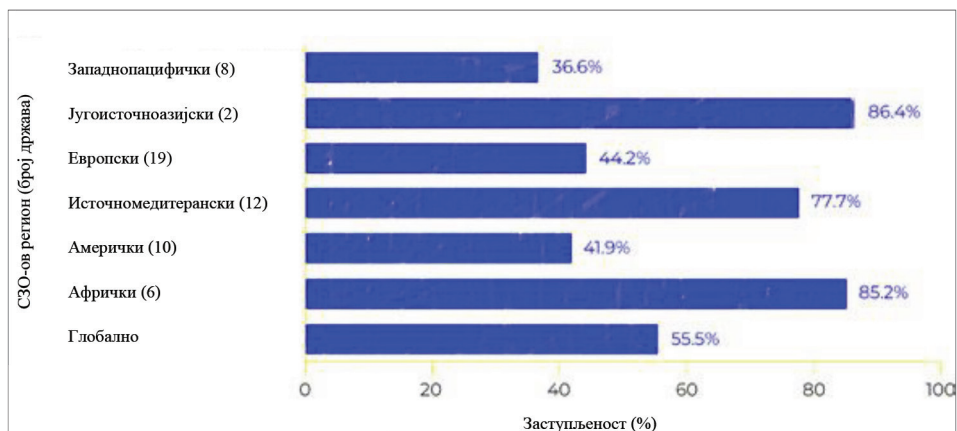
доходовним државама и 39% у ниско-средње доходовним државама. Нижа заступљеност је у високо доходовним државама (нпр. Аустралија, Јапан и Пољска): 69% учесника из високо доходовних држава имало је ниско заступљене ејдистичке ставове у поређењу са 18% из ниско и ниско-средње доходовних држава.

У погледу дистрибуције унутар различитих социјално-демографских карактеристика, анализа ових података показује да је висока заступљеност ејдистичких ставова незнатно виша међу младима и мушкарцима, те да је знатно виша међу онима с нижим степеном образовања. Важно је то да је ова студија користила обухватнију меру ејдизма од претходних студија. СЗО-ови региони Африке и Југоисточне Азије била су два региона са највећим уделом популације који има умерене или високо заступљене ејдистичке ставове (85,2% и 86,4% респективно), док су у региону Западног Пацифика најмање присутни ставови умерено или високо заступљеног ејдизма (36,6%). Даља анализа података показала је да нема знатних разлика у ејдистичким ставовима између мушкараца и жена у било ком СЗО-овом региону (Слика 2).

Слика 1. Државе класификоване према ејдистичким ставовима



Слика 2. Заступљеност популације која има умерено или снажно заступљене ејдистичке ставове, према СЗО-овим регионима



2.1.1. Ејдизам међу земљама и културама

Варијације у стопама ејдизма међу земљама и културама и фактори који могу објаснити ове разлике само су почетне ставке које је потребно истраживати. СЗО-ова анализа, спроведена на основу података из 57 земаља, јасно показује да се стопе ејдизма разликују у свету, те да ниско и ниско-средње доходовне државе имају највише стопе.

Преглед 37 радова, спроведен 2015. године, испитивао је обухватније проблематику крос-културне варијације у ејдизму. Полазна ставка било је преовлађујуће уверење да културе у СЗО-овим југоисточноазијским и западнопацифичким регионима (нпр. Кина, Индија, Јапан, Филипини и Вијетнам) више поштују старије, него англофоне државе (тј. Аустралија, Канада, Нови Зеланд, Уједињено Краљевство и САД), као и културе у СЗО-овом европском региону (нпр. Аустрија, Данска, Грчка и Шведска), услед снажнијих колективистичких традиција повезаности.

Анализом су пронађени докази за супротно: англофоне државе и оне у СЗО-овом европском региону више поштују старије него културе у СЗО-овим југоисточноазијским и западнопацифичким регионима. Подробније испитивање, међутим, показује комплекснију слику.

