



## ИЗ САДРЖАЈА

- ▶ ОБРАЗОВАЊЕ ЗА РАД  
СА СТАРИЈИМА
- ▶ ЉУДСКЕ ПОТРЕБЕ СТАРИЈИХ
- ▶ ПРОДУЖЕНИ КОВИД И СТАРИЈИ
- ▶ СОЦИЈАЛНЕ И ЗДРАВСТВЕНЕ УСЛУГЕ  
ЗА ЖРТВЕ ХОЛОКАУСТА

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 1/2025 – GERONTOLOGY 1/2025

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

Година **LIII**

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

**Издавач:** Геронтолошко друштво Србије | **Published by:** Gerontological Society of Serbia  
11000 Београд, Булевар Деспота Стефана 116 | 11000 Belgrade, Bulevar Despota Stefana 116  
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 Ерцег

Асист. др Гордана Михајловић

**Припрема и штампа:** „Чигоја штампа” 2025.

ISSN 2560-5704. – Год 53, бр. 1 (2025)

**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]

### І ГЕРОНТОЛОГИЈА

Јаворка Живановић

СТАРЕЊЕ У КВЕБЕКУ: ДЕМОГРАФСКИ ТРЕНДОВИ,  
ИНСТИТУЦИОНАЛНА ПОДРШКА И ОБРАЗОВАЊЕ  
У ОБЛАСТИ ГЕРОНТОЛОГИЈЕ ..... [11–25]

Радмила Станковић

ЉУДСКЕ ПОТРЕБЕ У СТАРОСТИ –  
ПРЕИСПИТИВАЊЕ МОГУЋНОСТИ ПРИМЕНЕ  
ХРЕИОЛОШКОГ ПРИСТУПА ПОТРЕБАМА  
СТАРИЈИХ У СОЦИЈАЛНОМ РАДУ ..... [27–51]

### ІІ ГЕРИЈАТРИЈА

Катарина Стефановић, Ивана Марковић, Дуња Траилов,  
Дејан Траилов, Гордана Михајловић

ПРОДУЖЕНИ КОВИД И СТАРИЈИ: УЧЕСТАЛОСТ  
СИМПТОМА И ЊИХОВ УТИЦАЈ НА СВАКОДНЕВНИ  
ЖИВОТ ..... [55–70]

### ІІІ ИЗ УГЛА ПРАКСЕ

Сунчица Прлинчевић, Миодраг Маринковић

БРИГА О СТАРИЈИМ ЧЛАНОВИМА САВЕЗА  
ЈЕВРЕЈСКИХ ОПШТИНА СРБИЈЕ ..... [73–81]

**IV ИЗ АРХИВЕ ГДС**

- Петар Манојловић  
СОЦИЈАЛНО ОБЕЗБЕЂЕЊЕ У СТАРОСТИ..... [85–100]

**V ПРЕВОД**

- Наталија Перишић  
РЕГИОНАЛНИ АКЦИОНИ ПЛАН ЗА ДИГИТАЛНО  
ЗДРАВСТВО У РЕГИОНУ ЕВРОПЕ СВЕТСКЕ  
ЗДРАВСТВЕНЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ 2023–2030 ..... [103–120]

**VI ПРИКАЗИ И ПРИЛОЗИ**

- Јелена Гегенбауер, Душанка Дракулић, Александра Радосављевић  
AGEING AND HEALTH: THE POLITICS  
OF BETTER POLICIES..... [123–130]
- Тамара Стојановић  
ФОТО ИЗЛОЖБА „ЛЕПОТА СТАРЕЊА” ..... [131–133]
- УПУТСТВО ЗА АУТОРЕ И РЕЦЕНЗЕНТЕ..... [135–138]
- СПИСАК РЕЦЕНЗЕНАТА ЧАСОПИСА  
„ГЕРОНТОЛОГИЈА” ..... [139–140]

## УВОДНА РЕЧ

Поштовани читаоци, аутори и коаутори објављених радова, пред вама је први број часописа „Геронтологија” за 2025. годину.

Његов садржај чине три рада фокусирана на различите аспекте старости и старења, један рад из угла праксе, један рад који упућује на искуства из прошлости, превод међународног документа и приказ једне књиге и једне изложбе.

Први рад у овом броју, под називом *Старење у Квебеку: демографски трендови, институционална подршка и образовање у области геронтологије*, полази од раширености и последица старења у Квебеку у Канади. Из потребе за трансформисањем старости, као феномена који оптерећује савремена друштва, у тренд који нуди бројне прилике, ауторка анализира систем заштите старијих у Канади. Она указује на различите врсте услуга, које у том погледу они имају на располагању, а неке од њих упоредиве су и са услугама у националном систему. Централни сегмент рада представљају драгоцени увиди ауторке о образовању социјалних радника за рад са старијима. У својству предавачице на два канадска универзитета, она разматра знања и вештине које се код студената социјалног рада на основним, мастер и докторским студијама у Квебеку развијају у сврху рада са старима.

Разматрање потреба старијих, као и понављајуће питање о њиховој универзалности насупрот специфичности, предмет је другог рада у овом броју часописа. Ослањајући се на теоријске увиде о универзалности људских потреба, ауторка потребе старијих посматра у светлу хуманизације и пуног остваривања потреба и права старијих у савременим условима. Ослањајући се на и даље актуелне теорије о потребама старијих, она у своја разматрања уводи и проблематику хреиологије, мултидисциплинарног приступа који приступа људским потребама целовито. С тим у вези, она проблематизује препреке и прилике, предности и недостатке, аутентичног задовољавања потреба

старијих у породицама, као и у домовима, тј. у институцијама система социјалне заштите код нас. С обзиром на закључак о бројним предностима у том погледу, у ситуацији живота у породици, ауторка као начин на који запослени у систему социјалне заштите могу да се ангажују, а да то не буде посредством домског збрињавања старијих, види њихов рад за породицу и са породицом, како би она била оснажена за боље задовољавање потреба старијих чланова.

Проблематика продуженог КОВИД-а предмет је трећег рада, због значаја који има код старијих. У раду су представљени резултати истраживања у ком је учествовало 100 пацијената који су преболели КОВИД-19, а чији је циљ било испитивање учесталости и најчешћих симптома продуженог КОВИД-а код пацијената старијих од 65 година, као и њиховог утицаја на свакодневне активности и социјалну изолацију. Налази указују на заступљеност умора, заборавности, несанице, бола у мишићима, депресивног расположења и бола у грудима (54%). Упоредо са тим, велики проценат пацијената пријавио је социјалну изолацију, редуковано кретање и страх од нове инфекције. Све ово навело је ауторе на закључак да продужени КОВИД има симптоме који значајно утичу на свакодневно функционисање, те да је потребно спровести одговарајуће мере у правцу адекватног збрињавања болесника.

Пружање социјалних и здравствених услуга жртвама Холокауста, од стране Савеза јеврејских општина Србије, разматрано је у раду из праксе. У њему су описана права, процедуре и услови за организовање и обезбеђивање услуга члановима једне изузетно вулнерабилне заједнице у Србији, која има специфична и трауматична искуства на Други светски рат. Највећим делом разматрања аутора посвећена су два услугама: помоћи у кући и здравственој заштити. Међутим, поред тога, аутори су се осврнули и на додатне услуге које Савез пружа, и то посредством Дневног центра. У питању су услуге повезане са обезбеђивањем obroка, али исто тако и социјалног укључивања, и то кроз забавно-рекреативне, културне и друге активности у заједници.

Објављивање рада о социјалном обезбеђивању старијих, а који представља део садржаја пронађених у архивама Геронтолошког друштва Србије, мотивисано је указивањем на ову проблематику некада, у нади да може имати позитивне реперкусије на данашњицу.

Из потребе за указивањем на важне трендове који се одвијају у области геријатрије, али који су од значаја за здравствену заштиту старијих уопштено, у овом броју преведен је и приређен Регионални акциони план за дигитално здравство Светске здравствене организације, који се односи на период од 2023. до 2030. године. У документу су наведени стратешки приоритети за развој дигиталног здравства у државама Европе, међу којима и у Србији.

На крају, садржај овог броја чине и два приказа. Први приказ представља књигу *Старење и здравље*, која је објављена 2021. године и коју су уредили аутори Европске опсерваторије о здравственим системима и политикама. Други приказ односи се на изложбу фотографија о старијима и старењу, која руши предрасуде о томе како старији (треба да) изгледају и чиме да се баве.

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**

---



**Прегледни научни рад**

УДК 314.117-053.9(714)

364.7-053.9(714)

<https://doi.org/10.46793/ger2501.11Z>

Рад послат: 05.09.2025.

Рад прихваћен: 17.09.2025.

**Јаворка Живановић\***

Факултет за социјални рад

Универзитет Шербрук и Универзитет Квебек у Монреалу

## **СТАРЕЊЕ У КВЕБЕКУ: ДЕМОГРАФСКИ ТРЕНДОВИ, ИНСТИТУЦИОНАЛНА ПОДРШКА И ОБРАЗОВАЊЕ У ОБЛАСТИ ГЕРОНТОЛОГИЈЕ**

**Резиме:** Демографско старење представља један од најсложенијих изазова савремених друштава, са значајним последицама по све аспекте социјалног, економског и здравственог система. У том контексту, провинција Квебек у Канади суочава се са изразитим порастом удела старијих особа у укупној популацији, што захтева свеобухватан институционални и професионални одговор. Старење популације не треба посматрати искључиво као терет, већ и као прилику за редефинисање међугенерациских односа, унапређење система социјалне заштите и афирмацију концепта активног старења. Овај текст указује на кључне демографске показатеље у Квебеку, облике институционалног и неформалног смештаја, значај геронтолошког социјалног рада, као и образовне програме који доприносе развоју стручних капацитета за рад са старијом популацијом. Циљ је да се кроз призму доступних података и стручне литературе осветле изазови, али и перспективе које демографско старење отвара у контексту одрживог и праведног друштвеног развоја.

**Кључне речи:** старење, старије особе, смештај за старије особе, геронтолошки социјални рад, социјални радници

---

\* Докторка социјалног рада, предавачица и ванредна професорица, Javorka.Zivanovic@USherbrooke.ca, ORCID: 0009-0004-0838-4659

## 1. Демографско старење у Квебеку: изазови и перспективе

Као и већина земаља, Квебек се суочава са демографским старењем популације које је без преседана (Pelletier, Beaulieu, 2015). Број старијих особа у Квебеку континуирано расте из године у годину. Према подацима из 2021. године, у Квебеку је живело 1,75 милиона особа старијих од 65 година, што је чинило 20% укупне популације. У сврхе поређења, 1971. тај проценат износио је свега 7%, док се, према демографским пројекцијама Института за статистику, предвиђа да ће до 2041. године достићи 26% (ISDQ, 2023).

У јавном дискурсу, овај феномен се често описује као „сиви цунами”, што указује на прилично висок степен забринутости у колективној свести становништва Квебека. Очекиване последице укључују кризу пензионих система, слабљење међугенерациске солидарности, као и значајан притисак на системе здравствене и социјалне заштите (Pelletier, Beaulieu, 2015).

Статистички подаци указују на велику разноликост у оквиру старије популације, како у погледу структуре домаћинства и прихода тако и стамбеног статуса, запослености, образаца комуникације, здравственог стања, животних навика, волонтирања и политичке партиципације. Значајан податак који потврђује активан допринос старијих особа јесте чињеница да је 2021. године у Квебеку било 170.600 запослених старијих од 65 година, што чини 4% укупно запослених. Већина њих (56%) ради пуно радно време (ISDQ, 2023).

Анализа животних услова популације старијих показује и одређене родне разлике – мушкарци у приватним домаћинствима чешће живе у стамбеним јединицама које су у њиховом поседу, у поређењу са женама. Ипак, око 16% старијих особа живи у неадекватним стамбеним условима, што указује на изражене материјалне разлике унутар ове популације (ISDQ, 2023).

Здравствени индикатори показују да три четвртине старијих особа има најмање једно хронично обољење (нпр. артритис, дијабетес, кардиоваскуларне болести, астму). Међутим, око 93% испитаника наводи да има благе или никакве потешкоће у обављању свакодневних

активности, док 81% процењује сопствено здравље као добро, веома добро или изузетно добро (ISDQ, 2023).

У погледу неформалне и формалне подршке, око 17% старијих особа током године је добило помоћ код куће од стране чланова породице или блиских особа, док је 8% користило одређене социјалне или здравствене услуге. Занимљиво је да 44% старијих особа изражава висок степен задовољства друштвеним животом, што је више у поређењу са млађим старосним групама (где се задовољство креће између 27% и 35%). Важно је напоменути да ови подаци не обухватају особе које бораве у институционалним установама, попут домова за старе, у којима живи 12,3% укупне старије популације (ISDQ, 2023).

У циљу одговора на ове изазове, Квебек је 2012. године усвојио свеобухватну политику под називом „Старење и заједнички живот – У свом дому, у својој заједници, у Квебеку” (MFA, MSSS, 2012). Ова политика промовише активно старење и омогућавање останка у сопственом дому што је дуже могуће. Као резултат тога, већина особа старијих од 65 година и даље живи у приватним домаћинствима. Према подацима из 2022. године, таквих особа било је 1.535.525, што представља 87,7% старије популације, док је преосталих 12,3% смештено у установе колективног становања (ISDQ, 2023).

## **2. Институционални и алтернативни облици смештаја старијих особа у Квебеку**

Према расположивим подацима за период од 2021. до 2022. године, у Квебеку је постојало укупно 2.472 установе у области смештаја за старије. Ове установе обухватају центре за дуготрајни смештај и негу (CHSLD), приватне резиденције за старије особе (RPA), као и посредне и породичне облике смештаја (RI–RTF) (CSBE, 2023).

Центри за дуготрајни смештај и негу се, у зависности од правног статуса и начина управљања, разврставају у три основне категорије: јавни центри, приватни центри са субвенцијама (често се називају и приватни супсидирани центри, приватни центри са уговорима или јавно уговорени центри) и приватни центри. У све три форме центара обезбеђују се услуге смештаја за старије, као и неге и подршке

од стране медицинског особља за оне старије који су изгубили велики степен самосталности, тако да нису у могућности да живе у својој кући, упркос помоћи и нези у кући која им је доступна. Њихов смештај често представља крајње и једино решење уколико им је потребна нега током 24 сата дневно (MSSS, 2025).

Приватне резиденције за старије особе представљају врсту смештаја за оне старије који су самостални или делимично зависни. Старији се смештају у приватно окружење, у ком се налазе станова у којима могу да добију неке тзв. основне услуге, попут obroка, безбедности, одржавања итд, а понекад и услуге базичне здравствене неге. У приватним резиденцијама за старије особе не могу становати они код којих је заступљен велики губитак степена самосталности, као што је случај са центрима за дуготрајни смештај и негу. Ова врста смештаја је под надзором владе Квебека и морају поседовати одговарајуће лиценце, како би обезбедиле сигурност и благостање корисника (MSSS, 2025).

Најзад, посредни или породични облици смештаја обухватају установе за старије особе (или друге рањиве групе), којима је потребна већа подршка од оне која постоји у приватним резиденцијама за старије особе, али не у мери толико интензивне неге коју пружају центри за дуготрајни смештај и негу. Корисници посредних облика смештаја су особе са благим до умереним губитком самосталности. У њима се пружају надзор, нега и помоћ, у сарадњи са здравственим центрима (CIUSSS – Регионалним центром за здравље и социјалну заштиту са универзитетском мисијом). Породични облик смештаја је мање животно окружење, често у породичном амбијенту, које прима ограничен број особа (попут кућног окружења), уз персонализовану подршку и надзор 24 сата дневно. Другим речима, посредни или породични облици смештаја јесу приватни ресурси, који, у сарадњи са јавним здравственим системом, пружају смештај старијим особама којима је потребна свакодневна помоћ, али у окружењу које умногоме више подсећа на породицу него центри за дуготрајни смештај и негу (MSSS, 2022; MSSS, 2018).

Међу свим наведеним облицима смештаја, приватне резиденције за старије особе (RPA) су најзаступљеније, са укупно 1.578 јединица, што представља 64% укупног броја. Јавне и државно субвенционисане установе (укључујући RI – RTF, јавне и јавно-уговорене центре

за дуготрајну негу), којих има укупно 844, чине нешто више од једне трећине свих установа за смештај. Преостали број припада приватним центрима за дуготрајну негу (CSBE, 2023).

Такође у периоду од 2021. до 2022. године, од 12,3% старије популације, која је била смештена у неку од институција или установа, 9,4% се налазило у приватним резиденцијама (RPA), 1,7% је смештено у јавним центрима за дуготрајну негу (CHSLD), 10,2% у неку од посредних / породичних облика смештаја и јавно уговорених центара за дуготрајну негу (RI – RTF и CHSLD) и, најзад, 0,2% те популације је смештено у приватне центре за дуготрајну негу (CSBE, 2023).

Понуда услуга и број доступних места у установама значајно варирају међу регионима унутар провинције, али је доминација приватних резиденција присутна у свим деловима Квебека.

У свим облицима институционалног и организованог смештаја старијим особама се, у складу са њиховим потребама, пружају одговарајуће здравствене и социјалне услуге. Такође, особе које живе у сопственим домовима имају приступ услугама кућне неге, које могу обухватати интервенције лекара опште праксе, специјалиста, медицинског особља, психолога, нутрициониста, психоедукатора, кинезиолога, радних терапеута и социјалних радника. Поред професионалне подршке, доступне су и додатне социјалне услуге и програми подршке, укључујући доставу obroка, дневне центре и клубове за старије особе, као и телефонске линије помоћи – укључујући оне намењене превенцији и сузбијању злостављања старијих.

### 3. Улога геронтолошког социјалног рада у Квебеку

Поред бројних постојећих услуга, геронтолошки социјални рад у Квебеку представља компоненту од суштинског значаја за подршку старијој популацији. Према Pelletier и Beaulieu (2016), данас више него икада, социјални радници – како они који су већ активни тако и они који ће то постати – морају бити спремни да одговоре на потребе врло хетерогене популације старијих особа. Ова разноликост огледа се у њиховој доби (од 65 па и до више од 100 година), полу (значајно већи број жена, нарочито међу особама старијим од 80 година),

степену образовања, висини прихода, здравственом стању, животном окружењу, породичним односима, као и генерацијској и етничкој припадности (Taïbi, 2021).

У том контексту, геронтолошки социјални радници имају кључну улогу у: процени психосоцијалних потреба старијих особа; пружању подршке особама које губе самосталност или су социјално изоловане; асистенцији породицама у доношењу одлука (нпр. у вези са пресељењем у приватне резиденције или у центре за дуготрајну негу); олакшавању приступа јавним и приватним ресурсима; заштити права старијих особа, нарочито у случајевима злостављања.

Ова професија захтева висок степен прилагодљивости, као и стручна знања о широком спектру психосоцијалних проблема, укључујући: породичне кризе, премор неговатеља, злостављање (физичко, психичко или финансијско), губитке (блиске особе, физичке и/или когнитивне способности, животног окружења), прилагођавање новим животним условима, ризик од суицида (Pelletier, Beaulieu, 2015), палијативну негу, палијативну негу старијих имиграната (Живановић, 2023), као и медицински потпомогнуто умирање (Bravo et al., 2023).

Поред тога, у савременом контексту појављују се и нове проблематике, као што су: старење особа са дуготрајним функционалним ограничењима (нпр. особа са Дауновим синдромом); старије особе са историјом менталних болести; особе из сексуалних мањина које захтевају услуге прилагођене њиховим специфичним потребама (нпр. прве трансродне особе које улазе у треће доба); старије особе које су током живота користиле лаке или тешке дроге (Pelletier, Beaulieu, 2015); растући број особа различитих етничких и религијских припадности (Taïbi, 2021).

Основни принцип геронтолошког социјалног рада јесте приступ усмерен на особу, са нагласком на поштовање вредности, избора и достојанства старије особе. Кључни аспекти овог приступа укључују: интердисциплинарни сарадњу, кроз тимски рад са лекарима, терапеутима, медицинским сестрама и другим стручњацима; превенцију губитка самосталности, изолације и злостављања; и мобилизацију породичних и локалних ресурса у заједници.

Међутим, систем пружања подршке и заштите старијим особама суочава се с бројним изазовима. Неуједначен приступ услугама између урбаних и руралних средина представља значајан проблем, док је најизраженији изазов тренутно недостатак стручног кадра у сектору здравства и социјалне заштите – укључујући и социјалне раднике опште праксе, али посебно геронтолошке социјалне раднике.