На пример, прегледом је установљено да људи у Кини, Јапану и Републици Кореји показују највише негативности према старијима унутар СЗО-ових југоисточноазијских и западнопацифичких региона. Неанглофони Европљани имају највећу негативност према старијима, у поређењу са северноамеричким и осталим англофоним земљама. Поврх тога, становништво у две државе (Француској и Швајцарској) има негативније перцепције о старијима од становништва у СЗО-овим источноазијским и западнопацифичким регионима. Ова анализа утврдила је и да је постојање негативних становишта о старијима подстакнуто скоријим брзим демографским променама у старењу популације.

Ови и други налази наглашавају неадекватност коришћења широких, географских генерализација за разумевање савремених ставова према старијима.

У преглед ставова о старењу и старијима у арапским културама из 2019. године укључено је седам емпиријских студија. Закључци су указали на неконклузивну и хетерогену слику и позвали на спровођење више и бољих истраживања. У неким студијама указује се на позитивније перцепције о старењу у арапским културама, него у другим проучаваним земљама (нпр. Француској, Холандији), попут веће толерантности према старијима, снажније перцепције старијих као оних који доприносе друштву и већег смисла повезаности. Али, у другим студијама, понекада спровођеним унутар једне исте земље, преовладавали су негативнији ставови. Неконклузивни налази можда су последица разлика међу испитаницима, у погледу пола, година живота, живота у руралном или урбаном насељу и нивоу образовања. Аутори претпостављају да разлике могу делимично бити последица и притиска друштвених норми које прописују уважавање старијих. То може нагнати испитанике да осете нелагоду ако је потребно да саопште негативна становишта према појединачним старијим особама, али и да се осећају слободније да буду критични према старијима уопштено.

2.1.2. Ејџизам у различитим периодима

Старосни стереотипи о старијима могу постати негативнији током времена, на шта упућују ограничени докази из земаља енгле-

ског говорног подручја. Међутим, глобални подаци о историјским трендовима заступљености не постоје. Студија заснована на анализи речи из историјског америчког енлеског језика (1810–2009) показује да старосни стереотипи постају негативнији – и то линеарно, током последњих 200 година, а да су се преокренули из позитивних у негативне око 1880. године. Два главна фактора повезана са овим преокретом била су: медиализација старења и удео старијих од 65 година у популацији.

Друга студија, која је користила претраживач *Google Books' Ngram Viewer*, који је означавао фреквенције речи у више од 5 милиона фикционих и нефикционих књига објављених између 1800. и 2000. године, показала је да је почетком 1900-их дошло до преокрета од позитивнијих ка мање позитивним терминима о старијима, што може да укаже на промену у ставовима према њима. Анализа је открила и да су младе и старије жене такође недовољно заступљене у литератури у последњих 200 година, при чему се највећа разлика јавља 1900. када се термин „старији мушкарац” појављивао више него три пута чешће од термина „старија жена”.

2.2. Искуства и перцепције интерперсоналног ејџизма

Познавање чињеница о уделу становништва који има ејџистичке ставове је важно; међутим, подаци о томе нису комплетни и са највећом вероватноћом бројке су потцењене. Подаци о ставовима су највероватније потцењени стога што људи често пружају социјално прихватљиве одговоре, а не оне који одражавају њихове истинске ставове и понашања. Поврх података о ставовима, од кључног значаја су информације о броју људи који пријављују искуство ејџизма; међутим, крос-национални подаци о дискриминацији заснованој на годинама добијају се најчешће из европских држава и фокусирају само на перципирану старосну дискриминацију.

У 28 европских држава више од једне од три старије особе од 65 година пријављује да је мета ејџизма (нпр. претрпели су увреду, злоупотребу или им је ускраћена услуга због година). Једина старосна група код које се евидентирају више стопе ејџизма били су они од 15 до 24 године старости.

Код старијих, заједно са другим старосним групама, такође се евидентирају искуства веће дискриминације на основу година, него по основу пола, расе или етничког порекла. Доступни су и новији упоредни подаци који показују да је удео људи који перципирају дискриминацију према људима старости преко 55 година врло или прилично распрострањен у Европској унији. Налази варирају од чак двоје од троје у Бугарској (63,1%), до само једног од четворо у Данској (23,6%).