Као одговор на ове изазове, Квебек улаже значајне ресурсе у образовање новог професионалног кадра. Кроз различите образовне програме студенти развијају неопходне професионалне компетенције, укључујући: разумевање биопсихосоцијалних изазова старења; способност процене степена аутономије и рањивости; познавање социјалних политика, етике неге и ресурса у заједници; капацитете за интервенцију у раду са особама које губе самосталност, које су социјално изоловане или изложене злостављању.

#### **4. Образовни програми из области геронтологије у Квебеку – сертификати и микропрограми из геронтологије**

У Квебеку су развијени краћи образовни програми (тзв. микропрограми) из области геронтологије, који трају око једне године и носе 30 бодова<sup>1</sup>. Постоје на Универзитету Монреал (*UdM*), Уни-

---

<sup>1</sup> Универзитетско бодовање представља нумерички систем који се користи за структурисање студијских програма, као и за процену академских знања и ангажовања студената. Бод означава одређени ниво савладаног знања и вештина који је процењен и потврђен од стране образовне установе. Сваки додељени бод значи да је студент остварио мерљиве образовне циљеве у одређеној области (знања, вештине, ставове). Поред тога, универзитетски бод је јединица мере којом се процењује време које студент треба да уложи у одређени предмет. У Квебеку, један бод обично одговара приближно 45 сати укупног рада, што обухвата присуство на предавањима, као и самосталан рад – читање, учење, израду задатака и припрему за испите. На пример, предмет који носи три бода захтева око 135 сати ангажовања током једног семестра. Најчешће се универзитетски предмети вреднују са три бода, што подразумева око три сата наставе недељно током петнаестонедељног семестра. Предмети су углавном једносеместрални, док су двосеместрални ређи. Одређене стручне праксе или пројекти могу носити већи број бодова због своје дужине и интензитета. Овај систем бодовања је

верзитету Лавал (*UdL*) и Универзитету Шербрук (*UdS*). Намењени су првенствено онима који су већ запослени, а желе да унапреде своја знања, као и студентима других дисциплина (осим социјалног рада) који желе да се усмере ка основним или мастер студијама из социјалног рада или геронтологије.

Циљ микропрограма јесте да оспособи стручњаке за рад са старијим особама у различитим фазама процеса старења, и то у јавним, приватним или јавно-уговореним службама.

У оквиру међупрофесионалне сарадње, од полазника се очекује да усаврше своје вештине у раду са старијим особама и њиховим неговатељима, развију способности за тимску и професионалну сарадњу, доносе одлуке у вези са етичким дилемама у професионалној пракси, пружају подршку неговатељима, развијају критички осврт на сопствену професионалну праксу и примењују праксу засновану на истраживањима и стручној литератури.

#### **4.1. Основне студије из социјалног рада (*B. Serv. Soc.*)**

Основне студије социјалног рада трају три године, носе 90 бодова и постоје на више универзитета, укључујући Универзитет Монреал Универзитет Лавал, Универзитет Шербрук, као и Квебечки универзитет (*UQAM*), који има седишта у више градова широм Квебека.

Студије су фокусиране на интервенције на нивоу појединца, породице, групе и заједнице, на социјалне политике и на професионалну етику.

Циљ програма јесте образовање ангажованих, критички оријентисаних, друштвено одговорних и стручних социјалних радника, отворених за различитости и способних за рефлексивну праксу. Студенти током студија овладавају процесима социјалне интервенције, развијају аналитичке и практичне вештине, те способност сарадње са

---

значајан јер омогућава утврђивање студентског статуса – да ли је студент редован (што најчешће подразумева најмање 12 бодова по семестру, што је често услов за добијање стипендија или студентских кредита) или ванредан. Такође се користи за признавање диплома и еквиваленција у случају промене студијског програма или образовне установе (*Gouvernement du Québec, 2023*).

различитим актерима, са циљем унапређења личног, колективног и друштвеног развоја. Њихове интервенције се осмишљавају у сарадњи са корисницима и заснивају се на принципима правичности, социјалне правде и самоодређења.

Програм омогућава рад у различитим праксама и контекстима, интеграцијом више теоријских и методолошких приступа. Такође, отвара могућности за наставак студија на другом циклусу – у стручним и научним областима везаним за друштво и социјални рад.

Иако су предмети из геронтологије присутни током основних студија, права специјализација се углавном остварује на мастер нивоу. Неки од предмета на основним студијама су:

- Социјални рад у области геронтологије (*UdS*),
- Практичан рад са старијима (*UdM*),
- Старење, култура и друштво (*UQAM*),
- Превенција злостављања старијих особа (*UQAM*),
- Помоћ у кући за старије особе (*UQAM*).

Садржаји ових предмета нуде увод у процес старења у његовим нормалним и патолошким облицима, као и последице тог процеса у контекстима Квебека, Канаде и света. Обрађују се социодемографске промене везане за старење и приказују главни изазови социјалне геронтологије, као што су старосна дискриминација, однос према раду и пензији, сиромаштво, друштвено укључивање, губитак самосталности, подршка ближњих и насиље над старијима. Студенти се упознају са принципима геронтолошког социјалног рада, како у институционалним окружењима, тако и у заједници или у друштву. Наглашене су интервенције на нивоу појединца, породице, групе и заједнице, усмерене на старије особе које се суочавају са различитим проблемима као што су неспособност, злостављање или изолација. Такође се у оквиру појединих предмета разматрају међукултурна питања, нарочито у вези са специфичним животним околностима старијих особа из имигрантских заједница, као што су односи са породицом, старатељство и друштвена интеграција. Посебна пажња посвећује се биолошким, психолошким, емоционалним и друштвеним аспектима старења, превенцији психосоцијалних поремећаја, као и правима и правним средствима заштите од злостављања (Универзитет Шербрук, Квебечки универзитет и Универзитет у Монтреалу).

Интервенција са старијима је присутна као тематска област у више курсева, од прве до последње године студија. Практична настава студената основних студија траје 16 недеља, а око 30% студената обавља праксу у установама и организацијама које се баве старијим особама (*UdS*).

#### **4.2. Мастер студије из геронтологије (МА у области геронтологије)**

Мастер програм из геронтологије траје две године, носи 45 бодова и конципиран је посредством два смера:

1. Истраживачки смер – фокусиран на научна истраживања у области геронтологије;
2. Професионални смер – смер са теоријским курсевима и практичном обуком.

Истраживачки смер омогућава студентима да развију објективно, критичко и интердисциплинарно размишљање о питањима старења. Укључује анализу геронтолошких тема из перспективе различитих научних области, с циљем развоја нових праваца деловања. Студенти стичу теоријска и методолошка знања, као и вештине за спровођење ригорозних научних истраживања, укључујући концептуалну фазу, примену квалитативних и квантитативних метода и прикупљање и анализу података. Циљ је допринос развоју знања применом научно утемељених метода и ефикасно саопштавање резултата истраживања широком спектру актера – научној заједници, стручњацима, социјалним радницима, корисницима и јавности.

Професионални смер омогућава стицање специјализованих знања и вештина потребних за рад са старијима, неговатељима и стручњацима из других области. Студенти се оспособљавају за комуникацију и тимски рад, преношење и примену стручног знања, интерпретацију научних текстова и развој и примену професионалних пракси заснованих на емпиријским доказима.

Неки од предмета на овом нивоу студија су (*Универзитет Шербрук*):

- Интервенција са старијим особама,
- Рад са неговатељима,

- Међупрофесионална сарадња,
- Старење и друштвена партиципација,
- Биолошки и психолошки аспекти старења,
- Клиничка пракса у здравству.

У оквиру њих проучава се старење као процес који укључује биолошке, психолошке и друштвене промене. Посебан нагласак ставља се на препознавање главних клиничких изазова повезаних са старосћу, коришћење података заснованих на доказима, као и разумевање демографских и економских реалности друштва које стари. Такође се истражује социоекономски положај старијих особа, њихово учешће у раду, пензији, слободним активностима, породичном животу, као и њихова улога у јавном простору. Студенти се оспособљавају за израду планова интервенције прилагођених капацитетима и потребама старијих особа, уз развијање ефикасних стратегија комуникације, нарочито у ситуацијама постојања когнитивних или сензорних сметњи. Садржаји предмета обухватају и разматрање етичких дилема, друштвених изазова, као и међугенерациских, образовних и интеграционих пракси. Обука подстиче развој тимског рада у интерпрофесионалном и интердисциплинарном окружењу, са нагласком на сарадњу усмерену на старију особу и њене ближе, заједничко доношење одлука, развој међуљудских вештина и разумевање професионалног система. На крају, садржаји обухватају теорије организације, процесе консултација, усклађивања и пружања подршке, што све заједно доприноси системском и свеобухватном сагледавању здравствених и социјалних услуга, са рефлексивним приступом професионалној пракси (Универзитет Шербрук).

#### **4.3. Докторске студије из геронтологије (PhD)**

Докторске студије из геронтологије трају три године и носе 90 бодова. Фокусиране су на свеобухватно проучавање процеса старења, уз посебан акценат на биопсихосоцијални, интердисциплинарни и интегрисани приступ. Циљ је оспособљавање истраживача за разумевање и допринос друштвеним променама које се односе на старење.

Програм омогућава продубљивање научних знања из геронтологије, осмишљавање и управљање истраживачким пројектима, интердисциплинарни рад и преношење знања у сарадњи са стручњацима, доносиоцима одлука и заједницама.

Области истраживања су бројне и могу обухватити, на пример, методе социјалне интервенције (индивидуалне, породичне, групне, у заједници), физичку и психолошку аутономију, породичну динамику, социјалну интеграцију, стресне животне догађаје (нпр. пензионисање, губитак партнера), инвалидитет, злостављање старијих особа, самоубиство, депресивне поремећаје, духовност и самоактуализацију, подршку неговатељима, као и иновативне професионалне праксе.

Неки од предмета на Универзитету Шербрук јесу:

- Биопсихосоцијалне теорије старења,
- Интердисциплинарност у геронтологији,
- Стратегије мешовитих истраживачких метода у геронтологији.

Садржај ових предмета омогућава упознавање са кључним питањима, проблемима и главним биолошким, психолошким и социолошким теоријама о старењу, у циљу усмеравања истраживачких пројеката и олакшавања дијалога са стручњацима из различитих дисциплина у области геронтологије. Садржаји предмета нуде критичку анализу главних праваца мишљења у геронтологији, и то тако што обухватају различите теорије, попут генетских и негенетских модела, когнитивних приступа, теорија смањене активности (или повлачења из друштва), активности, континуитета, животних циклуса и друштвене стратификације. Посебан акценат ставља се на разликовање нормалног и патолошког старења. Настава на докторским студијама усмерена је и на развијање свеобухватног разумевања процеса старења кроз интердисциплинарни приступ. Концепт интердисциплинарности, интеграција различитих перспектива и примена системских и холистичких модела (као што је еколошки приступ) истичу се као кључни елементи за подстицање сарадње међу различитим секторима. Поред тога, садржаји укључују и методолошку обуку која омогућава стицање вештина за спровођење квалитативних, квантитативних, али и комбинованих истраживања, заснованих на моде-

лима евалуације програма. У овом сегменту анализира се епистемолошка основа методолошког плурализма, упоређују се монометодски и мултимодски приступи, а проучавају се и истраживачки планови попут триангулације, евалуације програма и теренских експериментација (Универзитет Шербрук).

## 5. Закључак

Старење становништва у Квебеку намеће потребу за дубоким институционалним, професионалним и друштвеним прилагођавањем. Статистички подаци указују на сложеност и разноликост потреба старије популације, што изискује развој интегрисаних политика и услуга које су истовремено универзалне и прилагођене индивидуалним карактеристикама корисника. Геронтолошки социјални рад представља кључну спону између система подршке и саме старије особе, јер омогућава свеобухватну психосоцијалну процену, олакшава доношење важних одлука и доприноси очувању достојанства и аутономије старијих грађана. Ипак, недостатак кадра, неуједначена доступност услуга и нове друштвене реалности захтевају стратешка улагања у образовање, истраживања и праксу. У том смислу, образовни програми из геронтологије, посебно они који промовишу интердисциплинарност и праксу засновану на доказима, имају кључну улогу у стварању компетентних стручњака способних да одговоре на потребе савременог друштва које стари. Демографско старење, дакле, није само изазов, већ и прилика за унапређење социјалне кохезије, интергенерацијске солидарности и квалитета живота за све грађане, без обзира на доб.

## Литература

Bravo, G., Delli-Colli, N., Dumont, I., Bouthillier, M.-E., Rochette, M., & Trottier, L. (2023). Aide médicale à mourir pour les personnes inaptes à consentir à la suite d'un trouble neurocognitif majeur: préoccupations de travailleurs sociaux du Québec. *Intervention*, (156), 7–22.

- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). (2023). *Portrait des organisations d'hébergement et des milieux de vie au Québec*. [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/RapportPreliminaireMandat/RapportsAssocies/CS-BE-Portrait\\_organisations\\_hebergement.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/RapportPreliminaireMandat/RapportsAssocies/CS-BE-Portrait_organisations_hebergement.pdf)
- École de travail social – Université de Sherbrooke. (n.d.). *École de travail social*. Université de Sherbrooke. <https://www.usherbrooke.ca/travail-social/>
- École de travail social – Université de Montréal. (n.d.). *École de travail social*. Université de Montréal. <https://travail-social.umontreal.ca/accueil/>
- École de travail social – UQAM. (n.d.). *École de travail social*. Université du Québec à Montréal. <https://travailsocial.uqam.ca>
- École de travail social et de criminologie – Université Laval. (n.d.). *École de travail social et de criminologie*. Faculté des sciences sociales, Université Laval. <https://www.fss.ulaval.ca/travail-social-et-criminologie>
- Gouvernement du Québec. (23 février 2023). *Étudier à l'université – À propos*. <https://www.quebec.ca/education/universite/etudier/a-propos>
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2023). *Portrait des personnes âgées au Québec*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/communiquel/portrait-personnes-aines-quebec>
- Ministère de la Famille et des Aînés & Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2012). *Vieillir et vivre ensemble: Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002206/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Cadre de référence – Ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)*. Gouvernement du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ressources/ri-rtf/cadre-de-reference-ri-rtf/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *À propos des ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF)*. Gouvernement du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/ressources/ri-rtf/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025). *Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*. Avenir en santé – Gouvernement du Québec. <https://avenirensante.gouv.qc.ca/milieus-de-travail/centre-dhebergement-et-de-soins-de-longue-duree>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2025). Résidences privées pour aînés. <https://www.quebec.ca/habitation-territoire/location/residences-privées-aines>
- Pelletier, C., Beaulieu, M. (2016). Rôles et défis actuels des travailleurs sociaux en gérontologie dans le réseau public du Québec. *Intervention*, (143), 135–146.
- Pelletier, C., Beaulieu, M. (2015). Le travail social auprès des personnes âgées. In J.-P. Deslauriers & D. Turcotte (Dir.), *Introduction au travail social* (3e éd., pp. 269–276). Les Presses de l'Université Laval.

- Taïbi, B. (2021). *Vieillir où? Parcours migratoires et aspirations d'âinés nés à l'extérieur du Canada* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal].
- Zivanovic, J. (2023). *Les travailleurs sociaux en contexte de soins palliatifs: pratiques d'accompagnement des personnes immigrantes en fin de vie au Québec* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal]. Sous la direction de L. Rachédi et la co-direction de M. Vatz-Laaroussi.

**Javorka Zivanovic**

## AGEING IN QUEBEC: DEMOGRAPHIC TRENDS, INSTITUTIONAL SUPPORT AND EDUCATION IN GERONTOLOGY

### Abstract

Demographic ageing is one of the most complex challenges in modern societies, with significant consequences for their social, economic and health systems. In this context, the province of Quebec in Canada is experiencing a substantial rise in the proportion of the elderly in its total population, which requires a thorough institutional and professional response. However, population ageing should not be viewed solely as a burden; it also presents an opportunity to redefine intergenerational relationships, improve the social welfare system and promote active ageing. This article highlights key demographic indicators in Quebec, different forms of institutional and informal housing, the importance of gerontological social work, and educational programmes that contribute to the development of professional skills for working with the elderly. The aim is to shed light on the challenges and opportunities that demographic ageing presents in the context of sustainable and equitable social development, using available data and professional literature as a reference point.

**Keywords:** ageing, the elderly, centers for the elderly, gerontological social work, social workers.



Прегледни научни рад

УДК 364-787.2-053.9

<https://doi.org/10.46793/ger2501.27S>

Рад послат: 13.09.2025.

Рад прихваћен: 20.10.2025.

**Радмила Станковић\***

Градски центар за социјални рад у Београду – Одељење Вождовац

## ЉУДСКЕ ПОТРЕБЕ У СТАРОСТИ – ПРЕИСПИТИВАЊЕ МОГУЋНОСТИ ПРИМЕНЕ ХРЕИОЛОШКОГ ПРИСТУПА ПОТРЕБАМА СТАРИЈИХ У СОЦИЈАЛНОМ РАДУ

**Резиме:** Људске потребе представљају један од најважнијих концепата на којима се темељи социјални рад. Овај концепт је све више предмет преиспитивања, као и то да ли су и у којој мери потребе старијих специфичне или не. У уводним разматрањима рада врши се проблематизација људских потреба, а затим се указује на њихов појам. Средишња разматрања посвећена су Марковом, Маркузовом и Фромовом појму људских потреба. Следи приказ Масловљеве поделе потреба, и то са аспекта њихове (потенцијалне) дехуманизације у старости. Повезаност социјалног рада и људских потреба приказана је посредством концепта Шарлот Таул, а указано је и на задовољавање потреба старијих у оквиру њихових породица, као и оних делова система социјалне заштите у којима се практикује социјални рад. Осујећеност у задовољавању потреба, научена беспомоћност и последична фрустрација код старијих неки су од проблема који су анализирани у даљем раду. Хреиолошки приступ потребама старијих у социјалном раду представљен је у закључку овог рада, као алтернатива постојећим праксама код нас.

**Кључне речи:** људске потребе, социјални рад, старији, старење.

### 1. Увод

Старост као неизбежни, завршни сегмент човековог животног циклуса кроз који пролази током свог егзистирања, посматрана у контексту опадања биолошких и психосоцијалних капацитета, често

---

\* Социјална радница, [radmilla.stankovic@gmail.com](mailto:radmilla.stankovic@gmail.com); ORCID: 0009-0009-8788-4198

бива поимана у песимистичној конотацији људске пролазности. Период старости традиционално се види као време опадања интелектуалних и моторних капацитета човека, веће подложности различитим физичким болестима и повредама, али и у кључу губитка многих социјалних улога и пада броја социјалних контаката (Havinghurst, 1952). Генерално негативан став друштва према старијима и бројне предрасуде о њиховим капацитетима, могућностима квалитетног живљења и улози у друштвеној заједници, обједињене су термином “ageism”, односно стереотипима о старијима који често доводе до друштвене дискриминације (Rešetar Ćulo, 2014). Истовремено, у већини развијених земаља, све већи удео популације чине старији, што представља снажан извор друштвених притисака, стављајући пред систем социјалне заштите многобројне захтеве, нарочито у ниско доходовним земљама које немају довољно средстава или их не распоређују у складу са потребама становништва (Župan, 2019).

Потребе старијих су многобројне и сложене, условљење карактеристикама развојног периода у коме се они налазе, а њихова испуњеност је битан фактор квалитета живота и процеса активног старења (Bruggencate et al., 2017). Оптималан процес старења не захтева само испуњење потреба за материјалном и егзистенцијалном сигурношћу, нити задовољеност основних физиолошких потреба, већ и низ сложених социјалних потреба. У питању су блискост са другима и реципрочност у односима, могућност самоактуелизације личности, укљученост у живот заједнице, осећај личне вредности и смисаоности живота. Нажалост, друштвени напори усмерени на старије често се заснивају на пружању делимичне подршке у задовољењу „нижих” потреба (сигурност, физиолошке потребе), када до угрожености већ дође, односно занемарена је превентивна димензија деловања, као и задовољавање сложенијих потреба (Župan, 2019). С тим у вези, може се истаћи да се ради о фрагментисаном приступу људским потребама који не уважава целовитост људске егзистенције и њене специфичности у старости као трећем животном добу. То често доводи до социјалне изолације и емоционалних тешкоћа код старијих, као и општег осећаја неиспуњености и незадовољства.