Иако недостају упоредиви крос-национални подаци из других делова света о искуствима и перцепцијама ејџизма, на располагању су студије из неких земаља. На пример, у национално репрезентативном узорку људи старости преко 50 година у Бразилу, 16,8% испитиване популације изјавило је да се осећало као жртва неке врсте дискриминације у прошлости. Овај удео је виши међу становницима урбаних него руралних насеља, најчешће се дешава у здравственим установама, а најмање на радном месту.

Дискриминација удовица – којих је у читавом свету око 250 милиона – и оптужбе за вештичарење, при чему је и једно и друго често повезано са старијим женама, примери су начина на које је ејџизам повезан са сексизмом и на који поставља старије жене у ситуацију двоструке неповољности. Иако су квантитативни подаци о тачној скали дискриминације против старијих и оптужбама за вештичарење ретко доступни, они се често пријављују, нарочито, али не искључиво, у подсахарској Африци. Форме неправде којима се подвргавају удовице – на основу пресека њиховог удовичког статуса, пола и често година живота – су вишеструке, неке су раширеније, а друге културално специфичније.

Један од примера је крађа имовине и онемогућавање наслеђивања удовицама које је забележено у подсахарској Африци, Јужној Америци, јужној Азији и Блиском истоку. Други пример односи се на традиционалне обичаје повезане са удовиштвом, забрану преудаје и тзв. ритуале прочишћавања. Ови ритуали прочишћавања, који се дешавају у неким деловима подсахарске Африке, понекад захтевају да удовица има сексуалне односе са братом свог покојног супруга или неким другим мушкарцем како би се отерали зли духови.

Оптужбе за вештичарење, које су у највећем броју усмерене против старијих жена, често се евидентирају у државама подсахарске Африке. Такве оптужбе могу имати за последицу искључивање старијих жена из друштва и њихово занемаривање, протеривање и забрану боравка у заједници, спаљивање, каменовање, везивање ланцима или, у неким случајевима, убијање. У Уједињеној Републици Танзанији, на пример, евидентирана су убиства око 2.500 старијих жена од 2004. до 2009. године због оптужби за вештичарење. У Буркини Фасо стотине старијих жена оптужених за вештичарење (називаних *les mangeuses d'âmes* или прождирачице душа) убијено је или протерано. У северној Гани више од 1.000 старијих жена, оптужених за вештичарење, избачено је из кућа и живи у привременим камповима.

3. Ауто-ејдизам

Ауто-ејдизам може да има озбиљне последице по здравље људи. Али, крос-националне студије заступљености ауто-ејдизма су ретке. У Панаму је у једној студији утврђено да је скоро половина (46,3%) испитаника старости 18 до 65 година изјавила да јесте искусила ауто-ејдизам најмање једном, обично као одговор на лични физички дефицит.

У неколико студија испитиване су ауто-перцепције о старењу (нпр. перцепције људи о себи самима у процесу старења), што се понекад може сматрати индикатором ауто-ејдизма. На пример, неке студије истраживале су дистрибуцију ауто-перцепције старења у складу са различитим социјално-демографским карактеристикама, укључујући пол, расу, етничко порекло и образовање. У једној студији у Немачкој утврђено је да се позитивне ауто-перцепције о старењу увећавају у средњем добу, али да се у каснијем животу смањују. Налази о односу између пола и ауто-перцепције нису доследни. Људи са вишим приходима и образовањем имају позитивније ауто-перцепције о старењу од људи са нижим приходима и нижим образовањем.

Закључци и даљи правци

Ејџизам усмерен према старијима опстаје глобално. Манифестује се у свим кључним друштвеним установама. На пример, у здравственој и социјалној заштити, када се здравствена заштита рационализује на основу година; на радном месту током запошљавања, саме радне каријере, пензионисања и отказа; и у медијима, у којима су старији често слабо заступљени.

Глобално, најмање једна од две особе има ејџистичке ставове о старијима. У државама заступљеним у Европском социјалном испитивању једна од три особе искусила је ејџизам. Тиме ејџизам утиче на милијарде људи на глобалном нивоу – а може се и проширити. Ејџизам представља озбиљан и раширен проблем повезан са људским правима и далекосежан проблем јавног здравља.

Будући приоритети за разумевање скале проблема треба да обухвате:

- Мониторинг и праћење ејџизма у низу кључних институција, нарочито међу запосленима у здравственој и социјалној заштити, у сектору становања, у законодавном систему и током ванредних околности, као и у ниско и ниско-средње доходовним државама уопштено;
- Коришћење инструмената који се развијају за мерење различитих врста типова и димензија ејџизма;
- Спровођење испитивања ејџизма на нивоу читавог становништва, коришћењем новоразвијених инструмената, за боље процењивање глобалне заступљености и дистрибуције трендова ејџизма, укључујући ауто-ејџизам;
- Спровођење студија о пресецима између ејџизма и других „изама”, укључујући ситуације о дискриминацији удовица и оптужбе за вештичарење.

Са енглеског превела и приредила
Наталија Перишић

V ПРИКАЗИ И ПРИЛОЗИ

Наташа Тодоровић*

Геронтолошко друштво Србије

Црвени крст Србије

КОНФЕРЕНЦИЈА „ЉУДСКА ПРАВА СТАРИЈИХ”

На позив Федералног министарства здравља, социјалне заштите и заштите потрошача Републике Аустрије, представници Геронтолошког друштва Србије Наташа Тодоровић и др Милутин Врачевић учествовали су на „Међународној конференцији о људским правима старијих” у Бечу, од 29. новембра до 1. децембра 2023. године. На конференцији су учествовали министри и државни секретари Аустрије, Словеније, Бразила, Португалије, Јерменије, Молдавије и Кине, заједно са представницима Аустралије, Немачке, Канаде и Велике Британије, као и представницима организација цивилног друштва и академије, те присуство Независног експерта за људска права старијих Клаудије Малер.

Првог дана конференције, у оквиру прве сесије, фокус је био на Декларацији о правима старијих. Чак и овде, на овој конференцији, било је видљиво да постоји потреба да се језик документа ублажи, како би био прихватљивији државама чланицама које нису спремне за потписивање Нове конвенције Уједињених нација о правима старијих и како би, са друге стране, Декларација била корисна за заговарање следеће године на састанку Отворене радне групе за старије у Њујорку. Много гласова организација цивилног друштва на конференцији подржало је текст. Декларација је усвојена на завршној седници другог дана. Првог дана организоване су и две панел дискусије у којима су учествовале организације цивилног друштва, које су дале

* natasa@redcross.org.rs

веома снажан аргумент за Конвенцију Уједињених нација о правима старијих особа. На овим панелима није било представника влада.

У другом панелу, под називом „Права, изазови и решења за унапређење људских права старијих”, учествовала је Наташа Тодоровић, председница Геронтолошког друштва Србије, са темом „Социјални недостаци током Ковида”. На панелу је рекла да социјални недостаци у старијој животној доби повећавају потребу за подршком, они су често и резултат неједнакости акумулираних током живота, као и утицаја различитих фактора који се међусобно укрштају и појачавају, па тако утичу на достојанствено старење. „Ове године обележава се 75 година од усвајања Универзалне декларације о људским правима. Овај значајан документ представља наду и посвећеност човечанства поштовању основних права и слобода на које сви појединци имају право. Данас славимо достигнућа овог документа, док смо у исто време окренути и посвећени послу који је пред нама, постоји једна ’заборављена конвенција’, то је конвенција о људским правима старијих. Сада је време”.

У истом панелу учествовао је Прадеп Вагле, из Канцеларије Високог комесара за људска права, који је потврдио да је планиран састанак стручњака који је тражен у Резолуцији 54/13 и да је цивилно друштво виђено као кључна страна у том процесу. Такође је рекао да очекује значајне помаке по том питању у Женеви следеће године.