Будући да старење представља вишеслојан процес који обухвата физиолошке, психолошке и социјалне промене, да су саме људске

промене међузависне, да их је неопходно хуманизовати, а њихово задовољење схватити као нужан предуслов испуњене егзистенције, ова проблематика мора бити сагледана из мултидисциплинарне перспективе. Овај рад наведени ослонац проналази у области хреиологије, мултидисциплинарног приступа људским потребама који их сагледава из перспективе филозофске антропологије, социологије, културологије, психологије, андрагогије, етике и аксиологије (Martinović, 1981). Хреиологија нуди могућност перцепције старости не као пасивног периода у коме потребе старијих треба да задовоље други, већ сам човек у трећем животном добу као активна особа која задовољава своје потребе кроз активности у средини која му пружа прилике и прихвата га. Циљ рада јесте скицирање могућности примене хреиолошког приступа на питања потреба старијих. Проблематика хуманизације потреба упућује на нужност промене друштвеног става према старијима у смислу уважавања начина на који могу остати део друштвене заједнице и дати јој свој јединствени допринос. Целовитост потреба упућује на преплитање различитих нивоа потреба у јединствену целину човекове егзистенције, унутар које није довољно, на пример, да старија особа има свакодневне интеракције и тиме закључити да су њене социјалне потребе „задовољене”, већ је неопходно осмотрити испуњеност и реципроцитет датих интеракција. Суштина човека може бити реализована унутар друштва које признаје специфичности сваког животног доба и омогућава да се индивидуалитет и капацитети особе испоље у пуној мери.

## 2. Појам људских потреба

Појам људских потреба и покушаји њихове класификације срећу се у оквиру различитих научних дисциплина, при чему њихово проучавање често остаје фрагментарно и ограничено доминантним парадигмама ових дисциплина, без покушаја мултидисциплинарног сагледавања и сазнајног повезивања. О њима се говори из различитих идеолошких перспектива, од грађанске, преко хуманистичке, до марксистичке. Заједничка нит која спаја већину ових гледишта могла би се назвати виђењем потреба као „модуса људске егзистенције и

самореализације, те остваривања људске суштине” (Martinović, 1981: 40). Потребе се често деле на основне спрам сложенијих, или боље речено на једноставније, биолошке потребе које су повезане са самоодржањем организма (нпр. сан, глад, жеђ) спрам сложенијих, културолошки и психолошки условљених потреба, попут потребе за постигнућем или осећајем смисаоности живота. Култура и друштвени односи јављају се као фактори који, са једне стране, пружају оквир за задовољење различитих потреба, а са друге, и стварају нове потребе кроз подстицање различитих вредности и интеракција на нивоу друштва. Људско благостање и самореализација се не могу схватити одвојено од структуре потреба, начина и нивоа, тј. квалитета задовољења потреба унутар датог друштва. При томе реализацију човекових потреба у оквиру друштва не треба схватити у пасивном кључу, односно као чисто једносмеран однос у коме друштво задовољава потребе појединца и пружа му одређени степен заштите. Напротив, задовољење човекових потреба почива и на остварењу његове креативности и индивидуалитета и кроз чин давања друштву и другима, алтруизму и стваралаштву који су темељ осећања корисности и продуктивности и у „трећем животном добу”, које је фокус овог рада. Улога друштва у овом аспекту односила би се на охрабривање ових људских тенденција и нуђење прилике и слободе да се оне и испоје.

Ипак, друштвени односи често током историје цивилизације бивају кључни фактор који угрожава човековој природи иманентно задовољење потреба. Тако нпр. Маркс (1953, према Martinović, 1981) наводи да у капиталистичком друштву људске потребе не могу никада бити у целини задовољене будући да се њихова реализација јавља као нуспојава друштвене структуре која је оријентисана првенствено на конзумеризам у сврху даљег обогаћивања капитала, те да би у будућем социјалистичком (или неком другом пројектованом) истинском друштву, овај однос према људским потребама био из корена другачији будући да би полазио од потпуног остварења капацитета човека, а не потраге за сталним профитом. За Маркса, мерило остварености човека јесте богатство његових потреба. До осиромашења људске егзистенције долази када су основне човекове потребе незадовољене, или под константним ризиком да остану незадовољене. Тада рад постаје средство преживљавања, огроман део активности се

своди на напоре усмерене ка физиолошком опстанку човека, уместо рада као израза интересовања и креативних капацитета човека, што доводи до потискивања и губљења сложенијих потреба и могућности испуњавајуће егзистенције (Marx, 1932). Маркс парадоксалну природу човекових потреба у свету капиталистичких производних односа илуструје кроз сиромаштво егзистенције особа које гомилају и штеде велике количине новца (акумулација капитала). Њихове потребе су, и поред постојања финансијских могућности задовољења, до крајности осиромашене и замењене потребом поседовања, која по себи представља негацију позиције немаштине.

Нешто другачије виђење модерне природе људских потреба у светлу послератног конзумеристичког друштва излаже Маркузе у свом делу „Човек једне димензије”, ослањајући се на елементе Марксовог учења. Модерно друштво у многим случајевима не нуди простор за задовољење виших човекових потреба кроз креативност, сврсисходан рад, проналажење смисаоности живота, али, са друге стране, креира многобројне вештачке потребе које су отуђене од човекове суштине, а сврха им је испуњавање душевне празнине и подстицање конзумирања на коме почивају производни односи. Карактеристика вештачких потреба јесте у немогућности задовољења и испуњења човека, односно константно се тежи ка даљој конзумацији (већа кућа, новији аутомобил, најновији технолошки производи), која не доводи до задовољења, већ до даље „глади” (Markuze, 1968). Немогућност задовољења проистиче, према Маркузеу, из несразмере између реалне потребе особе и друштвено наметнутог начина њеног задовољења – осећај смисаоности и продуктивности није могуће остварити путем слепог конзумеризма. На тај начин, парадоксално, модерно друштво множењем вештачких потреба доводи до осиромашења и удаљености човека од његових аутентичних виших потреба и начина њиховог задовољења.

Тешко је не осврнути се на актуелност елемената Марксових и Маркузових промишљања у светлу модерног друштва и његових економских преврата. Унутар ове динамике, која је нарочито заострена у склопу релативно сиромашних и периферних земаља као што је наша, са једне стране, долази до заостравања борбе за преживљавање међу многим сегментима становништва, свакако и у животима многих

старијих, који су у фокусу овог рада. Принудним фокусирањем на пуко преживљавање долази до сиромашења људске егзистенције, при чему су сложеније потребе човека занемарене или чак доживљене као „луксуз”. Тако се занемарује њихов повратни утицај на човеково благостање, односно осећај бесмисла и одбачености може довести до психофизичког пропадања човека чак и када су све основне потребе релативно задовољене (не умире се само од глади, већ и од очајања!). Са друге стране, усложњавање људских потреба се првенствено манифестује као квантитативно, односно као стицање веће количине поседа, новца, статуса, итд, а не као квалитативно у виду јављања истински нових потреба и модуса креативне самореализације човека у друштву. На тај начин долази и до дехуманизације и отуђења потреба, или њиховог первертирања у неаутентичне потребе. Када би притисак борбе за физичко преживљавање и економску егзистенцију био уклоњен пред човеком би се нашло подједнако значајно питање значења, смисаоности и даље сврхе његовог живота.

Фром (1963) такође види потребе као обликоване друштвом, а начини задовољења потреба служе одржавању постојеће друштвене структуре, попут модерне потребе за конзумацијом која би била незамислива у друштвима пре појаве индустријализоване хиперпродукције добара. Наспрам друштвених процеса сиромашења и инструментализације потреба, постоје могућности њихове хуманизације, односно стављање човека на прво место и коришћење човека као мерила свега. То се односи на конструисање онаквог друштва чији би напори били усмерени ка максималној реализацији сваког од његових чланова у смислу виших, а не само основних потреба. У том смислу, активности служби социјалне заштите се могу тумачити и као начин остварења потреба угрожених категорија становништва институционалном делатношћу која се ослања на ресурсе читавог друштва; угрожене категорије би обухватале особе у материјално лошој ситуацији, у осетљивим и изазовним развојним периодима, случајеве тешко поремећених односа у породици, сметње и тешкоће у развоју, итд (Martinović, 1981). Стога су активности служби социјалне заштите нужно повезане са процесом хуманизације потреба, будући да у њиховој основи постоји имплицитна претпоставка о нужности задовољења потреба и самореализације свих чланова друштва, о пружа-

жању додатне подршке оним члановима који се суочавају са додатним тешкоћама и изазовима. Материјална оскудица и недостатак средстава доводе до маргинализације старијих и дехуманизације њихових потреба, грубог редуковања „трећег животног доба” са свим његовим потенцијалима на доба немоћи, слабости, у коме је особа терет како друштву тако и својој породици, што са собом повлачи осећања бескорисности и бесмисла. Дато виђење старости може постати „самоиспуњавајуће пророчанство”, будући да услед оваквих друштвених предрасуда и ограничења старији не користе своје очуване капацитете, прилике за учешће у друштву и драгоцено акумулирано искуство које поседују на основу проживљеног живота како би дали специфичан, лични печат друштву чији чланови и даље остају. Наспрам оваквог виђења старости, могуће је понудити перспективу која ово животно доба види као активно, испуњено активностима и увидима који постају утолико драгоценији због релативне близине смрти и алтруистичке жеље старих да друштву понуде продукте свог живота и делатности у којима ће уживати будуће генерације, а не они сами (Petričković, 2012).

Појам потребе у психологији има различита значења. У првом значењу, термин се односи на унутрашње силе које покрећу понашање и усмеравају га; незадовољење потребе доводи до опадања свеукупног здравља и функционалности појединца. Једна потреба може лежати у корену многобројних и често појавно различитих понашања (Kruglanski & Higgins, 2007). У оквиру оваквих објашњења појма потребе фокус је на физиолошким потребама и потребама које су човеку неопходне за преживљавање. У другом значењу, термин потребе се односи на средство путем кога се испуњава одређени циљ, односно на елементе спољашње средине који су неопходни, попут људског контакта и пажње, огрева, хране и слично. У овом смислу, још је Фројд разликовао потребу као унутрашњу напетост или дефицит одређене материје у организму наспрам објекта потребе као предмета који служи растерећењу ове напетости (Marić, 2004). Иако су предмети и начини задовољења потребе разноврсни и многобројни, основна природа потребе увек остаје иста. Другачије речено, иако све особе имају исте биолошки условљене потребе, њихова личност и степен менталног здравља одређен је начином задовољења ових потреба,

односно тиме да ли се ради о начинима задовољења који су „зрели” и прилагођени друштвеној реалности или „незрели”, односно дистанцирани од ове реалности (као што је нпр. халуцинирано задовољење потреба у случајевима душевне болести). Ограниченост Фројдовог третмана потреба одражава се у његовог схватању потребе као стања недостатка, а задовољења потребе као простог уклањања непријатности до које недостатак доводи. Притом је занемарена сложеност потреба које доводе до реализације човекове егзистенције и његове хуманизације, изградње као личности, које не почивају на недостатку већ, напротив, на жељи остварења одређеног стања, стваралаштва, остављања трага за собом. Једностраност оваквог виђења потреба су исправили каснији психолози, попут Маслова, који значајан нагласак ставља на потребу за самоактуализацијом, које подводи под потребе „вишег реда”.

Ипак, већ од раних дана психологије срећемо снажно наглашавање повезаности између степена задовољености људских потреба, њихове природе и разноврсности, са једне стране, и степена менталног благостања, са друге (Kruglanski & Higgins, 2007). Хронична фрустрираност потреба доводи се у везу са менталним благостањем, пре свега у смислу присуства негативних појава и тешкоћа у функционисању особе, попут симптома депресивности, анксиозности, агресије, итд (Diener, 2006). Међутим, притом се често занемарује да ментално благостање не обухвата само одсуство тешкоћа и различитих симптома менталних поремећаја, већ и присуство позитивних квалитета као што су оптимизам, вера у себе и сопствене капацитете, осећај смислености живота, итд. У том смислу могуће је повезати ово одређење менталног здравља са већ описаном Марксовом мишљу о јављању нових потреба и њиховом задовољењу као начину изградње личности човека, њене реализације у свим својим потенцијалним капацитетима и димензијама. Међутим, већина студија које се баве угроженим популацијама првенствено се фокусира на присуство негативних знакова и симптома, нпр. анксиозности или интелектуалног пропадања у случају старијих (нпр. истраживање Stanimirović, 2017). При томе се занемарују позитивни знакови менталног здравља и психолошког благостања који се заснивају на теже уочљивим и измерљивим квалитетима.

Као што је већ истакнуто, унутар многих психолошких теорија потреба срећемо сродне поделе, односно диференцирање универзалних, физиолошких потреба које се заснивају на редукцији непријатног стања унутар организма у односу на сложеније потребе које су формиране у оквиру одређене културе и које се заснивају на постизању жељеног стања. Један од аспеката који је често занемарен у стручној литератури јесте промена у квалитету потреба кроз различите животне периоде. Степен сложености потреба, начин њиховог испољавања и доступни путеви њиховог задовољења се драстично разликују између различитих развојних периода. Уколико постоје осврти на квалитативно мењање потреба и начина њиховог задовољавања у контексту познијег животног доба, најчешће се говори о осиромашењу доступних начина задовољења потреба, нпр. због пензионисања, смрти брачног партнера или сужавања круга социјалних контаката. Још је Хевингхурц (1952), као један од најзначајнијих психолога који се бавио одликама старости као развојног периода, акценат ставио управо на сиромашење начина задовољења потреба у старости, при чему се наглашава улога средине – породице и институционалне подршке – у очувању начина задовољења потреба који су и даље доступни. Притом се занемарују квалитативно нове потребе и начини њиховог задовољења који се јављају у старости, а о којима говоре други психолози, попут Ериксона. Ериксон (2008) у старости види могућност интеграције досадашњих животних искустава и формирања специфичног става према егзистенцији, који је обележен мудрошћу као квалитету који се традиционално повезује са старијим особама. Старост унутар овог виђења постаје период промишљања о смислу проживљених искустава, трагања за значењем на крају сопственог живота и могућности дељења ових сазнања са млађим генерацијама, њиховог усмеравања и подучавања. Овај аспект је, нажалост, занемарен у великом броју модерних студија старости и интервенција чији је циљ обезбеђивање „квалитетног старења”.

Као инспирација за бављење потенцијалном мудрошћу старих, сатканој на животном искуству и могућношћу преношења са колена на колена, готово је неисцрпна ризница бритких народних мисли које продиру у саму суштину сложених и крајње противуречних животних околности, за чије разумевање и практично поступање

је од великог значаја управо годинама таложено и кристализовано искуствено знање старих људи. Народни колективни дух опомиње на законитост како „Млад знаје једно, а стар много”, из чега се може закључити да „У стара глава, у млада – снага”, те зато у народу и слови како „старе у савјет, а младе у бој треба расподељивати” (Nedeljković, 1973: 75).

### 3. Подела људских потреба

Једну од најпознатијих теорија потреба у психологији постулирао је Абрахам Маслов, који их је поделио хијерархијски, визуелно приказујући пирамиду потреба. Ниже слојеве пирамиде заузимају базичне потребе, односно физиолошке потребе и потреба за сигурношћу. Оно што ове потребе диференцира у односу на више слојеве пирамиде јесте њихова биолошка условљеност, универзалност, као и мањи степен културолошких варијација у начинима њиховог задовољења. Потребности за самопоштовањем и љубављу, иако психолошки сложеније, са значајно већим варијацијама у начину испољавања, скупа са физиолошким потребама такође се сврставају под „потребности недостатка”, будући да њихова незадовољеност доводи до негативног стања анксиозности и фрустрације, те се морају задовољити у одређеном степену кроз одрастање особе пре јављања психолошки сложенијих потреба. Оно што покреће потребе недостатка јесте редукција непријатног телесног или психолошког стања. Највиши ниво потреба, по Маслову, јесте потреба за самоактуализацијом човека, која се у току развоја јавља када су ниже потребе задовољене. Потреба за самоостварењем не почива на недостатку, већ на активним настојањима човека да реализује себе као личност кроз различите активности, тражење смисла, уживање у раду и стваралаштву независно од инструменталних циљева (нпр. новца, престижа) које може постићи путем ових активности. Иако јављање сложенијих потреба зависи од задовољености нижих, када једном дође до успостављања виших потреба оне могу преузети примат над нижима (Maslow, 1943). Тако, на пример, историја познаје безброј примера особа које су жртвовале свој животни мир, положај, спокојство или чак и сам живот (дакле, ишле противно

нагону за самоодржањем човека) или подносиле огромне жртве зарад сопствених религијских, идеолошких, научних идеја и идеала, итд.

Масловљева хијерархијска теорија потреба нуди неколико могућих виђења процеса дехуманизације потреба људи, осиромашења њихових потреба, а самим тим и њиховог егзистенцијалног бића. Већ је истакнуто да се, према овој теорији, више потребе неће јавити уколико ниже потребе нису биле задовољене на конзистентан начин током развоја и раста особе. У земљама где је целокупни живот човека обележен константном борбом за егзистенцијално преживљавање услед економских и политичких потреса, у којима се сложеније људске потребе не узимају у обзир или се доживљавају као луксуз, потреба за самоактуализацијом остаје угушена, неразвијена, у заметку. Ово би потенцијално могло довести до још снажнијег дехуманизовања и стереотипизирања старости као негативног животног периода, на основу тога да се смисао живота проналази само у репродукцији основних физичких услова човекове егзистенције, занемарујући драгоцене увиде и животно искуство које би старији могли да понуде средини. С друге стране, уколико се прихвати теза о могућем примату једном успостављених виших потреба над нижима, могу се објаснити и једностраности у задовољењу потреба старијих у оквиру активности породица и служби социјалне заштите. Свођење задовољавања потреба старијих само на материјални и физиолошки ниво занемарује и минимизира промовисање њиховог општег егзистенцијалног благостања, чиме се старији лишвавају задатости да остану активни, вредни и препознати чланови друштвене околине и поред свог одмаклог доба и физичких ограничења, да имају прилику да изразе своје вредности и креативне пориве у пуном смислу те речи.

Нешто новија, али свакако утицајна психолошка теорија потреба је теорија самоодређења (Deci & Ryan, 1985, 2000; Ryan & Deci, 2017, 2019; према Behzadnia, Deci & DeHaan, 2020). Она издваја три типа основних потреба: потребе аутономије, компетентности и повезаности са другима. Задовољеност ових потреба је од кључног значаја за ментално здравље и благостање особе и оне су универзалне за све људе без обзира на културу, старост, степен образовања, итд. Потреба за аутономијом се одражава у настојању да се оствари слобода избора и деловања у различитим активностима које особа предузима; код

старијих, ова потреба је оптимално задовољена уколико перципирају да живе у друштву које подржава њихову слободу избора и уважава их. Компетентност се односи на доживљај личне вредности и способности у разрешењу тешких задатака и остварењу жељених исхода путем својих напора. Услед процеса старења и природног опадања капацитета особе, али и друштвених предрасуда и патерналистичког односа према старијима, ова потреба често је угрожена код старијих. Потреба за повезаношћу усмерена је ка доживљају припадности и разумевању у односу са другима, као и на повезаност са групама кроз смисаон и испуњавајући начин, на пример кроз континуирано одржавање мреже социјалних односа са вршњацима у старости. Такође, као посебно значајан практични израз повезаности старијих са заједницом обитавања подвлачи се осећај припадности породици кроз преузимање улога бабе/деде према унуцима, што прати и давање мудрости и савета млађим члановима породице (Ryan & Deci, 2017; према Behzadnia, Deci & DeHaan, 2020).