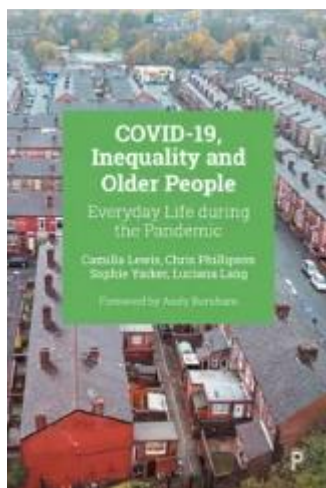
Панел дискусије другог дана укључивале су представнике држава који су поделили информације о свом националном контексту – неки од њих су били директно усмерени на људска права старијих. Већина је изјавила да подржава корак ка новој Конвенцији Уједињених нација (неке је подржавају веома снажно, нпр. Словенија и Аустрија, друге делимично, на пример министар из Молдавије је истакао да је лично подржава и да ће се обавезати да комуницира са другим министарствима о овоме на националном нивоу. Представници Јерменије су изнели да се „мање или више” они могу посматрати као подршка). Бразил и Португалија су јасни у подршци Конвенцији, али можда морају да буду опрезни и мало неутралнији у овом тренутку у својим улогама кофасилитатора.

Предложени следећи кораци/прилике су да се пре састанка Отворене радне групе за старење, који ће се одржати у марту 2024. године у Њујорку, разговара са кофасилитаторима Аргентином, Бразилом и Португалијом, што ће бити од виталног значаја за даљи преговарачки процес ка Новој конвенцији.

Наталија Перишић*

Универзитет у Београду – Факултет политичких наука

Camilla Lewis, Chris Phillipson, Sophie Yarker and Luciana Lang, *COVID-19, Inequality and Older People – Everyday Life During the Pandemic*, Policy Press, Bristol, 2023



Књига *COVID-19, Inequality and Older People – Everyday Life During the Pandemic*, („КОВИД-19, неједнакост и старији – свакодневни живот током пандемије”) аутора Камиле Луис, Криса Филипсона, Софи Јаркер и Лусијане Ланг, објављена је у оквиру серије „Старење и геронтологија” британског издавача Policy Press 2023. године.

Проблематика старења, заједно са изазовима КОВИД-19, позиционирана је у равн неједнакости у британском друштву и указује на можда и најштетнији ефекат и манифестацију КОВИД-19 – велике јазове који се континуирано производе у савреме-

ним друштвима, на које ни тзв. Глобални север није имун.

Без обзира на то што је утицао на животе људи свих старосних група у читавом свету, КОВИД-19 је представљао нарочит изазов за старије. У овој старосној групи јавиле су се и додатне вулнерабилности, за оне старије који живе сами, који припадају маргинализованим групама, који болују од хроничних болести и који живе у заједницама које су изложене ризику од сиромаштва. Парадоксално, стратегије

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

борбе против КОВИД-19, које су садржале бројне мере искључивања, дистанцирања и изолације, најтеже су погодиле старије.

Књига је фокусирана на социјалну димензију пандемије, која је умногоме била занемарена и у сенци здравствених мера бројних влада. Стога она пружа важне увиде у свакодневне животе старијих током КОВИД-19, односно има за циљ да покаже животна искуства старијих током трајања пандемије и њихово интерпретирање догађаја, ризика, страхова, али и снага, резилијентности и стратегија превађања криза.

Методолошки поступак примењен у књизи јесте квалитативно лонгитудинално истраживање, у ком су у периоду од 12 месеци током затварања због КОВИД-19 у Манчестеру у Енглеској учествовали старији од 50 година. Основни налази истраживања указују, према речима аутора да „док су многи старији доживели пад социјалног контакта током пандемије, други су на то одговорили развијањем нових односа, као и ослањањем на постојеће социјалне мреже [...] пандемија ће вероватно имати дуготрајне утицаје на начин на који неки људи размишљају о свом здрављу и благостању, свом коришћењу заједничких простора и својим социјалним односима уопштеније”.