#### **4. Спрега делатности социјалног рада и људских потреба**

Професија социјалног рада је већ од својих најранијих почетака била првенствено усмерена на остварење добробити човека, што подразумева и пружање подршке и заштите у процесу задовољења његових најразличитијих животних потреба. Активност социјалног рада као професије је стога нарочито усмерена на угрожене, маргинализоване, ризичне и дехуманизоване сегменте становништва који имају тешкоћа у остварењу својих потреба, било услед ограничених капацитета за вођење бриге о себи, било услед материјално неповољних егзистенцијалних услова, односно сиромаштва (Kletečki Radović, 2008). Значајно је истаћи да се ове активности не спроводе само зарад добробити појединаца, већ зарад друштва у целини. Један од основних тестова хуманости и напредности једног друштва не огледа се само у његовим технолошким или производним капацитетима, већ кроз његову алтруистичну спремност да помогне својим слабијим и угроженим члановима. Кроз њихову заштиту ствара се друштво

које почива на здравим вредностима солидарности и хуманизма (Martinović, 1981). Истовремено, омогућавање угроженим особама да задовоље своје потребе даје им прилику да доприносе друштву, да изађу из улоге искључених или жртве и реализују своје пуне капацитете. За разлику од модерних предрасуда, нарочито заступљених у неким земљама, да је угроженост појединца индивидуални проблем и одражава његове ниске капацитете, недостатак мотивације, воље, итд, социјални рад као научна дисциплина и професија требало би да пропагира холистичко виђење угрожености као проблема, дисфункционалност целокупног друштва и да је помагање овим категоријама становништва ствар добробити и датог друштва у целини, а не само појединачне особе.

Концепт људских потреба је нит која повезује различите активности и теоријско-методолошке поставке основних парадигми науке социјалног рада (Jani & Reisch, 2011). Један од првих социјалних радника који се на простору Запада бавио природом потреба у активности социјалног рада јесте Шарлот Таул (Charlotte Towle), која у својој књизи „Заједничке људске потребе” излаже теорију међусобне повезаности, зависности потреба и значаја њиховог задовољења по ментално благостање особе (Towle, 1945, према Jani & Reisch, 2011). Прва значајна мисао ове ауторке односи се на већ споменуту међуповезаност људских потреба, односно да их није могуће парцијално третирати и задовољавати, већ да се сваки човек и његова животна ситуација морају сагледавати холистички. У том кључу, активности служби социјалне заштите биле би усмерене ка практичној промени друштвених односа и околности унутар којих се појединац налази, било кроз елиминисање штетних фактора, било кроз рад на снагама и капацитетима на располагању самој особи (нпр. обучавање за проналажење новог запослења) или под контролом значајних других (рецимо, рад са породицом на оснаживању њених капацитета у целини како би се боља брига пружила појединачним члановима). Тако се потребе старијих могу сагледавати у оквиру породичног система, који је неформалан, спонтан, динамичан, солидаран и животно интиман, спрам активности служби социјалног рада, које су често парцијализоване, формалне, институционално ограничене, упркос томе што почивају на стручном знању и компетенцијама.

Друга значајна идеја ове ауторке јесте она о хијерархијском односу између потреба, коју срећемо и у већ наведеним психолошким теоријама. Тек када су, на пример, задовољене потребе за зависношћу и сигурношћу могуће је да потреба за аутономијом или креативном активношћу дође до свог пуног изражаја. При томе се не може занемарити ни чињеница да релативна важност одређених потреба зависи од тачке животног циклуса у којој се појединац налази (Dover, 2023). Ако је, рецимо, рано детињство обележено снажним потребом за везаношћу и зависношћу од других, односно од примарних старатеља, дотле је адолесценција обележена супротном динамиком, односно настојањима младих да остваре самосталност, слободу мишљења, делања и стварања сопствених вредности у односу на примарну породицу. Старост би се могла означити као амбивалентан период, као уосталом и читав људски живот у коме је равнотежа између зависности и аутономије нарочито деликатна. Док, са једне стране, старијима треба више свакодневне помоћи и надзора у њиховим животима до те мере да је институционализација у оквиру дома за старије понекад најбоље решење (Lovreković, Leutar, 2010), за њих је изразито значајно максимално могуће очување аутономије, које доприноси осећају личне вредности, виталности и спречава регресију на примитивније стадијуме развоја. У задовољавању основних потреба старијих и пружању адекватног степена подршке често се занемарује њихова осетљивост и склоност да овакве потезе доживе као угрожавање личне слободе и отписивањем њихове вредности као особа, што је случај, на пример, са превременим пензионисањем, премештањем у дом за старије и слично. Активности служби социјалног рада усмерене на задовољење потреба старијих морају у пуној мери уважити ове развојне специфичности животних фаза и омогућити, у разумним границама, максималну слободу одлучивања и живљења старијима, у складу са степеном очуваности њихових капацитета.

Центри за социјални рад имају нарочито значајну улогу у процесу заштите и бриге о старијим особама у нашој земљи. Поред координације активности установа на нивоу локалне заједнице, нпр. здравственог система и различитих невладиних организација, они имају и низ законски прописаних дужности према вулнерабилној популацији старијих, који се тичу задовољења њихових базичних потреба,

интеграције у социјалну заједницу, као и рехабилитацију након појаве здравствених тешкоћа и обољења (Miković, Bašić, 2016). Нека од права која старија лица могу остварити путем центара за социјални рад су новчана надокнада за негу и помоћ од стране друге особе, смештај у другу породицу, смештај у установу социјалне заштите, кућна нега и помоћ у обављању кућних послова (нпр. уколико старија особа није у стању да се сама прехрани и одржава основну личну хигијену), услуге социјалног и стручног рада, попут дијагностике, третмана и саветодавно-терапијског рада, итд (Miković, Bašić, 2016). Међутим, већ на основу прегледа доступних услуга уочавају се и нека од ограничења третмана старијих лица у тренутној пракси центара за социјални рад. Већина активности је рехабилитационог уместо превентивног типа. Тачније, до институционалне реакције долази када се проблем у функционисању и здравственом стању особе већ јави и она не може самостално да функционише, док се недовољна пажња посвећује подстицању процеса активног и продуктивног старења који би у теорији требало предупредити јављање многих проблема. Такође, већина активности је усмерена на задовољење базичних физиолошких потреба старијих лица (исхрана, основна хигијена, огрев, одевање), док су сложеније потребе, попут социјалних или тежње ка аутономији и компетентности, у великој мери одсутне.

Неке од набројаних активности служби за социјални рад, које имају карактер рехабилитације и фокусирања само на физиолошке потребе старијих лица, могу имати значајне импликације ако се сагледају у светлу ширих друштвених ставова, нажалост и честих претрасуда према старијим лицима. Иако се често пише о значају очувања социјалних односа и задовољењу потребе за сигурношћу старијих лица (нпр. Havinghurst, 1952; Bruggencate et al., 2017), подједнако долази и до занемаривања два аспекта старости који се односе на више потребе, односно потребе за очувањем личне слободе и аутономије и очувањем осећаја смисаоности живота путем интегрисања ранијих искустава, континуираног стваралаштва у оквиру друштвене заједнице (Petrićković, 2012). Овакав однос центара за социјални рад, а нарочито породице, према старијим лицима могао би допринети томе да се осећају пасивно, зависно од других, на терету како у друштву тако и породици (што је реченица коју често чујемо од старијих лица и у

свакодневном животу), што води у даље социјално повлачење, одустајање од активности у којима би особа могла да ужива услед осећаја „непримерености” годинама или генерално ниског самопоштовања. То може да води екстремном повлачењу старих људи, губитку контакта и здраве комуникације са средиштем живљења, што се у екстремним случајевима завршава тзв „социјалном смрћу”, непостојањем и умирањем у смислу њиховог социјалног постојања.

У претходним историјским периодима вулнерабилне старије особе су главне ослоњце и изворе заштите и подршке налазиле у сопственим породицама. Међутим, комбинација различитих социјалних фактора, попут разградње традиционалног патријархалног народног морала, незапослености, миграција, индивидуалистичког – егоистичног система вредности и опште ужурбаности данашњег стила живота доводе у питање ефикасност породице као система социјалне подршке уместо чега се све више актуализује ванпородични институционални смештај у надлежности стручних служби за бављење потребама старих. На нашим просторима се може говорити и о све већем јазу између генерација и процесу распадања традиционалног патријархалног система вредности и обичајног деонтолошког кода, који је укључивао слику о проширеној породици као заједници у којој млади (деца) воде рачуна о старијима (родитељима) (Dinčić, 2012). У модерним породицама често долази и до психолошке и физичке дистанцираности између генерација, које у екстремним случајевима могу имати облик и потпуног напуштања родитеља од стране потомства. Чак и када постоје редовни контакти и одређени степен подршке родитељима од стране потомства, оправдано је поставити питање да ли квалитет ове подршке увелико угрожава егзистенцијална борба којој су у данашњем друштву изложени и сами млади, не само старији, као и негативне друштвене предрасуде о старењу, према којима су стари заиста смештени у улогу „породичног терета”, уместо вредних припадника породице који имају много тога да јој понуде.

Основни задатак служби социјалног рада јесте заштита благаостања особа и остваривање њихових основних људских права. Социјални радници су, према етичком кодексу струке, обавезни да поштују индивидуалност сваког корисника и поступају према њему на начин који их не дискриминише ни по једној основи, укључујући

националну, верску, полну, итд. Кроз службе социјалног рада друштво се бави заштитом и порастом благостања вулнерабилних категорија становништва, настоји да им пружи довољан степен подршке за функционисање које не само да се задржава на задовољењу основних физиолошких потреба, већ их укључује у друштво као вредне учеснике (Družić, 2020).

Рад са старијима у оквиру система социјалне заштите са собом носи низ специфичних изазова који се морају превладати. Старији су осетљиви у интерперсоналним односима, настоје да очувају лепу слику о себи, самоцењење кроз властиту аутономију и компетентност, па сам чин тражења помоћи често доживљавају као понижавајући. Ово може довести до одбацујућег односа према социјалним радницима и службама. Стога је у раду са њима неопходан висок степен стрпљења и сензитивности на потребе и специфичности ове популације. Основни циљ оваквих активности и односа према старијима јесте да кроз пораст свесности о специфичностима старије популације негативни друштвени стереотипи и негативни елементи њиховог става према социјалном раду што мање утичу на сам процес пружања стручне помоћи и досегнутог квалитета њиховог живота (Lepir, 2019).

## **5. Антрополошко-социјална специфичност потреба „трећег доба”**

Потребе и ментално благостање старијих постају све значајније друштвено питање будући да се проценат старијих у популацији повећава. Прогрес медицине и модерне технологије доводи до све дужег просечног животног века, али и отвара могућности да велики део популације проживи старост без значајних здравствених проблема који би довели до немогућности функционисања. Овај потенцијал није био присутан у ранијим историјским раздобљима (Ferrand, Martinent & Durmaz, 2014). Старији стога представљају релативно вулнерабилну популацију са разноврсним потребама, на пример здравственим, економским и социјалним, које захтевају посебан приступ и међусобну сарадњу служби здравствене и социјалне заштите (Egeljić-Mihailović, Pavlović, Brkić-Jovanović, Milutinović, 2021).

Питање потреба старијих стога није значајно само на индивидуалном плану, већ и као битно социјално питање прворазредног значаја. Све веће оптерећење пензијског система услед повећања броја старијих у популацији упоредо са опадањем стопа наталитета ће у будућности представљати значајан политички и социјални проблем. Нажалост, решење ове кризе многи виде у једностраним бирократским мерама, попут законског подизања границе за одлазак у пензију, чиме се „старост” као животно раздобље вештачки одгађа, односно промене у стилу живота не прате физиолошки и психички развој човека (Rešetar Ćulo, 2014). Битно је разликовати старије који настављају са радом услед законских ограничења и као део борбе за преживљавање наспрам старијих који настављају да доприносе друштву на начине који нису део формалног запослења (нпр. волонтирање, консултантске улоге, обука млађих кадрова, и слично), што у таквим случајевима представља део активног старења и настављања развоја личности и након пензионисања. Здравље виђење старости и њених потреба неопходно је тражити између два екстрема: старости модерног капитализма, у коме човек ради до смрти, ради да би преживео, и у том процесу нема времена за психолошке процесе интеграције и налажења смисла у смирају живота, те виђења старости као периода обележеног неповратним пропадањем, пасивношћу и потпуном зависношћу од других. Да би се дошло до хуманијег практичног одношења према старости и старењу неопходно је прво променити однос према потребама старијих. Иако је овим лицима често неопходан висок степен помоћи и подршке у задовољењу њихових потреба, некада и у облику институционалне неге, она не треба да буде праћена патернализујућим односом и обезвређивањем старости, нити треба да дође до занемаривања виших психолошких потреба и оних специфичних увида који друштву могу понудити само старији, на основу акумулације и интеграције искуства.

Старији се често сусрећу са фрустрирањем потребе за аутономијом услед већ бројних друштвених предрасуда и патерналистичког односа друштва према њима. Фрустрација потребе за компетенцијом доводи до осећаја неуспешности, неспособности и немогућности самосталног функционисања. Иако нека од већ наведених ограничења јесу несумњиво природан део старења, попут слабије покретљивости,

веће вероватноће повреда, веће менталне ригидности и зависности од других, не треба занемарити ни утицај психолошког става особе према овим појавама старења и њен положај као припадника дате старосне групе у широј социјалној средини. У системима вредности, унутар којих је старост негативно доживљена и где су присутни стереотипи о старости као периоду апатије, патње, постепеног гашења особе у коме замире мотив среће и задовољства, сви ови природни знаци старења ће бити негативно, па чак и катастрофично интерпретирани, што не мора бити случај уколико постоје позитивнији ставови (Rusac, Štambuk, Verić, 2013).

Нарочито је значајан феномен „научене беспомоћности”, који вуче корене из психолошких експеримената, а који се односи на тенденцију особе да различите ситуације доживљава као нерешиве и безизлазне, ни не покушавајући да примени оне капацитете које има. Уколико се овај појам примени на популацију старијих, може се говорити о некоришћењу различитих капацитета које старији и даље задржавају услед социјалних стереотипа, преузимања улоге болесника и генерално апатије и депресивности, који су често присутни у овој групацији (Solomon, 1990). Старији често не улазе у различите облике односа (на пример, партнерске односе након смрти супруга или супруге) и остале животне активности зато што сматрају да „нису прикладне годинама”, осећају се бесциљно након пензионисања и виде своје дане као празне, притом често несвесно игноришући оне прилике које имају да обогате свој живот и дане. Да би се остварило хуманизовање потреба старијих неопходно је подврћи друштвене стереотипе критици, али и променити само виђење старости код старијих, односно истаћи могуће прилике овог периода и оне специфичне квалитете који се могу остварити само у њему.

Социјална изолација и осећај неинтегрисаности у шире друштвене токове доводи до осећаја депресије, изолованости, бескорисности, одсуства места у друштву, што може имати далеко погубније последице на дуже стазе од здравствених проблема самих по себи (Ryan & Deci, 2017; Vasnteenkiste & Ryan, 2013; према Behzadnia, Deci & DeHaan, 2020). Дугорочни психолошки стрес доводи до нездравих облика понашања као настојања да се регулишу непријатне емоције, на пример преједања, претераног конзумирања алкохола, самоповређивања, као

и до пада имунолошке отпорности организма у целини, што води у општи пад здравља и повишену вулнерабилност за развој даљих менталних поремећаја и физичких обољења (Bartholomew, Ntoumanis, Ryan, Bosch, & Thogersen-Ntoumani, 2011; Behzadnia, Adachi, Deci, & Mohammadzaded, 2018; према Behzadnia, Deci & DeHaan, 2020).

С друге стране, континуирана интеграција старијих у сопствену средину и проналажење активности у којима се особа може осећати компетентно, аутономно и прихваћено, доприноси физичком и менталном здрављу на дуже стазе. Тако, на пример, радник који одлази у пензију не мора изгубити изворе физичке активности, већ може да настави да ради у својој кући, башти, или да се укључи у различите програме физичке активности који могу истовремено служити и као подручје социјализације са другим особама сличног узраста. Кроз волонтирање или консултантске улоге у различитим фирмама друштву се нуди јединствен допринос у виду искуства и животне мудрости старијих, док се код самих особа подстиче развој интринзичне мотивације и осећаја припадности ширим друштвеним заједницама (Deci & Ryan, 2000; Kasser, 2002; Kasser & Ryan, 2001; Ryan & Deci, 2017; према Behzadnia, Deci & DeHaan, 2020).

## **6. Уместо закључка – хреиолошки приступ потребама старијих у социјалном раду**

Као што је већ наведено, хреиологија је мултидисциплинарни теоријски приступ који се бави људским потребама у њиховој целовитости. Већина наука која се бави појмом људских потреба настоји да их класификује, подели према основним критеријумима, разлучи основне од сложенијих или научених потреба, што неретко води у фрагментисано схватање не само сложености појма људских потреба, већ и њихове повезаности са општим друштвеним благостањем и положајем појединца у социјалној стратификацији. Потребне појединца су разноврсне, међусобно повезане, те се њихова структура и хијерархија мењају кроз различите развојне периоде. Хуманизација људских потреба у оквиру хреиологије полази од схватања да је задовољење потреба појединца неопходно не само зарад његовог цело-

витог развоја, већ и зарад благодети друштва у целини, односно ради формирања друштва које ће потребе својих чланова стављати у први план и бити спремно да им пружи систематску подршку и заштиту у ситуацијама угрожености потреба или тешкоћа приликом социјалне адаптације (Martinović, 1981).

Из овако формулисаних основних поставки хреиологије могуће је извести неколико ширих закључака. Пре свега, већ је истакнуто да се вештачким дељењем потреба на различите категорије занемарује њихова холистичност, међузависност и повезаност са социјалним окружењем у коме се задовољавају. У многим психолошким теоријама потреба, али и у практичним активностима социјалног рада као професије, потребе се описују у смислу недостатка, односно рањивости особа које се морају вратити у стање благостања и хомеостатичке равнотеже интервенцијама друштва које им помаже у редуковању овог недостатка. Кроз питање хуманизације потреба, које је покренуто у хреиологији као теоријском концепту, може се постулирати идеја о потребама као бечугу општељудског развоја и раста, тј. учење о људској потребитости као генералном покретачу човековог преображавања и развоја, што умногоме надраста упрошћена тумачења наводне суштине потреба сведених на одржање поменуте психолошке равнотеже и нивоа функционисања. Свако развојно доба са собом носи нове и специфичне потребе, као што у одређеној мери и трансформише старе, а кроз испуњење ових потреба особа наставља да расте и развија се. Потреба старијих да пренесу мудрост и животне вредности млађим генерацијама, да разматрају питање смисла живота уопште и нарочито сопствене животне пројекције, као и синтезисовање проживљеног животног искуства, су типично занемарене потребе овакве врсте.

Ипак, задовољење потреба које свако животно доба носи са собом и по својој природи не доприноси само развоју појединца, већ друштва у целини. У томе лежи још једна специфичност хреиолошке перспективе и њен значајан потенцијални допринос разматрањима проблематике потреба старијих. Друштво, кроз пружање подршке, заштите, спровођење активности усмерених ка заштити његових чланова, не врши само своју дужност или спречава потенцијалне трагедије, већ улаже само у себе, у своју будућност. Особа која је егзи-

стенцијално и сигурно збринута, која се осећа вољено, поштовано и прихваћено у својој средини, чији се рад цени и награђује, може да продуктивно даље развија своје потребе и улази у подручје самоактуализације, креативности и стваралаштва, где може створити дела која превазилазе оквире постојећег и унапређују друштво у целини. Нарочито је значајно усвојити овакав став и подстицање развоја у популацији старијих, које су често стереотипно оцењене као пасивне, као терет друштва, као становништво слабих снага, умности и капацитета, на неповратној путањи даљег пропадања и све веће зависности од других, што их је током историје и у нашој култури чинило сувишним, па тиме и угроженим слојем становништва које је обредом „лапота” бивало и сурово лишавано голог живота. Међутим, ако се узме у обзир њихово животно искуство, више деценија творене вештине, традиционалне улоге у преношењу и чувању културне, моралне и вредносне баштине и колективних сећања једног народа, специфичан однос на релацији баба/деда–унук у нашој култури, јасно је да би здрава и продуктивна старост могла много тога да понуди нашем друштву.

У светлу ових идеја неопходно је посматрати активности служби социјалне заштите, које су усмерене на омогућавање задовољења потреба чланова друштва који се из одређених околности налазе у неповољном положају, при чему се не мора радити само о материјалној угрожености, већ и о угрожености социјалних потреба, тешкоћа у адаптацији на друштвене норме и моралне задатости средине у којој се особа налази у циљу усвајања просоцијалних облика понашања (Martinović, 1981). Старији, чак и ако не живе у ситуацији материјалне оскудице јер су им доступни различити облици здравствене неге, могу бити угрожени у смислу усамљености, осећања депресивности и бесмисла, немогућности адаптације на смрт партнера, пензионисање, и сл. Значајан аспект хуманизације потреба јесте и рад на стварању повољније средине, унутар које би потребе угрожених лица у својој сложености, динамичности и целовитости могле бити препознате и задовољене. Стога рад служби социјалне заштите мора бити усмерен на побољшање срединских услова, а не само на краткорочне или чисто материјалне интервенције. Ванинституционални контекст, у коме се задовољава већина људских потреба, јесу непосредно

социјално окружење и нарочито породица. Моћан начин пружања подршке старијима може бити рад са члановима њихове породице, рад за породицу и заједно са породицом како би она могла пружити квалитетнију негу и потенцијално развојне шансе за хумано живљење старијих.