Поред увода, који представља прво поглавље, књигу чини додатних девет поглавља. Тако се у другом поглављу анализира социјална димензија КОВИД-19 и њен утицај на старије. Аутори описују био-медицинске конструкције старења и показују њихов утицај на раст ејдизма током КОВИД-19. Они уверљиво доказују да је нагласак на вулнерабилностима старијих у контексту болести био један од проблема који су се појавили са почетком пандемије, који је подстакао ејдизам. Разлог томе пронашли су у потпуном хомогенизовању старијих од стране влада, без икаквог уважавања разлика међу њима у погледу здравственог стања и функционалних разлика. Негативни утицаји наведенога нарочито су били видљиви у сиромашним заједницама, а пандемија је донела, према њиховом мишљењу, нови прекаријат, увећавањем већ постојећих социјалних неједнакости код старијих. Детаљан методолошки поступак описан је у трећем поглављу, заједно са истраживачким питањима, којима се истраживање водило. То су: како се свакодневни живот мењао након увођења правила социјалног дистанцирања; од чега се састоји један просечан дан у

пандемији; како су се променили односи са породицом, пријатељима, суседима; како старији користе онлајн и сличне форме комуникације; како социјално дистанцирање утиче на физичко и ментално здравље; да ли је могуће пронаћи подршку; који ресурси људима стоје на располагању током пандемије у борби против социјалног дистанцирања и затварања. У овом поглављу представљене су и потешкоће у истраживању током периода затварања. Аутори у вези са тим констатују да је, поред изазова и проблема, КОВИД-19 понудио алтернативе за истраживања, које заправо представљају креативне начине рада алтернативне конвенционалном истраживању.

У четвртном поглављу представљени су налази интервјуа чије су теме биле реакције на затварање и промене тих реакција; утицај ношења маски; враћање на рутине из „претходног” живота; одлазак у куповину током затварања; старење током затварања; размишљања о КОВИД-19. У наредна два поглавља, петом и шестом, неке од ових тема испитиване су детаљно и дубински, односно приказане су промене у вези са наведеним током дужег временског периода трајања КОВИД-19.

Разматрања активности организација и појединаца који су током пандемије пружали подршку старијима представљена су у седмом поглављу. У питању су налази до којих су аутори дошли на основу лонгитудиналних интервјуа са 21 испитаником из локалне заједнице, невладиних организација, социјалних предузећа, у којима су настојали да утврде њихове улоге у животима старијих током пандемије. Додатно, аутори показују да су и саме организације које пружају помоћ и подршку биле принуђене да адаптирају своје уобичајене начине рада, како би били ефективни. Тако су често били ангажовани на ношењу хране у домаћинства старијих или су обезбеђивали бесплатне оброке за оне који имају финансијске потешкоће. Бројне активности су изместили онлајн, укључујући саветодавни рад. Поред саветовања, користили су и суптилније начине указивања помоћи, попут штампања смерница о здрављу и благостању током пандемије, иницијативама чији је циљ подстицање људи да остану активни и сл. Овде се показало и да је дигитални јаз у друштву велики, нарочито када су старији у питању.

Налази презентовани у осмом поглављу изузетно су важни: аутори наводе да у бројним аспектима старији нису били различити током пандемије од других старосних група – борили су се најбоље што су могли, у ситуацији ограничених физичких и социјалних односа. Многи старији развили су нова интересовања и хобије, што је показало велики степен адаптабилности код њих. Неки су неочекивано добили више времена са својим породицама, као и што су успели да развију дигиталне вештине. Тако су старији показали, констатују аутори, снажан осећај агенсности, аутономије и креативности у суочавању са кризом. И организације за подршку старијима промениле су своју радну реалност: замрзле су постојеће услуге и развиле нове врсте подршке, најчешће онлајн. Али исто тако, изразиле су бојазни да нису успеле да допру до свих, нарочито до оних који су најмаргинализованацији и којима је можда подршка и била највише потребна.

Девето поглавље нуди велики продор у област рада са људима, нарочито социјалног рада. Аутори у њему пружају аргументе за приступ који називају центрираним према заједници (енгл. *community-centred*), а који се састоји из следећих елемената: промовисање партиципације у заједници; регрутовање заступника за оне који су изоловани и/или социјално искључени; развијање социјалне инфраструктуре; креирање националне иницијативе за пружање подршке активностима које су центриране према заједници и развијање дугорочних политика центрираних према заједници.