## Литература

- Behzadnia, B., Deci, E. L., DeHaan, C. R. (2020). Predicting Relations Among Life Goals, Physical Activity, Health, and Well-Being in Elderly Adults: A Self-Determination Theory Perspective on Healthy Aging. In: Ng, B., Ho, G. (Eds). *Self-Determination Theory and Healthy Aging* (pp. 47–71). Singapore: Springer.
- Bruggencate, T. I. N. A., Luijckx, K. G., Sturm, J. (2018). Social needs of older people: A systematic literature review. *Ageing & Society*, 38(9), 1745–1770.
- Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and ill-being. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 7(4), 397–404.
- Dinčić, S. (2012). *Dehumanizacija potreba starih ljudi u seoskoj porodici*. [Master rad, Univerzitet u Beogradu].
- Dover, M. A. (2023). *Human Needs: Overview*. <https://oxfordre.com/socialwork/display/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-554>, Accessed 1.9.2025.
- Družić, S. (2020). Demografsko starenje stanovništva i socijalna politika. *Zbornik radova Islamskog pedagoškog fakulteta u Bihaću*, 12(12), 265–287.
- Egeljić-Mihailović, N., Pavlović, J., Brkić-Jovanović, N., Milutinović, D. (2021). Kvalitet života starih osoba smeštenih u staračkom domu. *Zdravstvena zaštita*, 50(1), <https://doi.org/10.5937/zdravzast50-28059>
- Erikson, E. (2008). *Identitet i životni ciklus*. Beograd: Zavod za udžbenike.
- Ferrand, C., Martinent, G., Durmaz, N. (2014). Psychological need satisfaction and well-being in adults aged 80 years and older living in residential homes: Using a self-determination theory perspective. *Journal of Aging Studies*, 30, 104–111.
- From, E. (1963). *Zdravo društvo*. Beograd: Nolit.
- Havighurst, R. J. (1952). Social and psychological needs of the aging. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 279(1), 11–17.

- Jani, J., Reisch, M. (2011). Common human needs, uncommon solutions: Applying a critical framework to perspectives on human behavior. *Families in society*, 92(1), 13–20.
- Kletečki Radović, M. (2008). Teorija osnaživanja u socijalnom radu. *Ljetopis socijalnog rada*, 15(2), 215–242.
- Kruglanski, A. W., Higgins, T. (eds.) (2007). *Social Psychology: Handbook of Basic Principles*. New York: Guilford Press.
- Lepir, L. (2019). Kompetencije socijalnih radnika u radu sa starijim osobama. *Socijalne studije*, 2(2), 105–123.
- Lovreković, M., Leutar, Z. (2010). Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu. *Socijalna ekologija: časopis za ekološku misao i sociološka istraživanja okoline*, 19(1), 55–79.
- Marić, J. (2004). *Klinička psihijatrija*. Beograd: Samostalni izdavač Jovan Marić.
- Markuže, H. (1968). *Čovjek jedne dimenzije*. Sarajevo: Svjetlost.
- Martinović, M. (1981). *Znanstvene osnove socijalnog rada*. Zagreb: Narodne novine.
- Marx, K. (1932). *Economic & Philosophic Manuscripts of 1844*. London: Progress Publishers.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.
- Miković, M., Bašić, S. (2016). *Odabrane teme savremene socijalne politike i socijalnog rada*. Sarajevo: Fakultet političkih nauka Univerziteta u Sarajevu.
- Nedeljković, Y.-R. (1973). Starost u narodnim poslovicama, *Gerontološki zbornik*, 72–86.
- Petričković, M. (2012). Socijalni rad u rodnoj pliroimi starenja na primeru domske porodice. *Socijalna misao*, 19(1), 29–48.
- Rešetar Čulo, I. (2014). Zaštita prava starijih osoba u Evropi: trenutno stanje, nedostaci i izazovi. *Pravni vjesnik*, 30(2), 117–135.
- Rusac, S., Štambuk, A., Verić, J. (2013). Dobna diskriminacija: iskustva starijih osoba. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49, 96–105.
- Solomon, K. (1990). Learned helplessness in the elderly: Theoretic and clinical considerations. *Occupational Therapy in Mental Health*, 10(3), 31–51.
- Stanimirović, L. (2017). Institutional social and health care of elderly at the Šabac area. *Engrami*, 39(1), 5–15.
- Župan, A. (2019). Socijalna skrb u zajednici za starije osobe u socijalnom riziku. *Journal of Applied Health Sciences – Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, 5(1), 97–103.

**Radmila Stankovic**

**HUMAN NEEDS IN OLD AGE – THE POSSIBILITIES  
FOR THE IMPLEMENTATION OF A CHREIOLOGICAL  
APPROACH TO THE NEEDS OF THE ELDERLY  
IN SOCIAL WORK**

**Abstract**

Human needs are one of the most important concepts on which social work is based. However, this concept is increasingly being questioned, as is the extent to which the needs of the elderly are specific. This paper begins by problematising human needs and then moves on to explore the conceptual foundations. The main part of the paper focuses on the concepts of human needs as presented by Marx, Marcuse and Fromm. This is followed by a presentation of Maslow's hierarchy of needs from the perspective of (potential) dehumanisation in old age. The connection between social work and human needs is presented through Charlotte Toul's concept. The paper also deals with the realization of the elderly's needs within their families and in parts of the social welfare system where social work is practised. This is followed by the analysis of the failure to meet needs, learned helplessness, and consequent frustration among the elderly. The conclusion of this paper presents a chreiological approach to the needs of the elderly in social work as an alternative to existing practices in our country.

**Keywords:** human needs, social work, elderly, ageing.



---

## II ГЕРИЈАТРИЈА

---



Оригинални научни рад

УДК 316.034-053.9

616.98:578.834

<https://doi.org/10.46793/ger2501.55S>

Рад послат: 16.09.2025.

Рад прихваћен: 02.10.2025.

**Катарина Стефановић\***

Клиничко-болнички центар Звездара, Београд  
Клиничко одељење за геријатрију, Интерна клиника

**Ивана Марковић**

Клиничко-болнички центар Звездара, Београд  
Клиничко одељење за геријатрију, Интерна клиника

**Дуња Траилов**

Клиничко-болнички центар Звездара, Београд  
Клиничко одељење за пулмологију, Интерна клиника

**Дејан Траилов**

Клиничко-болнички центар Звездара, Београд  
Клиничко одељење за геријатрију, Интерна клиника

**Гордана Михајловић**

Клиничко-болнички центар Звездара, Београд  
Клиничко одељење за геријатрију, Интерна клиника  
Универзитет у Београду – Медицински факултет

## ПРОДУЖЕНИ КОВИД И СТАРИЈИ: УЧЕСТАЛОСТ СИМПТОМА И ЊИХОВ УТИЦАЈ НА СВАКОДНЕВНИ ЖИВОТ

**Резиме:** Продужени КОВИД (енгл. *long COVID*), такође назван и постакутне секвеле инфекције SARS-CoV-2 (енгл. *post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection*, PASC), дефинише се као стање које настаје након инфекције SARS-CoV-2, а карактерише

\* Интерниста геријатар, katarina.stefanovic83@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1479-5858; Интерниста, zivana1703@gmail.com, ORCID: 0009-0009-9983-1915; Лекар специјализант интерне медицине, dunjatrailov@yahoo.com, ORCID: 0009-0009-1778-9945; Примаријус, интерниста геријатар, dzdtrailov@gmail.com, ORCID: 0009-0000-6211-0051; Доценткиња, интерниста геријатар, goca.mihajlovic@yahoo.com, ORCID: 0000-0001-5548-9809

га присуство симптома који трају најмање три месеца, при чему могу бити стални, повремени, ремитирати или напредовати и захватати један или више органских система. Посебно је значајан код старијих особа због већег морбидитета, морталитета и ризика од функционалног и когнитивног пада.

Циљ: Испитати учесталост и најчешће симптоме продуженог КОВИД-а код пацијената старијих од 65 година, као и њихов утицај на свакодневне активности и социјалну изолацију.

Методологија: У студију је укључено 100 пацијената лечених на Одељењу геријатрије КБЦ „Звездара”, који су преболели КОВИД-19. Подаци су прикупљени анкетирањем лицем у лице, коришћењем упитника, који је обухватао симптоме по системима, когнитивне и психичке тегобе, поремећаје сна и социјалну изолацију.

Резултати: Просечна старост испитаника била је  $73,9 \pm 6,2$  године, а 60% су чиниле жене. Најчешћи симптоми били су умор (90%), заборавност (63%), несаница (61%), бол у мишићима (59%), депресивно расположење (54%) и бол у грудима (54%). Умор је највише ограничавао свакодневне активности (70%). Социјалну изолацију потврдило је 65% испитаника, 78% је изјавило да се мање креће него раније, док је 44% и даље имало страх од нове инфекције.

Закључак: Продужени КОВИД-19 је чест код старијих пацијената и обухвата широк спектар симптома који значајно утичу на свакодневни живот и доводе до социјалне изолације. Рано препознавање и мултидисциплинарни приступ су од суштинске важности за адекватно збрињавање ових болесника.

**Кључне речи:** продужени КОВИД-19, стари, социјална изолација, смањење кретања

## 1. Увод

Продужени КОВИД (енгл. *long COVID*), такође назван и пост-акутне секвеле инфекције SARS-CoV-2 (енгл. *post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection*, PASC), дефинише се као стање које настаје након инфекције SARS-CoV-2. Карактерише га присуство симптома који трају најмање три месеца, при чему могу бити стални, повремени, ремитирати или напредовати и захватати један или више органских система (Cheng et al., 2025; Gheorghita et al., 2024). Најчешћи симптоми укључују изражен умор, малаксалост, когнитивна оштећења („мождана магла”), диспнеју, палпитације, бол у грудима, бол у мишићима и зглобовима, главобољу, поремећај сна, гастроинтестиналне тегобе (Aiyegbusi et al., 2021; Ziauddeen et al., 2022). Ови симптоми често варирају, понављају се, а могу бити изазвани или погоршани физичким или менталним напором, стресом или поремећајем сна. Когнитивна

дисфункција, губитак памћења посебно су изражени и повезани са анатомским променама у мозгу (Kavanagh KT et al., 2024).

Старије особе су у повећаном ризику од развоја продуженог КО-ВИД-а због старосне вулнерабилности, коморбидитета и смањених физиолошких резерви (Gheorghita et al., 2024). Код старијих, најчешћи симптоми су умор, кратак дах, когнитивна дисфункција. У поређењу са млађом популацијом, код старијих се чешће јављају погоршање крхкости (енгл. *frailty*), ограничења покретљивости, убрзано когнитивно пропадање и погоршање хроничних обољења. Утицај на свакодневни живот је значајан, јер старије особе често имају израженије функционално оштећење, потешкоће у обављању активности свакодневног живота и повећану потребу за подршком неговатеља. Ови фактори доводе до веће зависности од других, губитка самосталности и повећаног ризика од институционализације (Poloni et al., 2022).

Приступ лечењу је мултидисциплинаран и симптоматски. Кључна стратегија подразумева контролу коморбидитета, физикалну и радну терапију прилагођену пацијенту (*low and slow* приступ), штедњу енергије и постепено враћање активностима како би се избегло погоршање симптома. Такође, од суштинске важности у овој популацији је и психолошка подршка породице и неговатеља. Код старих, продужени КОВИД може да наруши покретљивост, погорша крхкост и убрза когнитивни пад, што води већој зависности и повећаном ризику од хоспитализације или смештају у институције за бригу о старијима (Yong et al., 2021; Cornwell et al., 2025).

## 2. Циљ

Циљ ове студије био је да се испита учесталост симптома продуженог КОВИД-а у пацијената старијих од 65 година, да се идентификују симптоми који су највише утицали на обављање свакодневних активности, а посебан осврт је био на утицај ових симптома на социјалну изолацију и смањење кретања код старих.

### 3. Методологија

У студију је било укључено 100 пацијената старијих од 65 година лечених амбулантно или хоспитално на Одељењу геријатрије КБЦ „Звездара”, а који су преболели КОВИД 19 инфекцију. Испитаници су пре попуњавања упитника (у прилогу овог рада) у потпуности били обавештени о циљу истраживања, начину обраде и чувању података, као и о публикавању података и резултата. Испитаници су анкетирани приликом амбулантних прегледа или током хоспитализације на Клиничком одељењу геријатрије. Подаци су прикупљани уз помоћ упитника, методом лицем и лице, уживо, што је био најмеродавнији облик прикупљања података, јер се радило о старијој популацији, те су све нејасноће везане за питања појашњаване на лицу места. У случају нејасноћа, усмено је од стране испитивача дато додатно појашњење, чиме је осигурано да наведени одговори буду меродавни и искрени. Коришћен је упитник, који се састојао из сета питања везаних за опште тегобе, кардиоваскуларни, респираторни, гастроинтестинални, мускулоскелетни систем, затим тегобе везане за расположење, сензомоторне симптоме, спавање, когнитивне функције. За сваки систем коришћено је 2–4 питања, за свако питање је испитаник одговарао са „да” или „не”. Није испитиван квалитет постојања тегоба, већ само учесталост њиховог јављања. Нису постављана ни питања која би сугерисала на класичне упитнике свакодневних активности (АДЛ). Посебан део упитника односио се на процену социјалне изолације старијих, кроз питања о смањењу броја особа са којим ближе комуницирају, смањењу кретања и осећаја страха од КОВИД-а.

### 4. Резултати

У истраживање је било укључено 100 пацијената старијих од 65 година. Већи број испитаника чиниле су особе женског пола, 60 жена (60%) и 40 мушкараца (40%), просечне старости  $73,96 \pm 6,19$  година. Просечан период који је протекао од прележаног КОВИД-а био је 12,59 месеци. Од укупног броја испитаника 64 (64%) није било хоспитализовано.

Најзаступљенији симптоми продуженог КОВИД-а били су умор, болови у грудима, осећај кратког даха, заборавност, несаница, болови у мишићима и зглобовима, нерасположење (депресија, плачљивост) (графикон бр. 1). Симптом који је највише утицао на обављање свакодневних животних активности био је умор. Седамдесет испитаника (70%) пријавило је ову тегобу као највише ограничавајућу, док су тегобе са памћењем биле друга најзначајнија тегоба која је имала негативан утицај на свакодневно функционисање, 13 испитаника (13%) је ову тегобу окарактерисало као веома значајну (графикон бр. 2).

Од општих притужби најчешћи симптом био је повећан умор, који је пријавило 90 испитаника (90%). Интересантно је да је повећано знојење пријављено као врло чест симптом, 48 пацијената (48%), као и губитак косе, 46 испитаника (46%).

Од кардиоваскуларних и респираторних симптома, више од половине испитаника пријавило је појаву бола у грудима 54 (54%), док је осећај убрзаног срчаног рада и прескакања срца било заступљено код 42 испитаника (42%). Више од половине је имало осећај кратког даха дуго након прележаног КОВИД-а, 54 (54%), али висок проценат је пријавио и дуготрајан упоран кашаљ као веома учесталу тегобу, 45 испитаника (45%).

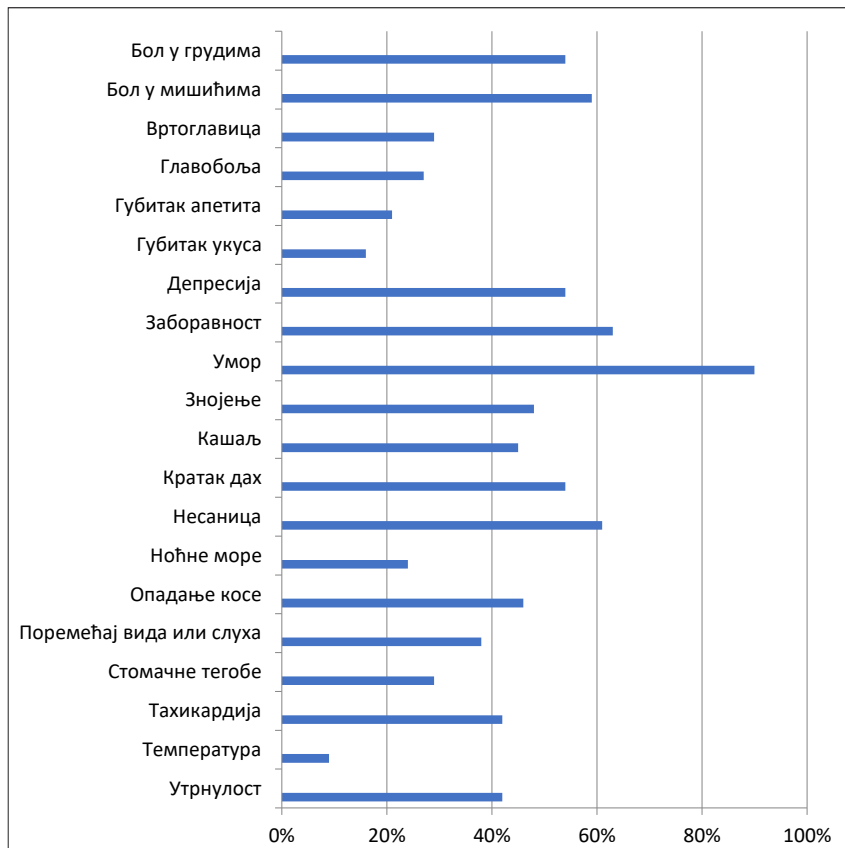
Притужбе као што су нелагодност у трбуху, пробавни поремећаји, затвор или дијареја пријавило је 29 испитаника (29%), а губитак апетита 21 учесник (21%).

Значајан проценат анкетираних имао је болове у мишићима и зглобовима дуго након прележаног КОВИД-а, њих 59 (59%) пријавило је ове тегобе, док је сензомоторни поремећај, у смислу утрнулости неког дела тела, пријавило 42 (42%).

Оштећење слуха и вида доживело је 38 испитаника (38%), а чуло укуса и мириса променило је само 16 (16%) испитаника.

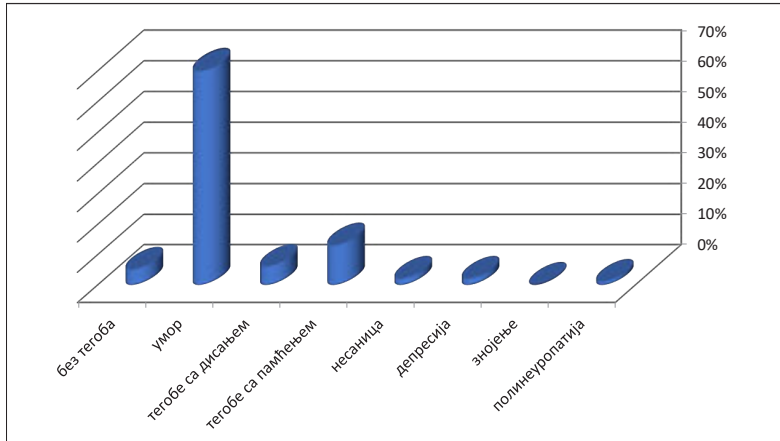
Један од најчешћих симптома који су испитаници искусили након опоравка од КОВИД-а биле су промене расположења у смислу депресије и плача, 54 испитаника (54%). Несаница је такође била присутна код великог броја испитаника – 61 (61%), заборав и оштећења памћења код 63 (63%), вртоглавице код 29 (29%), главобоље код 27 (27%) и ноћне море код 24 (24%) учесника.