У закључном поглављу аутори констатују штетност пандемије у времену све већих неједнакости у друштвима и ерозије колективних институција (попут државе благостања) услед деловања тржишта. Вулнерабилност старијих на кризу повезана је са животом у заједницама које су већ разграђене мерама штедње, домовима за старе у којима константно нема довољно људских и свих других ресурса и ширим контекстима у којима преовлађују ејџистички ставови по питању приступа нези и подршци.

Књига *COVID-19, Inequality and Older People – Everyday Life During the Pandemic* нуди важне увиде у изузетно савремену проблематику, која је тек од скоро иза читавог човечанства – пандемије КОВИД-19. На уверљив начин, гласовима испитаника, она презентује значења

која је живот сасвим изненада задобио. Али, у исто време, књига има универзалнији значај, у том смислу што је њен предмет тек једна од низа криза са којима се старији суочавају у друштвима и на која владе немају ефективне одговоре који би били у складу са постулатима људских права.

Наташа Тодоровић*

Геронтолошко друштво Србије

Црвени крст Србије

КОНФЕРЕНЦИЈА ПРОЈЕКТА „ИНОВАТИВНЕ УСЛУГЕ У ЛОКАЛНИМ ЗАЈЕДНИЦАМА”



Завршна конференција пројекта „Иновативне услуге у локалним заједницама” (*Innovative Community Care Centres – I-CCC*) организована је 23. октобра 2023. године у Црвеном крсту Србије у Београду. Овај међународни догађај окупио је преко 120 учесника – представника јавног сектора, академије, цивилног сектора, независних регулаторних институција, као и професионалце који раде са старијим особама.

Конференција је организована као завршни догађај у пројекту који Црвени крст Србије спроводи од новембра 2020. године у партнерству са аустријским Црвеним крстом, Црвеним крстом Црне Горе, Републичким заводом за социјалну заштиту, Министарством здравља Републике Црне Горе и Бечким универзитетом за економију и бизнис – Центром за компетенције непрофитних организација, уз подршку Европске уније и Аустријске развојне агенције. Конференција је организована и као најава и део обележавања 29. октобра, Међународног дана неге и подршке, који се ове године први пут обележава у свету.

На отварању конференције говорио је Кристијан Ебнер, амбасадор Аустрије у Србији, који је истакао значај континуиране сарадње

* natasa@redcross.org.rs

и подршке Аустријске агенције за развој у јачању капацитета Црвеног крста и организација цивилног друштва у Србији. Он је указао на то да демографско старење представља глобални феномен, с обзиром на то да погађа сва друштва, али да су његови ефекти посебно видљиви на северној хемисфери, и то на европском континенту. То захтева стратешко деловање и препознавање претњи и могућности у вези са демографским променама, јер је прилагођавање старењу неопходност у друштвима. У том смислу, истакао је, иновативни приступи у прилагођавању услуга потребама становништва, али и коришћење модерне технологије у служби неге представљају императив.

Никола Бертолини, шеф Одељења за сарадњу Делегације Европске уније у Србији, осврнуо се на чињеницу да Европска унија, кроз различите инструменте, пружа подршку земљама у процесу приступања, која обухвата подршку на највишем нивоу у креирању политика и усклађивању националног законодавства са стандардима ЕУ, као и подршку на локалном нивоу. Развој и просперитет локалних заједница је веома важан у том погледу и један од кључних елемената ове подршке је настојање да она буде што инклузивнија и праведнија. Такође је значајно водити рачуна да услуге буду одрживе и препознате од стране локалне заједнице.

Председник Црвеног крста Србије проф. др Драган Радовановић указао је да ће до краја века више од 30% становништва ЕУ бити старије од 65 година. Са друге стране, процена је да у Европској унији приближно 100.000.000 људи има улоге пружаоца неформалне неге. Током пандемије КОВИД-19 неформални неговатељи нашли су се у још захтевнијој улози, постали су „брана заштите” и један од стубова здравственог система и система социјалне заштите. Упркос томе што се о овоме много говори, неформални неговатељи и даље остају невидљиви са становишта система, политика и услуга подршке широм света, закључио је он.