**Графикон 1.** Најзаступљенији симптоми продуженог КОВИД-а код старијих

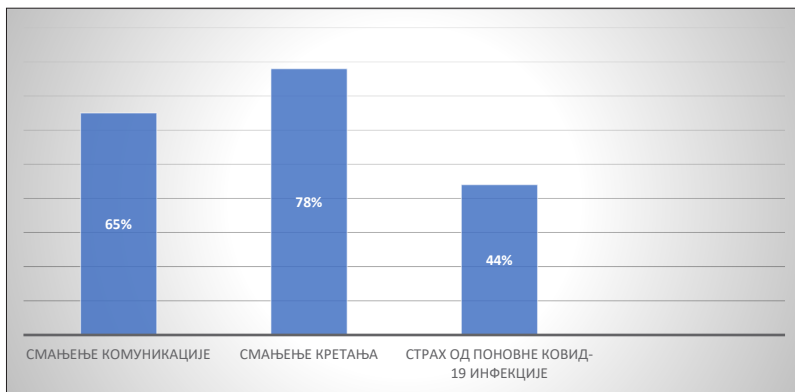


Анализом одговора на питања 26 („Са колико особа сада ближе комуницирате”) и 27 („А пре КОВИД-а са колико њих сте комуницирали”), значајан број испитаника, њих 65 (65%), пријавило је да су након преležане КОВИД инфекције смањили број интерперсоналних контаката са ближњима и фамилијом. Такође, 44 испитаника (44%) потврдило је да и даље има осећај страха од КОВИД-19 инфекције. Велики проценат испитаника – 78 (78%), пријавио је да се значајно мање креће него раније, да не иду више на удаљена места (26%) и да су проредили изласке ван стана (36%) (графикон бр. 3).

**Графикон 2.** Симптоми који су највише утицали на обављање свакодневних животних активности



**Графикон 3.** Утицај продуженог КОВИД-а на смањење комуникације, смањење кретања и страх од поновне КОВИД-19 инфекције



## 5. Дискусија

Бројне студије истраживале су симптоме продуженог КОВИД-а код старијих особа, њихов утицај на свакодневни живот, социјалну изолацију, погоршање покретљивости и когнитивни пад.

Најзаступљенији симптоми продуженог КОВИД-а у нашој групи испитаника били су умор, болови у грудима, осећај кратког даха,

заборавност, несаница, болови у мишићима и зглобовима, нерасположење (депресија, плачљивост), док су умор и тегобе са памћењем имале највећи утицај на обављање свакодневних животних активности. Готово све досадашње студије које су испитивале симптоме продуженог КОВИД-а код старијих показале су да су најзаступљенији симптоми умор (38–53%), кратак дах (30–50%), болови у мишићима и зглобовима (22–35%), кашаљ, ментални проблеми (анксиозност, депресивност) око 15% (Daitch et al., 2022; Tosato et al., 2021; Shanbehzadeh et al., 2023). Мултицентрична студија спроведена на 2333 испитаника у Израелу, Швајцарској, Шпанији и Италији показала је да су најчешћи симптоми код старијих били умор (38%) и диспнеја (30%), да су чешће имали кашаљ и болове у зглобовима, као и лошије тестове плућне функције након прележаног КОВИД-а у односу на млађу популацију. Независан предиктор умора и диспнеје били су женски пол и гојазност (Daitch V et al., 2022).

Замор и недостатак даха су учестали симптоми продуженог КОВИД-а, посебно код старијих, и слични су синдрому хроничног умора који је документован и након неких других вирусних инфекција као што је Epstein Barr вирус, Q грозница. Међутим, замарање које се јавља после КОВИД-а код великог броја пацијената представља трајно стање, од кога се већина не опорави или се споро опоравља са епизодичним понављањима губитка енергије, бола, когнитивних ограничења и након 30 месеци (Brown et al., 2021).

У студији италијанских аутора (Poloni et al., 2022) наводи се да је велики број старијих пацијената дуго након прележане КОВИД инфекције имао симптоме попут слабости, поремећаја спавања, анксиозности, депресије и когнитивне дисфункције, која се манифестовала кроз смањење концентрације, решавања проблема и просторне оријентације. Иако су ови симптоми били заступљени и код нехоспитализованих, показано је да је когнитивна дисфункција била директно пропорционална степену респираторне дисфункције на почетку лечења.

Утицај симптома продуженог КОВИД-а на физичко и ментално здравље испитивали су Шанбехзадех и сарадници и они су показали да су најзначајнији предиктори квалитета живота старијих били умор, појачање интензитета бола, смањење физичке активности и когнитивно-комуникацијски проблеми, те да је препознавање и аде-

кватно лечење ових симптома кључно у ранијем опоравку старих од продуженог КОВИД-а (Shanbehzadeh et al., 2023). Иста група аутора је у својој студији показала да је значајан број старих (44%) пријавио смањење кретања и потешкоће у кретању, што је показано и у нашој студији. Рехабилитационе интервенције код старијих са продуженим КОВИД-ом довеле су до значајног побољшања капацитета за ходање, побољшања самосталности, смањења умора, депресије и анксиозности (Deng et al., 2024).

Немачка студија (Herrmann et al., 2021), која је испитивала факторе ризика, морталитет и потребу за продуженом негом пацијената старијих од 70 година који су били хоспитализовани због КОВИД-19 инфекције, показала је да четвртина претходно здравих пацијената без коморбидитета није била у стању да се самостално стара о себи по отпусту из болнице.

Ретроспективна студија (Taquet et al., 2021), спроведена у Америци на пацијентима старијим од 65 година, показала је значајну повезаност између КОВИД-19 инфекције и повећаног ризика од дијагнозе деменције 6 месеци након прељжане инфекције. Врло значајне резултате објавила је британска група аутора (Douaud et al., 2022) која је показала да су испитаници стари 51–81 годину, а који су прељжали блажу форму болести, имали већи когнитивни пад и израженије промене на магнетној резонанцији главе у односу на млађу популацију (веће смањење дебљине сиве масе у орбитофронталном кортексу и парахипокампаалном гирусу, веће смањење глобалне величине мозга и веће оштећење ткива у регионима који су функционално повезани са олфакторним кортексом).

Негативан утицај акутне КОВИД-19 инфекције и продуженог КОВИД-а на старију популацију никако не треба потценити, нарочито током првог таласа пандемије, када су постојала значајна ограничења у социјалним контактима и могућностима здравствене неге. Многи од њих изгубили су своје супружнике и друге ближње особе током пандемије, што је свакако имало утицаја на њихово физичко и ментално здравље. Физичка дистанца и смањење контаката у циљу смањења ризика од трансмисије вируса имала је далекосежне последице, нарочито код геријатријске популације. У погледу социјалне изолације и смањења кретања, у нашој групи испитаника, њих 78%

пријавило је да се мање креће него раније, а њих 65% смањило је број контаката са фамилијом и ближњима. Социјална изолација и социјално дистанцирање старијих особа током такозваног *lockdown*-а, који је донесен одлуком владе у првом таласу пандемије, значајно је утицао на физичко и ментално здравље старијих, и код нас и у свету. Старија популација се стриктно придржавала владиних ограничења, понекад чак и на сопствену штету (Dunford et al., 2022). Студија спроведена у Јапану показала је да су старији који су били социјално изоловани током пандемије имали значајно већи ризик да развију когнитивна оштећења у поређењу са онима који нису били изоловани (Noguchi et al., 2021). Метаанализа Лазариа и сарадника (Lazzari et al., 2022) показала је да су усамљеност и социјална изолација код старијих повезани са повећаним ризиком од деменције за око 49–60% у односу на оне који нису били социјално изоловани.

Студија пресека спроведена у Кини испитивала је утицај депресије и нутритивног статуса на степен социјалне изолације и квалитет живота (Wang et al., 2023). Ова група аутора утврдила је да је инциденца социјалне изолације међу старијим болесницима била 44,3%. Депресија код старијих најчешће је била повезана са нарушеним здрављем, страхом, смањењем социјалне подршке и хроничним болестима. Током пандемије, смањење контаката са пријатељима и фамилијом, као и уобичајене активности, попут шетње и дружења, биле су значајно мање. Социјална изолација у садејству са многим психосоцијалним факторима довела је до бројних негативних здравствених исхода, као што су депресија, малнутриција, смањена физичка активност, когнитивни пад и повећање ризика од рехоспитализација код старије популације (Prommas et al., 2023).

## 6. Закључак

КОВИД-19 је имао далекосежне последице на физичко и ментално здравље старије популације, како директним биолошким утицајем (механизмом системске инфламације) тако и индиректним психосоцијалним утицајем (услед социјалне изолације). Досадашња сазнања указују да је етиологија продуженог КОВИД-а мултифакторијална, а

најчешћи симптоми су умор, кратак дах, мијалгије, артралгије и когнитивне промене. Нарочито код старије популације, често симптоми продуженог КОВИД-а остају непрепознати и занемарени због бројних коморбидитета. Продужени КОВИД код старијих је посебан изазов за оне који лече и пружају негу старијим болесницима. Мултидисциплинарни приступ у циљу превазилажења најчешћих соматских симптома продуженог КОВИД-а и социјалне депривације имали би веома значајан утицај на побољшање квалитета живота и функционалног статуса старих пацијената.

## Прилог

Упитник: Продужени КОВИД-19 И СТАРИ – учесталост симптома и њихов утицај на свакодневни живот

1. Пол
2. Године
3. Пре колико времена сте прележали КОВИД инфекцију?
4. Да ли сте били хоспитализовани?
ОПШТЕ ТЕГОБЕ
5. Општа слабост, умор
6. Повишена температура
7. Знојење /ноћно знојење
8. Губитак косе
КАРДИОВАСКУЛАРНИ СИСТЕМ
9. Осећај лупања срца и прескакање откуцаја срца, убрзан рад срца
10. Нелагода у грудима

РЕСПИРАТОРНИ СИСТЕМ
11. Отежано дисање
12. Суви кашаљ/ Продуктивни кашаљ
ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИ СИСТЕМ
13. Нелагода у трбуху, поремећај са варењем, дијареја
14. Губитак апетита
МИШИЋНО-КОШТАНИ СИСТЕМ
15. Болони у мишићима, зглобовима
16. Замагљен вид, оштећење слуха (дуално питање, ако су изражене тегобе, написати које су – вид или слух)
НЕУРОПСИХИЈАТРИЈСКИ СИМПТОМИ
РАСПОЛОЖЕЊЕ
17. Депресија, плачљивост
СЕНЗОМОТОРНИ СИМПТОМИ
18. Вртоглавица
19. Утрнулост неког дела тела
СПАВАЊЕ
20. Несаница, често буђење ноћу
21. Ноћне море
КОГНИТИВНЕ ФУНКЦИЈЕ
22. Потешкоће са памћењем, заборавност
23. Главобоља
24. Измењено чуло укуса и мириса
25. Издвојите симптом који вам је највише сметао (колико дуго је трајао и у којој мери је утицао на свакодневне животне активности у месецима ... (нпр. замор, тегобе са дисањем, отежано памћење....)
26. Са колико особа сада ближе комуницирате?
27. А пре КОВИД-а, са колико њих сте комуницирали?

28. Да ли и даље имате осећај страха од ковид инфекције (да / не)?
29. Ваш општи утисак, да ли се после КОВИД-а крећете мање него раније?
30. Ако је одговор ДА... а) Не идем више на удаљена места. б) Проредио сам изласке ван стана в) Избегавам да излазим и даље

## Литература

- Cheng, A. L., Herman, E., Abramoff, B., et al. (2025). Multidisciplinary collaborative guidance on the assessment and treatment of patients with long COVID: a compendium statement. *The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*, 17(6), 684–708.
- Gheorghita, R., Soldanescu, I., Lobiuc, A., et al. (2024). The knowns and unknowns of long COVID-19: from mechanisms to therapeutical approaches. *Frontiers in Immunology*, 15, 1344086.
- Aiyegbusi, O.L., Hughes, S. E., Turner, G., et al. (2021). Symptoms, complications and management of long COVID: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 114(9), 428–442.
- Ziauddeen, N., Gurdasani, D., O’Hara, M. E., et al. (2022). Characteristics and impact of long COVID: findings from an online survey. *PLoS One*, 17(3), e0264331.
- Kavanagh, K. T., Cormier, L. E., Pontus, C., Bergman, A., & Webley, W. (2024). Long COVID’s impact on patients, workers, & society: a review. *Medicine*, 103(12), e37502.
- Poloni, T. E., Medici, V., Zito, A., & Carlos, A. F. (2022). The long-COVID-19 in older adults: facts and conjectures. *Neural Regeneration Research*, 17(12), 2679–2681.
- Yong, S. J. (2021). Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. *Infectious Diseases*, 53(10), 737–754.
- Cornwell, W. K., Levine, B. D., Baptiste, D., et al. (2025). Exercise intolerance and response to training in patients with postacute sequelae of SARS-CoV-2 (long COVID): a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 152(5), e50–e62.

- Daitch, V., Yelin, D., Awwad, M., Guaraldi, G., Milić, J., Mussini, C., et al. (2022). Characteristics of long COVID among older adults: a cross-sectional study. *International Journal of Infectious Diseases*, 125, 287–293.
- Brown, T. (2021). The response to COVID-19: occupational resilience and the resilience of daily occupations in action. *Australian Occupational Therapy Journal*, 68(2), 103–105.
- Tosato, M., Carfi, A., Martis, I., Pais, C., Ciciarello, F., Rota, E., et al. (2021). Prevalence and predictors of persistence of COVID-19 symptoms in older adults: a single-center study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(9), 1840–1844.
- Shanbehzadeh, S., Zanjari, N., Yassin, M., Yassin, Z., & Tavahomi, M. (2023). Association between long COVID, functional activity, and health-related quality of life in older adults. *BMC Geriatrics*, 23(1), 40.
- Deng, J., Qin, C., Lee, M., Lee, Y., You, M., & Liu, J. (2024). Effects of rehabilitation interventions for old adults with long COVID: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Global Health*, 14, 05025.
- Herrmann, M. L., Hahn, J. M., Walter-Frank, B., Bollinger, D. M., Schmauder, K., Schnauder, G., et al. (2021). COVID-19 in persons aged 70+ in an early affected German district: risk factors, mortality and post-COVID care needs – a retrospective observational study of hospitalized and non-hospitalized patients. *PLoS One*, 16(6), e0253154.
- Taquet, M., Geddes, J. R., Husain, M., Luciano, S., & Harrison, P. J. (2021). Six-month neurological and psychiatric outcomes in 236,379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*, 8(5), 416–427.
- Douaud, G., Lee, S., Alfaro-Almagro, F., Arthofer, C., Wang, C., McCarthy, P., et al. (2022). SARS-CoV-2 is associated with changes in brain structure in UK Biobank. *Nature*, 604(7907), 697–707.
- Dunford, S., & Brooke, J. (2022). Effects of social isolation and restrictions on older people during the COVID-19 pandemic. *Nursing Older People*, 34(4), 20–26.
- Noguchi, T., Kubo, Y., Hayashi, T., Tomiyama, N., Ochi, A., & Hayashi, H. (2021). Social isolation and self-reported cognitive decline among older adults in Japan: a longitudinal study in the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(7), 1352–1356.e2.
- Lazzari, C., & Rabottini, M. (2022). COVID-19, loneliness, social isolation and risk of dementia in older people: a systematic review and meta-analysis of the relevant literature. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 26(2), 196–207.

- Wang, X., Zhang, C., & Luan, W. (2023). Social isolation, depression, nutritional status and quality of life during COVID-19 among Chinese community-dwelling older adults: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 13(9), e072305.
- Prommas, P., Lwin, K.S., Chen, Y.C., Hyakutake, M., Ghaznavi, C., Sakamoto, H., Miyata, H., & Nomura, S. (2023). The impact of social isolation from COVID-19-related public health measures on cognitive function and mental health among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 85, 101839.

**Katarina Stefanovic**  
**Ivana Markovic**  
**Dunja Trailov**  
**Dejan Trailov**  
**Gordana Mihajlovic**

## LONG COVID AND THE OLDER ADULTS: PREVALENCE OF SYMPTOMS AND THEIR IMPACT ON DAILY LIFE

### Abstract

**Introduction:** Long COVID, also referred to as post-acute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC), is defined as a condition occurring after SARS-CoV-2 infection and characterized by the persistence of symptoms lasting at least three months. These symptoms may be continuous, intermittent, remitting, or progressive, and can affect one or multiple organ systems. It is particularly important in older adults due to higher morbidity, mortality, and the risk of functional and cognitive decline.

**Objective:** To examine the prevalence and most common symptoms of long COVID in patients older than 65 years, as well as its impact on daily activities and social isolation.

**Methods:** The study included 100 patients treated at the Geriatrics Department of the University Hospital "Zvezdara," who had recovered from COVID-19. Data were collected through face-to-face interviews using a questionnaire covering system-specific symptoms, cognitive and psychological complaints, sleep disorders, and social isolation.

**Results:** The mean age of participants was  $73.9 \pm 6.2$  years, and 60% were women. The most common symptoms were fatigue (90%), memory impairment (63%), insomnia (61%), muscle pain (59%), depressive mood (54%), and chest pain (54%). Fatigue was the leading factor limiting daily activities (70%). Social isolation was reported by 65% of respondents, 78% stated that they were less physically active than before, while 44% continued to fear reinfection.

Conclusion: Long COVID is common in older patients and encompasses a wide range of symptoms that significantly affect daily life and contribute to social isolation. Early recognition and a multidisciplinary approach are essential for the adequate management of these patients.

**Keywords:** long COVID, older adults, social isolation, reduced mobility.

---

## **III ИЗ УГЛА ПРАКСЕ**

---



**Сунчица Прлинчевић\***  
Савез јеврејских општина Србије

**Миодраг Маринковић\*\***  
Савез јеврејских општина Србије

## **БРИГА О СТАРИЈИМ ЧЛАНОВИМА САВЕЗА ЈЕВРЕЈСКИХ ОПШТИНА СРБИЈЕ**

### **1. О Савезу јеврејских општина Србије и Социјалној служби Савеза**

Савез јеврејских општина Србије (СЈОС) је кровна организација јеврејских општина Београда, Кикинде, Панчева, Новог Сада, Сомбора, Зрењанина, Земуна, Ниша и Суботице, а уједно и њихов централни орган. Јеврејске општине – чланице Савеза, имају својство правног лица и удружене су у СЈОС у складу са одредбама Закона о црквама и верским заједницама и Статутом Савеза јеврејских општина Србије. Савез је верска организација која представља јеврејску заједницу Србије у земљи и иностранству и обавља послове који су му поверени ради остварења заједничких циљева од интереса за целу јеврејску заједницу Србије, која тренутно има око 3.300 чланова. Циљеви деловања Савеза су: очување и развој јеврејског верског и националног идентитета; очување историјског наслеђа јеврејске заједнице Србије; иницирање и подржавање јеврејске културе и образовања; супротстављање антисемитизму; одржавање везе са верским заједницама

---

\* sprlincevic@savezjos.org

\*\* miodrag@savezjos.org

бивше Југославије, Удружењем Јевреја из бивше Југославије у Израелу и другим организацијама основаним од стране чланова јеврејске заједнице из бивше Југославије; чување сећања на Холокауст, и хуманитарни рад у оквиру и ван јеврејске заједнице.

Међународна јеврејска организација “Conference on Jewish Material Claims Against Germany Inc.” је за све чланове јеврејске заједнице који су преживели Холокауст, тј. Јевреје рођене до 9. маја 1945. године, ставила на располагање Савезу јеврејских општина Србије финансијска средства за организацију и пружање различитих врста услуга, уколико они, као последица старости, хроничне болести или инвалидитета, имају ограничене физичке и психичке способности за задовољавање свакодневних основних и личних животних потреба.

Савез организује и пружа услугу помоћи у кући за чланове заједнице који су преживели Холокауст а којима је, према процени социјалног радника, ова врста помоћи неопходна за функционисање. У свакој од наведених јеврејских општина постоје социјалне службе у којима се реализују пројектне активности кућне неге и здравствене заштите, које су детаљно описане у овом раду. Најважнији принципи рада Социјалне службе јесу етичка одговорност према корисницима услуга и рад у њиховом најбољем интересу.

Социјалном службом руководи координатор, а на пословима стручног социјалног рада ангажовани су социјални радник, пројектни сарадници, геронто домаћице и два извршиоца са одговарајућом стручном спремом на нормативно-правним и књиговодствено-финансијским пословима. Ради остваривања права на услуге Социјалне службе потребно је да се (потенцијални) корисник обрати Социјалној служби матичне јеврејске општине. Иницијативу за остваривање права на услуге може покренути и социјални радник јеврејске општине приликом редовних обилазака чланова заједнице. Социјална служба СЈОС-а је и иначе, у циљу обезбеђивања најоптималнијег начина помоћи члановима који су преживели Холокауст, а у складу са захтевима донатора, у сталном контакту са социјалним службама јеврејских општина.

Сви корисници услуга имају одређена права у вези са услугама, и то право на добијање релевантних информација од значаја за услугу од интереса, на учешће у доношењу одлука о услугама, на сло-

бодан избор услуга, као и на поверљивост података. За сваког корисника социјална служба поседује у својој евиденцији одговарајућу документацију. Документација садржи попуњен упитник, копију личне карте, формулар који потврђује статус жртве Холокауста, као и формулар са потписаном сагласношћу за слање личних података корисника донатору, у сврху редовних кварталних извештаја које социјална служба доставља донатору. Сваком кориснику обезбеђује се заштита података о личности и гарантује се како тајност података о њему тако и о његовом здравственом стању. Корисници, наиме, у складу са начелима рада Социјалне службе, имају право на поверљивост свих приватних података из документације која се обрађује за потребе пружања услуга, укључујући податке о личности, понашању, породичним околностима.

СЈОС располаже и средствима из Фонда за хитне интервенције, која се планирају и троше за помоћ члановима заједнице који имају ниска примања. Најчешће форме подршке и помоћи из овог Фонда су материјална помоћ за набавку мањих кућних апарата, плаћање огрева, рачуна за комуналне услуге и сл.

## **2. Принципи и начела рада са корисницима услуге помоћи у кући**

Најобухватнија пројектна активност која се тренутно реализује у оквиру СЈОС је услуга помоћи у кући. Састоји се из пружања услуга кућне неге члановима јеврејске заједнице Србије који су преживели Холокауст, у циљу одржања и унапређења квалитета живота корисника.

Предуслов за добијање ове услуге је подношење захтева за остваривање права на услугу помоћи у кући код надлежног центра за социјални рад (ЦСР) у систему социјалне заштите Републике Србије. У случају да корисник оствари право на ову услугу код надлежног центра за социјални рад, број сати на које би остварио право од стране СЈОС-а умањује се за онолико сати на колико је остварио право код надлежног ЦСР.

Право на помоћ у кући корисник остварује након разговора са координатором и социјалним радником из Социјалне службе. Разговор се обавља у стану или кући корисника. Током иницијалне процене, стручни тим, на основу разговора са потенцијалним корисником, процењује:

- Став корисника и његова очекивања од услуге;
- Способности и приоритетне потребе корисника;
- Конкретне активности које ће се спроводити код корисника у оквиру услуге;
- Подобан термин доласка геронто домаћице ради упознавања са корисником;
- Време током ког би кориснику требало обезбеђивати услугу, у зависности, између осталог, од његових потреба.

Приликом разговора, социјални радник прикупља податке о здравственом и социјално-економском статусу корисника и врши се пријемна процена, те се израђује индивидуални план услуге (ИПУ), којим се дефинишу потребне активности Социјалне службе. Ревизија ИПУ врши се најмање једном годишње. Стручни радник (организатор помоћи у кући) такође најмање једном годишње спроводи интерну евалуацију квалитета пружених услуга, која обухвата испитивање задовољства корисника пруженом услугом.

Поред наведенога, попуњава се упитник, тзв. бодовна листа, на основу које се утврђује број сати током којих ће геронто домаћица пружати услугу кориснику. Бодовна листа састоји се из 19 области – питања, на које корисник треба да одговори, а то су: 1. покретљивост ван куће; 2. чишћење куће; 3. прање веша; 4. кување и припрема хране; 5. покретљивост у кући; 6. падови у последња три месеца; 7. облачење; 8. лична хигијена; 9. узимање obroка; 10. узимање лекова; 11. физиолошке потребе; 12. надзор; 13. вид; 14. слух; 15. опасности из околине (унутар или изван стана); 16. когнитивне способности; 17. штетна понашања; 18. физичка обољења / медицинска стања; 19. постојање формалне / неформалне подршке / степен друштвене изолације. Након добијених одговара, кориснику се додељује одговарајућа категорија, базирана на скали у Табели 1.

**Табела 1.** Категоризација корисника услуге помоћи у кући

Степен	Број бодова	Опис
IV	3,25 до 25	Корисник је самосталан. Има одређена ограничења у дневним активностима, укључујући спољне активности. Пати од мањих здравствених проблема. Такав корисник има право на помоћ у кући у трајању од 25 часова недељно.
III	25,25 до 35	Корисник је ограничен у активностима дневног живота, врло често су му потребни надзор или подршка другог лица. Обично користи неки вид помагала. Потребна му је делимична помоћ око прања и сушења веша, као и кувања. Потребна му је помоћ и око личне хигијене. Такав корисник има право на помоћ у кући у трајању од 84 часова недељно.
II	35,25 до 45	Кориснику је потребан надзор или подршка другог лица. Такав корисник има право на помоћ у кући у трајању од 105 часова недељно.
I	45,25 до 69,5	Корисник је непокретан или скоро непокретан и захтева потпуну помоћ од стране геронто домаћице. Такав корисник има право на помоћ у кући у трајању од 168 часова недељно.

Социјална служба формира досије корисника, израђује неопходну документацију и евиденцију, а социјални радник прати ток адаптације корисника и предузима потребне мере. Посете кориснику од стране координатора су обавезне и обављају се једном у два месеца, а по потреби и чешће.

Пружање услуге помоћи у кући подразумева следеће активности:

1. Помоћ у обезбеђивању исхране (набавка намирница, припремање оброка, напитака и помоћ при храћењу);
2. Помоћ у одржавању личне хигијене и хигијене стана;
3. Помоћ у загревању просторија;
4. Помоћ у задовољавању социјалних, културно-забавних и других потреба, као што су помоћ при кретању и плаћање рачуна;
5. Посредовање у обезбеђивању различитих врста услуга;
6. Обављање других послова утврђених индивидуалним планом услуга.

Активности услуге помоћи у кући реализује неговатељица, тј. геронто домаћица, која у непосредном раду са корисником спроводи активности према врсти и у трајању који су утврђени у индивидуалном плану услуга. Здравствени статус корисника је веома битан и пажљиво се сагледава, тј. врши се детаљан увид у медицинску документацију. Од добијених података зависи које ће активности геронто домаћица обављати код корисника. На пример, при раду са корисником који има оштећење слуха, социјални радник скреће пажњу геронто домаћици на то да мора дуже и упорније звонити на врата, да мора говорити одговарајућим тоном, као и да приликом обраћања буде окренута лицем ка кориснику.

Права и обавезе геронто домаћица дефинисани су Уговором о делу на конкретном пројекту. Уговор о делу закључује запослени са СЈОС. Запослени је у обавези да има лиценцу за пружање услуга, која се добија од стране Геронтолошког центра Србије након завршене обуке и полагања испита. У случају да запослени није похађао едукацију социјални радник је дужан да објасни послове, процедуре и све ставке од значаја за услугу помоћи у кући.

На крају месеца геронто домаћице подносе дневник рада за текући месец. У образац дневника рада уписују датум доласка, време проведено код корисника и опис послова, односно активности које су се реализовале по врсти и трајању, а које су у складу са индивидуалним планом услуге. Геронто домаћице своје дневнике рада, рачуне за рефундације корисника, „Макси” картице за куповину средстава за чишћење, који се одобравају у оквиру програма помоћи у кући, достављају СЈОС-у.

Пружање услуге помоћи у кући окончава се на захтев корисника, услед одласка у дом за старе или услед смрти.

### **3. Накнада трошкова здравствене заштите**

Почетком јануара 2010. године у СЈОС-у је оформљена Комисија за реализацију пројеката здравствене заштите преживелих Холокауста, која се састоји од четири члана и која се састаје једном у три месеца, тј. квартално, а по потреби и чешће. Приликом свог првог

заседања, Комисија је донела правилник за рефундацију трошкова плаћених медицинских услуга, купљених лекова, пелена и медицинских помагала.

Захтеви за рефундацију трошкова подносе се Социјалној служби матичне јеврејске општине, обрађују се, а затим прослеђују Социјалној служби у СЈОС. Исплата одобреног износа од стране комисије, а по издатом решењу, врши се преко текућих рачуна корисника.

Услови за рефундирање трошкова лекова и лечења су:

- Попуњен захтев за рефундацију са спецификацијом трошкова, са обавезним доказом о утрошеним средствима;
- Медицинска документација – налази лекара специјалисте, отпусна листа, мишљење лекара, као и налог лекара за спровођење дијагностичких процедура;
- Потпуна медицинска документација из које се види потреба за одговарајућим леком.

Једном годишње, углавном у априлу, СЈОС организује путовање у лековите бање у трајању од седам дана. Углавном је то Врњачка бања, и то због доступности лекара и разних медицинских пакета услуга. Током боравка у бањи, корисници користе понуђене терапије и друге физиотерапеутске услуге, а све у зависности од својих потреба.

#### 4. Услуге у заједници

Почев од 2008. године, средствима Аустријског фонда, основан је Дневни центар у сарадњи са Јеврејском општином Београд. С обзиром на то да се многи корисници осећају усамљено и да им је потребно место за састајање где ће се дружити, Дневни центар је конципиран тако да настоји да одговори њиховим захтевима и потребама. Седиште Дневног центра је у згради синагоге у Београду.

Услуге и дешавања који су обухваћени радом Дневног центра су вишеструки и обухватају, између осталих:

1. Активности повезане са исхраном;
2. Координацију лекарског саветовалишта са лекаром;

3. Забавно-рекреативне активности и дневне екскурзије, тј. излете, укључујући организацију посета чланова Дневног клуба другим општинама у Србији;
4. Културне активности, попут прослава свих јеврејских празника у Дневном центру и предавања (између осталог са рабином Исаком Асиелом), одлазака у биоскопе, позоришта, изложбе и музеје, изложбе чланова заједнице;
5. Активности од личног значаја за чланове заједнице, попут рођенданских славља, и одржавања редовног контакта са корисницима Дневног центра у сврху њиховог укључивања у заједничко осмишљавање различитих садржаја за недељне активности;
6. Активности транспорта корисника од Дневног центра до места становања.

У просторијама Дневног центра у синагоги основана је и Кошер кухиња и организује се свакодневно спремање и служење топлог obroка. Ово је од великог значаја за развој јеврејског живота у заједници, као и за побољшање квалитета живота свих чланова заједнице, укључујући оне који су преживели Холокауст. У контактима са потенцијалним корисницима за коришћење кошер кухиње, социјални радник је дошао до сазнања да многи од њих не могу да дођу у кухињу због старости. Стога је организована испорука дневних obroка на кућну адресу за чланове заједнице који су полупокретни или непокретни. Они могу да наруче оброке, тако што ће контактирати Савез или јеврејску општину Београд, и obroци се дистрибуирају на кућне адресе корисника. О значају ове услуге сведоче искрене захвалности за доставу хране. Корисници изражавају посебно задовољство кухињом, јер могу да једу кошер храну без напуштања удобности своје куће, куповине меса, воћа, поврћа и других намирница које су им потребне за кување. Неким корисницима, који сами могу да кувају, потребно је само купити намирнице. За такве кориснике се на основу списка који доставе Социјалној служби обави куповина потребних ствари и достави на кућну адресу.

Једном недељно организују се дружења у оквиру клуба Златно срце. Чланови клуба врло често организују излете по Србији, одлазе

на ручкове у природи, на салаше и сл. Окупљају се четвртком у преподневним часовима, а уједно је у просторији Дневног центра у истом временском периоду отворено Саветовалиште за медицинске и здравствене услуге од стране лекара-волонтера из области кардиологије, онкологије и физикалне рехабилитације.

## 5. Закључак

Социјална служба СЈОС-а је кроз свој дугогодишњи рад уочила да правилно упознавање карактеристика корисника и свеобухватно сагледавање свих њихових потреба, као и правилно утврђени приоритети у спровођењу услуга заштите и подршке, омогућају квалитетнији живот и континуирану укљученост у заједницу, те спречавају њихово маргинализовање у старости. Из тог разлога, Социјална служба посвећена је подстицању чланова заједнице да живе у свом природном окружењу, кроз адекватно пружање помоћи и подршке, у циљу омогућавања достојанственог доживљавања старости и суочавања са свим променама које она носи са собом.



---

**IV ИЗ АРХИВЕ ГДС**

---



**Петар Манојловић**

## **СОЦИЈАЛНО ОБЕЗБЕЂЕЊЕ У СТАРОСТИ\***

У одређивању односа друштва према остарелим људима, њиховим проблемима и потребама, у употреби је више термина: „социјална заштита”, „социјално старање”, „друштвена брига”, „социјално обезбеђење”, „социјална сигурност”.

Наша теоријска мисао није до краја разлучила смисао и целисходност употребе појединих од ових термина (изузев у једном најширем контексту у „Зборнику појмова у социјалној политици”), а посебно не када се ради о друштвеном односу према животним проблемима људи у старости.

Ипак би се могло рећи да је употреба прва два термина (тј. „социјална заштита” и „социјално старање”), када се ради о једном целом друштвеном односу према свеукупности животних проблема и потреба људи у старости, апсолутно превазиђена, јер, с једне стране, сужава акционо поље друштвеног деловања на поједине уске категорије остарелих људи и само на неке њихове животне проблеме (превасходно материјалне), а с друге, одражава један „заштитнички” патерналистички однос према људима у трећем животном добу, што је више неодрживо како са становишта достигнућа у геронтологији

---

\* Овај текст представља саставни део публикације „Старење и живот у старости – Стање и карактеристике протеклог периода и пројекција до 2000. године”, коју је 1981. године објавио Институт за социјалну политику у Београду.

тако и са становишта друштвеног положаја човека у самоуправном социјалистичком друштву.

Мада је термин „друштвена брига” нешто блажи у одражавању једног „заштитничког” односа према људима у старости, ипак, у суштини, садржи тај превазиђени однос, а осим тога, у извесном смислу, оставља утисак да је непосредна друштвена акција, као део те „бриге”, негде у другом плану.

Термин „друштвена брига” је неадекватан и стога што изражава један однос између неког апстрактног друштва од којег зависи социјални положај људи у трећем животном добу, уместо да носилац те бриге буду пре свега саме особе у трећем животном добу, одговарајуће самоуправно организоване, што је иманентно самоуправном социјалистичком друштву – да је сваки појединац носилац друштвене одговорности у погледу његове судбине и животних и других услова.

Термин „социјална сигурност”, мада подразумева и један систем друштвеног деловања, ипак, одражава и један статус – једно стање у коме се појединац или група налази, али не садржи ни у најмањој мери ону непрехватљиву ноту „заштитног” односа.

Изгледа нам да, у овом случају, највише одговара термин „социјално обезбеђење”, јер не садржи елемент подређености старијих људи већ садржи један активан однос старијих људи према питању своје социјалне сигурности у старости: они се социјално обезбеђују, а, осим тога, овај термин даје једну ширину у смислу свеукупних социјалних услова живота, а не само материјалних или др.

Термин „социјално обезбеђење”, по нашем уверењу, садржи у највећој мери карактеристике „самозаштите”, што би требало да буде битна карактеристика социјалног обезбеђења у старости у социјалистичком самоуправном друштву.

Стога смо се определили да у овом раду користимо тај термин, подразумевајући под њим: један заокружен систем друштвених мера и активности у којима остарели грађани и радни људи, удружени у одговарајућим самоуправним асоцијацијама, пре свега организацијама удруженог рада, месним и интересним и другим самоуправним заједницама и организацијама, обезбеђују, на основама минулог рада, солидарности, узајамности и социјалистичког хуманизма, економску и социјалну сигурност у старости и одговарајуће услове живота оста-

релим људима, од којих зависи њихов друштвени положај, животни стандард, физичко и психичко здравље и животна задовољство.

Социјално обезбеђење у старости, осим тога, подразумева не само систем одговарајућих новчаних престаџија, већ и скуп организованих активности којима је циљ да се у старости, када је то потребно, обезбеде што адекватнији услови становања, одговарајући режим исхране, адекватне културно-забавне активности, рекреација и одмор, одговарајуће радно ангажовање, адекватна нега и лечење у случају болести и изнемоглости, одговарајући услови за друштвене контакте и све друго што је од значаја за људску срећу, животна задовољство и људско достојанство. Социјално обезбеђење у старости је, према томе, део опште друштвене политике, социјалне сигурности радних људи и грађана и један од основних и трајних задатака у области социјалне политике.

### **а) Друштво и старост**

Однос друштвене заједнице, схваћен у смислу глобалног друштва, према старости и условима живота и социјалним потребама старијих људи, изражен је у низу државних и политичких докумената. Од Устава и Програма СКЈ, Закона о удруженом раду и низу других закона, докумената Савеза комуниста, Синдиката, Социјалистичког савеза – све до низа самоуправних споразума и договора и других самоуправних аката донетих од стране самоуправних интересних заједница и организација удруженог рада и др.

Социјалистичка Република Србија је, осим тога, преко своје Скупштине, донела и посебан документ у коме је дефинисан друштвени поглед према старости и животним проблемима у старости и друштвеним обавезама у решавању тих проблема: Резолуција Скупштине Србије о друштвеном старању и остарелим лицима.

Резултати таквог друштвеног односа према старости нису мали: крупна достигнућа представљају систем пензијског осигурања и систем здравствене заштите свих лица старих 65 и више година.

Није прилика да се улази у детаљнију анализу појединих докумената којима се изражава однос глобалног друштва према старости и

животним условима и проблемима остарелих људи, али се мора констатовати да је наша друштвена заједница, у основи, имала увек један позитиван однос и спремност да сагледа како стоје ствари у том погледу и да, у границама реалних могућности, предузме одговарајуће мере.

Квалитет тог односа и потврђених ставова друштвене заједнице према старости зависио је, пре свега, од тога у којој мери су поједине субјективне друштвене снаге овладале овом проблематиком и адекватним приступом у овој проблематици.

Ако у тим документима налазимо сада неке превазиђене приступе (на пример, заштитничког приступа у старости и др.), а тога има, онда је то само одраз нивоа овладавања овом проблематиком од стране појединих субјективних друштвених снага, а не одраз намерног друштвеног опредељења.

Осим тога, динамичке друштвено-економске, социјалне и друге релевантне промене чине такође да неки ставови опредељења буду релативно брзо превазиђени.

У склопу тих релевантних промена треба свакако узети у обзир и квалитет промена у самоуправним односима и сталном унапређивању самоуправног положаја радних људи и грађана, као и с тим у вези и развој теоријске мисли, етике и морала и изградње нових људских вредности и опредељења у нашем социјалистичком самоуправном друштву.

Као пратећи процес ових промена треба имати у виду развој геронтолошке мисли и код нас и у свету. Према томе, констатована превазиђеност неких друштвених приступа проблемима старости треба у наредном периоду да буде замењена и даље дограђивана, имајући у виду, с једне стране, изнете савремене друштвене приступе проблемима старања и старости и, с друге, нове квалитете животних потреба у старости, до чијег пуног испољавања ће доћи у наредном периоду.

Од фундаменталног значаја су у томе два основна опредељења: да стари човек буде у друштвеној позицији која ће му омогућити да одлучује о питањима која се тичу његовог друштвеног и социјалног положаја и да се превазиђе онај „заштитнички” однос некога ко „бриње” о старом човеку.

У даљим одељцима овог поглавља студије изложиће се нешто детаљније поједини предлози потребних промена у систему социјалног обезбеђења у старости, полазећи од наведених основних опредељења у односу друштвене заједнице према старости и остарелим људима.

### **б) Припрема за живот у старости**

За старост се треба припремати у младости – смисао је многих народних пословица које су својеврстан облик изражавања народног искуства и мудрости. Ова мисао је истовремено један од фундаменталних постулата савремене геронтолошке теорије.

Све су чешћа заговарања геронтолога да темеље каснијих припрема за одлазак у пензију треба поставити у детињству и младости: изградњом једног адекватног става према процесу старења и самој старости. Праву и пуну истину о томе треба усадити још у фази раста сваке индивидуе. Нужно је већ тада поставити адекватне темеље морално-етичког односа према старењу и старости.

Са истинама о старењу и старости треба бити присутан и у фази оптималног радног потенцијала човека, када је појединац преокупиран својим личним амбицијама и животним плановима и када је човек у стању да превиди неке животне ситуације других и да занемари неке више људске вредности.

Непосредна припрема за живот у старости, међутим, у многим земљама започиње око 50. године живота или пет година пре одласка у пензију.

Иницијатори за организовање појединих форми припреме за одлазак у пензију су, најчешће, синдикати и „послодавци”, уз одговарајуће ангажовање службе социјалног осигурања (сносе трошкове заједно са послодавцима) и одговарајућих стручних геронтолошких институција.