Саша Вукотић, специјални саветник министра за рад, запошљавање, борацка и социјална питања Републике Србије, истакао је да су пројекти попут овог пројекта Црвеног крста важни и да они промовишу доступност услуга, социјалну инклузију и породичну солидарност. Важан утицај старења на систем социјалне заштите, према његовим речима, огледа се у томе што ће због демографског старења

у будућности управо овакве услуге у локалној заједници имати централну улогу.

Ања Блум из аустријског Црвеног крста истакла је да старије особе могу бити активни чланови друштва и да се дешава да и у развијеним друштвима старије особе немају приступ услугама дуготрајне неге, што није праведно, имајући на уму право свакога на приступачне и квалитетне услуге неге.

Оливера Вуковић из SeCONS-а представила је резултате истраживања о приступу услугама дуготрајне неге у региону Западног Балкана, са посебним акцентом на неформалним неговатељима. Ово истраживање показало је да су неформални неговатељи стуб неге, са врло мало подршке или без подршке од стране друштва.

Наташа Тодоровић из Црвеног крста Србије учесницима је приказала достигнућа пројекта осврћући се на активности и услуге у локалној заједници: 60 особа је добило услуге предаха, 40 старијих особа имало је редовне когнитивне вежбе на таблетима, опремљени су кабинети за обуку неформалних неговатеља у две општине. Ивана Смолковић из Црвеног крста Црне Горе истакла је значај превентивних посета старијим особама, док је Андреа Штекл из аустријског Црвеног крста истакла значај саветодавних услуга.

Евалуацију пројекта спровели су Марија Доплер и Кристијан Грунхаус из Бечког универзитета за економију и бизнис – Центра за компетенције непрофитних организација, Сања Милорадовић и Славица Милојевић из Републичког завода за социјалну заштиту, те Лидија Брновић, независни консултант. Главни резултат евалуације, који је представљен на конференције, свакако је податак да за старије особе које су имале прилику да раде когнитивне вежбе и проводе време са волонтерима постоји позитиван утицај ових активности на њихово опште стање.

На последњој сесији учествовале су три невладине организације које су приказале своје активности. Надежда Сатарић из Српског удружења за Алцхајмерову болест говорила је о активностима које се спроводе у Београду, а намењене су особама са дијагностикованом деменцијом и њиховим породицама. Каролина Стаменковић из „Лужничких рукотворина – Ж.Е.Ц“, из Бабушнице, истакла је да је важно да се говори и о старијим женама које живе на селу и којима је

приступ услугама отежан због недостатка инфраструктуре. И на крају, о старијим Ромима и њиховим потребама известио је Ивица Дурмишевић, из организације „Ђурђевдан” из Беле Паланке. Он је истакао да усамљеност посебно утиче и на физичко и на ментално здравље.

У закључку конференције аргументована је потреба за партнерствима на свим нивоима у сврху унапређења квалитета живота, како старијих особа тако и њихових породица.

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 категорисан је као М53 (категоризација домаћих научних часописа за медицинске науке) и М52 (категоризација домаћих научних часописа за друштвене науке).

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

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

1. У часопису се објављују научни и стручни радови који не прелазе дужину од 10.000 речи, укључујући све делове рада. Прикази књига, научних скупова, осврти и оцене не могу прелазити дужину од 2.000 речи. Уредништво задржава право за објављивање радова изван 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 поднасловe писати величине 12. Наслове наводити у Bold, а поднасловe у Italic. Маргине подесити на 2,5 цм, на страни формата А4.
3. Изнад наслова навести име и презиме аутора, а након тога назив институције у којој је запослен, као и електронску адресу за кореспонденцију (мејл адресу навести у фусноти).
4. Апстракт се прилаже на српском (на почетку) и енглеском језику (на крају текста) и треба да садржи 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