Смисао ових припрема је да се предупредне кризе и психички стресови до којих често долази код престанка професионалних активности и да се људима пред пензију помогне да нађу нову садржину животних активности у старости. Веома је наглашен превентивни значај ових припрема за одлазак у пензију.

Систематски лекарски прегледи и редовне лекарске консултације током друге половине радног века надопуњују овај систем припрема за одлазак у пензију, односно за живот у старости.

У нас нема тако организованих активности, па је нужно обезбедити да се у наредном периоду постепено приступи стварању одговарајућих предуслова за организовани рад на припремању старијих радника и грађана за живот у старости. Резултати такве активности имаће своје позитивне ефекте у смањењу патолошке старости, у превенцији психолошких девијација и у продужавању виталне и животно садржајне старости.

У нашем систему социјалног обезбеђења у старости нужно је, према томе, уградити функцију организованог припремања за живот у старости – старијих радника и грађана. Основни носиоци ове функције требало би да буду организације удруженог рада и синдикалне организације, уз одговарајуће ангажовање надлежних геронтолошких институција и кадрова.

### **в) Пензијско и инвалидско осигурање**

Пензијско-инвалидско осигурање је, нема сумње, окосница читавог система социјалног обезбеђења у старости.

Наше пензијско-инвалидско осигурање током протеклих деценија бележи један веома динамичан развој: преко пет пута увећан је број уживаоца пензијских примања у периоду од 1952. године, обезбеђена је редовна валоризација пензијских примања у вези са кретањем трошкова живота, односно кретања личних доходака запослених, уводе се постепено и други видови социјалних престаџија: помоћ за туђу негу, регрес за годишњи одмор и др.

Најкрупније питање нашег пензијског осигурања јесте још увек неадекватно решено питање земљорадничког пензијског осигурања, чије се решавање не може дуже одлагати и мора се сматрати приоритетним питањем наредног периода.

Исто тако, крупно и приоритетно питање јесте у вези са даљим јачањем социјално-заштитних функција пензијског осигурања у смислу да пензионисани радници и земљорадници убудуће своје одређене

животне проблеме могу да решавају у оквиру пензијског осигурања, а на основама минулог рада, солидарности и узајамности.

Пензијско осигурање треба да буде основни ослонац човекове социјалне сигурности у старости и да се конституише као право, а не као могућност, одређене престације у случајевима таквих животних ситуација које захтевају такве престације, као што су трошкови помоћи у кући, партиципација трошкова домског смештаја, трошкови коришћења клупских установа и др.

Пензијско осигурање треба да прерасте у један целовит систем социјалног обезбеђења у старости.

Пензијско осигурање, у складу са тим, треба да буде један од основних финансијера и изградње одговарајуће инфраструктуре институција за старе: од груписаних станова до домских установа, од клубова и других сервисних институција за старе.

Социјално осигурање треба да буде један од финансијера организованих припрема за старост, као и да обезбеђује одговарајућа истраживања о животним условима и потребама корисника пензијских примања, да поспешује и унапређује геронтолошку мисао и праксу, и др.

Крупно питање је и даље трансформација самоуправне структуре пензијског осигурања у смислу стварања одговарајућег самоуправног механизма на нивоу општине, па и месне заједнице, да би се обезбедио непосреднији самоуправни утицај пензионера на одлуке које се доносе у самоуправним интересним заједницама, а које се тичу животних питања пензионера. Јачање социјално-заштитних функција пензијског осигурања, нарочито у вези са ангажовањем самоуправних интересних заједница пензијског осигурања у решавању појединих животних проблема пензионера, захтева да се на нивоу општине, па и месне заједнице, организује одговарајуће самоуправно организовање пензионера и других друштвених субјеката.

Може се очекивати да ће у наредном периоду, у складу са даљим порастом животног стандарда, ојачати захтеви да се кроз институт добровољног допунског пензијског осигурања омогући појединцима, као и организацијама удруженог рада, да добровољним допунским пензијским осигурањем себи обезбеде виши ниво пензијских примања него што то обезбеђује обавезно пензијско осигурање.

### г) Борачка заштита

Чињеницом да сваким даном све већи број бораца залази у треће животно доба, систем борачке заштите добија све већи значај са становишта социјалног обезбеђења у старости.

У студији Завода за хронична обољења и геронтологију из Београда „Здравствено стање и заштита бораца НОР-а у Југославији (Београд, 1980. година, стр. 149 и 151), поред осталог, констатује се да је проблематика здравствене заштите бораца веома сложена и да, „у склопу опште бриге о борцима треба посебно изучити и пратити новонастале проблеме бораца, које собом доносе старење и миграције село–град, и др. Питању саморатних старачких домаћинстава на селу, посебно оних у брдским крајевима, треба посветити пуну пажњу”.

Прилагођавање борачке заштите овим новим моментима дошло је већ до изражаја у протеклом периоду увођењем неких нових правних институција (помоћ у кући, помоћ за туђу негу, и др) и веома је испољена спремност и заинтересованост борачких органа и борачких организација да се у том погледу оствари све што је потребно.

Значајни су интереси борачке популације, борачких органа и организација за развој инфраструктуре, институција за старе, посебно за тзв. груписане станове и домске капацитете, клупске и сервисне установе и службе за старе и др. и има основе да се за развој ових капацитета удружују и средства за решавање борачких станова и друга средства за решавање борачких питања.

У наредном периоду доћи ће до још већег заостравања појединих животних проблема остарелих бораца и стога ће још више добити на значају борачка заштита у читавом систему социјалног обезбеђења у старости.

Стога ће бити потребно и у наредном периоду систематски пратити и проучавати ове проблеме и потребе остарелих бораца и на тим основама даље прилагођавати систем борачке заштите, као и обезбедити потребну координацију и сарадњу са другим друштвеним субјектима који делују у области социјалног обезбеђења у старости.

#### д) Социјална заштита

У условима када пензијским осигурањем нису обухваћена сва остарела лица, социјална заштита има веома одговорну улогу да решава питања материјалне егзистенције одређеног броја остарелих особа. Ова ће функција неминовно остати и током наредних година и почети да слаби паралелно са увођењем једног свеобухватног система земљорадничког пензијског осигурања. Све док се то не постигне може се очекивати да ће доћи до јачања притиска на фондове социјалне заштите ради решавања најтежих случајева старачких земљорадничких домаћинстава.

Стога се намеће потреба да се поново испита актуелност раније утврђеног става из Резолуције Скупштине Србије о друштвеном старању остарелих лица, према коме би (тачка 12/III) требало „потпуније регулисати материјално обезбеђење остарелих неосигураног лица без довољно средстава за живот, у ком циљу испитати могућност увођења посебне врсте новчане социјалне помоћи за ова лица која би по својој висини и другим правима била прилагођена овој категорији”.

У наредном периоду, међутим, нарочито ће доћи до изражаја следеће две функције социјалне заштите, односно центара за социјални рад: а) да прате и анализирају социјалну проблематику и потребе остарелих лица и да о нађеном стању информишу одговарајуће друштвене факторе уз предлагање одговарајућих мера; б) да стварају услове, посредно или непосредно, за што адекватнији живот и активности старијих људи, стављајући притом акценат на развој одговарајуће инфраструктуре, институција за старе и на постизању одређених активности других друштвених субјеката: школа, пионирских и омладинских организација, месних заједница, социјално-хуманитарних и других организација и заједница.

Не занемарујући ни друге задатке социјалне заштите у области социјалног обезбеђења у старости (услуге социјалног рада и мере старатељства, помоћ у сређивању сродничких односа и питања сродничког издржавања и др.), ипак, треба нагласити да ће у наредном периоду доминантна функција социјалне заштите бити организовано подстицање, усаглашавање и координирање, програмирање и усмеравање свих друштвених субјеката који делују у области социјалног

обезбеђења у старости. Социјална заштита или, тачније речено, центри за социјални рад, треба да буду носиоци иницијатива за заједничко деловање свих релевантних друштвених фактора и да буду носиоци савремених решења у области социјалног обезбеђења у старости.

Нужно је обезбедити знатно ефикасније деловање центара за социјални рад у сеоским срединама и систематскији рад на организовању средине у руралним месним заједницама.

### ђ) Здравствена заштита

Како је већ констатовано, увођењем права на комплетну здравствену заштиту за сва лица стара 65 и више година отворена је једна од битнијих компоненти система социјалног обезбеђења у старости и то представља значајну социјалну тековину.

Међутим, предстоји озбиљан крупан задатак да се превазиђу испољене тешкоће у остваривању овог значајног права, као и да се у програмима здравствене заштите обезбеде мере које ће омогућити веће приближавање здравствених установа и њихових кадрова самим остарелим лицима, стварањем одговарајућих организационих, програмских и кадровских услова да се остарелим особама обезбеди кућно лечење, здравствени надзор и нега за време болести и онемоћалости, односно инвалидизације.

Предстоји, такође, да се обезбеде одговарајући програми здравствене превенције (систематски лекарски прегледи и др.), геријатријско просвећивање и едукација, те да се повољније реши питање „чекирања” код лекара и др.

На плану развоја здравствене службе стоји потреба да се утврди концепт будућег развоја геријатријске службе (ванболничке и болничке) геријатријске специјализације. Посебан третман захтева развој здравствене службе на сеоским и брдско-планинским подручјима.

Разрешавање наведених питања је неодложно, с обзиром на очекивања за знатно вишим квалитетом здравствене заштите у наредном периоду.

### е) Сродничка и суседска заштита и помоћ

Сродничка и суседска заштита и помоћ у старости има значајно и незамењиво место у систему социјалног обезбеђења у старости.

Иако је сродничка заштита и помоћ у старости у извесној кризи, она остаје и даље незамењив фактор у систему социјалног обезбеђења у старости, нарочито у погледу њене психолошко-емоционалне компоненте.

У великој већини, како је то већ констатовано, сродничка заштита и помоћ остварује се на једном задовољавајућем нивоу и то ће свакако бити и у наредном периоду.

Није реч да се друштвеним ангажовањем замени ова сродничка функција, већ да се одговарајућим друштвеним мерама ова сродничка функција подстиче, усмерава и да се помаже у неким елементима, на плану пружања одређених услуга у ситуацијама потпуне или претежне инвалидизације остарелих особа.

Новим законским одредбама, пре свега у Закону о браку и породичним односима и Закону о наслеђивању, створени су повољнији услови да се енергичније друштвено интервенише у случајевима тежег занемаривања сродничке обавезе старања о немоћним, остарелим сродницима. Тиме су отклоњени разлози до сада доста неорганизованог друштвеног ангажовања у таквим ситуацијама, мада не треба занемарити до сада недовољно искоришћене могућности да се многе од ових ситуација повољно превазиђу и деловањем метода социјалног рада, чему би требало дати приоритет и у наредном периоду.

Суседска солидарност и помоћ има своје корене у народној традицији и блиска је обичајима и нашој цивилизацији и темпераменту. Може се рећи да је она релативно најмање захваћена процесима људског отуђења и дехуманизације, који су све присутнији у савременом животу, посебно у градским агломерацијама.

Појединачни случајеви грубог занемаривања суседске солидарности, до којих је долазило у протеклом периоду, најчешће у градским, али и у сеоским насељима, добрим делом су последица слабости у друштвеној организованости и на плану социјално-хуманитарних активности, које се нису увек у потребној мери ослањале на традиционалну добросуседску помоћ и солидарност, мада социјално-хумани-

тарна активност окренута конкретној личности мора да се темељи на добросуседским односима и ангажовању.

Иако се у наредном периоду може очекивати један бржи развој професионалних установа за старе, потребно је истаћи да и сродничка и суседска солидарност остају незамењиве компоненте у систему социјалног обезбеђења и да су комплементарне деловању професионалних служби. Може се рећи да је квалитет деловања професионалних служби умногоме условљен њиховим ослањањем на сродничку и суседску сарадњу и помоћ, али и обрнуто, квалитет сродничке и суседске солидарности и помоћи условљен је деловањем професионалних служби.

Стога је нужно у наредном периоду посебну пажњу посветити друштвено-организованом подстицању, усмеравању и унапређивању сродничке и суседске солидарности и помоћи и третирати је као један трајни, незамењиви елемент у систему социјалног обезбеђења у старости.

### **ж) Организације удруженог рада као део система социјалног обезбеђења у старости**

Организације удруженог рада имају једно од кључних места и улога у систему социјалног обезбеђења у старости, с обзиром на друштвени положај удруженог рада у самоуправном социјалистичком друштву и на чињеницу да читав делегатски систем израста из удруженог рада, па према томе и друштвена надоградња, као и с обзиром да радни човек остварује своју економску и социјалну сигурност, као и сигурност његове породице, у оквиру организације удруженог рада и то како током његовог радног века тако и једним делом после одласка у пензију.

Организација удруженог рада је друштвени оквир у коме се највише испољава процес старења радника и која може умногоме да утиче на тај процес, било његовим убрзавањем или његовим успоравањем.

Према томе, организација удруженог рада има велику одговорност у погледу предохране прераног старења, као и у погледу припремања радника за старост. Значајне су могућности организације

удруженог рада у погледу обезбеђивања појединих радних и других погодности својим остарелим радницима, као и пензионисаним радницима. Бројни су примери велике радничке бриге и солидарности према старијим радницима, а и према пензионисаним радницима.

Има, међутим, још увек доста организација удруженог рада у којима није урађено све што је било могуће и потребно у односу на остареле пензионисане раднике, али има и ниско акумулираних организација удруженог рада које објективно нису у могућности да учине све што је потребно у односу на своје остареле и пензионисане раднике, тако да у том погледу долази до испољавања извесне неједнакости у положају и погодностима радника, зависно од тога где раде, а не шта и колико раде и доприносе.

Ово крупно питање заслужује да му се у наредном периоду посвети потребна пажња и покуша да се нађу таква решења која ће ставити у приближно исти положај све остареле и пензионисане раднике у односу на њихову организацију удруженог рада.

### **з) Месна заједница као део система социјалног обезбеђења у старости**

У систему социјалног обезбеђења у старости месна заједница има посебну улогу с обзиром на њене задатке у погледу подруштвљавања појединих породичних функција и у погледу хуманизације животних услова људи уопште и посебно у старости.

Посебна улога месне заједнице у систему социјалног обезбеђења у старости произлази из околности да је човек у свом живљењу у старости највећим делом упућен на средину у којој станује, на своје суседство, на најближи део свог насеља, на своју месну заједницу.

Оваква улога месне заједнице остаће и у наредном периоду, с тим што ће се настојати да се месна заједница још боље организује у своме деловању и још систематскије усмери на конкретне облике деловања у задовољавању појединих животних потреба људи у трећем животном добу.

Незаменљива је улога месних заједница у буђењу омањене људске солидарности према старости и људима уопште, према свим слу-

чајевима где је застао хуманизам, као и у информисању појединаца и организација о свим таквим ситуацијама и могућностима њиховог разрешавања.

Месна заједница има незаменљиву улогу у подстицању и унапређивању добросуседске солидарности и помоћи у разним социјално-хуманитарним активностима грађана и чланова појединих социјално-хуманитарних организација.

Месна заједница остаје незаменљив оквир и основна тачка за деловање појединих друштвених субјеката у области социјалног обезбеђења у старости, укључујући организације удруженог рада, професионалне службе и институције, социјално-хуманитарне и друштвено-политичке организације.

Стога је нужно у наредном периоду посветити још већу пажњу деловању месних заједница у оквиру система социјалног обезбеђења у старости и сталном унапређивању тог деловања.

### **и) Социјално-хуманитарне организације и удружења грађана као део система социјалног обезбеђења у старости**

Значајну улогу у систему социјалног обезбеђења у старости и до сада су имале социјално-хуманитарне организације, пре свега Црвени крст и Удружење пензионера, посебно на плану социјалног просвећивања и покретања и организовања појединих ширих социјалних акција (на пример, тзв. недеља солидарности са старима и др.).

Све запаженије је и ангажовање овим питањима и организација Савеза бораца, иако је то друштвено-политичка организација, али са одређеним социјално-хуманитарним интересима и задацима.

Последњих година дошло је до оснивања специјализованих удружења грађана за проблеме непосредне бриге и акције у погледу задовољавања појединих животних потреба у старости. Овим питањем бави се Фондација „Споменица солидарности”.

Запажено је и деловање Геронтолошког друштва, које у овим питањима полази са становишта савремене геронтолошке теорије и праксе и чији су досадашњи доприноси на том плану значајни.

Све ове организације ће и убудуће имати своје место и улогу у систему социјалног обезбеђења у старости, и може се рећи – још већу одговорност и утицај на стање у области социјалног обезбеђења у старости.

### **ј) Специјализоване установе и службе за старе**

Специјализоване установе и службе за старе имају значајно место и улогу у систему социјалног обезбеђења у старости и не може се ни замислити један савремени систем социјалног обезбеђења у старости без постојања разноврсних и бројних специјализованих усанова и служби за старе.

У земљама са савременим системима социјалног обезбеђења у старости постоји веома развијена инфраструктура ових институција, која подразумева веома разуђени систем различитих врста и типова појединих усанова и служби за старе са многим варијантама и под-варијантама.

Индивидуални карактер људских потреба у старости налаже да се оне респектују и одговарајуће задовољавају, па отуда једно богатство врста и типова усанова и служби за старе: разни типови усанова за старе, разни типови домских усанова за старе, разни типови клупских усанова за старе и дневних центара, разни типови сервисних служби за старе итд.

У протеклом периоду чињени су код нас запажени напори да се побољша стање у погледу развијености мреже специјализованих усанова и служби за старе.

Највише је постигнуто у погледу побољшања стандарда живота у постојећим домовима и њиховој модернизацији. Значајно се побољшала и квалификациона структура запослених у домовима за старе.

Започињањем изградње домских капацитета у Књажевцу, Прокупљу, Бору и др. побољшана је, у извесној мери, територијална распоређеност домских капацитета.

Мада је дошло до повећања укупних домских капацитета, обезбеђеност старачког становништва овим капацитетима се готово неосетно поправила: укупни домски капацитети (1711) су 1970. године

обезбеђивали смештај за само 0,37% старих 65 и више година, 1975. године (2272) за само 0,43%, а 1980. (2749) за само 0,48% (укључени су и капацитети завода у М. Пчелицама и Дома слепих у Панчеву).

Учињени су запажени напори да се обезбеде различити типови тзв. домских капацитета (Н. Пазар, Чачак, Бор и др.), прилагођени различитим потребама и могућностима остарелих људи, али то још увек треба сматрати као почетне резултате.

Више него скромни резултати постигнути су и у погледу развоја мреже клупских и сервисних установа и служби за старе. У протеклих десет година отворено је само нешто више од десетак клупских установа за старе територијалног типа, а није отворена ниједна сервисна служба за помоћ у кући остарелим лицима (ако се изузме служба „геронто-домаћице” у селу Голобоку). Нема података о броју клубова пензионисаних радника при организацијама удруженог рада, чији број може да се креће на више стотина. Стање у том погледу је веома незадовољавајуће, мада има све више иницијатива у многим срединама за оснивање специјализованих установа и служби за старе.

Озбиљне тешкоће изазива околност да се ове установе и службе третирају превасходно установама социјалне заштите, а не установама друштвеног стандарда, па у приступу тим институцијама, у њиховом конципирању и одређивању њиховог стандарда велики притисак врши околност да се о њима одлучује првенствено са становишта функција коју има социјална заштита.

Било би пожељно у наредном периоду донети посебан закон о установама и службама за старе, што би омогућило да се њиховој проблематици приступа са једног ширег становишта, а не превасходно са становишта функција социјалне заштите.

С обзиром на незадовољавајући ниво развијености мреже специјализованих установа и служби за старе и с обзиром на очекивања да ће у наредном периоду потребе за овим институцијама бити знатно израженије него у протеклом периоду, неопходно је да се изучи и преиспита читав комплекс питања у вези са развојем мреже ових институција, њиховим правним статусом и финансирањем, њиховим концептом и њиховим функцијама и услугом и местом у систему социјалног обезбеђења у старости.

---

**V ПРЕВОД**

---



# РЕГИОНАЛНИ АКЦИОНИ ПЛАН ЗА ДИГИТАЛНО ЗДРАВСТВО У РЕГИОНУ ЕВРОПЕ СВЕТСКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ 2023–2030\*

## Позадина

У фебруару 2019. године одржан је симпозијум Светске здравствене организације о будућности дигиталних здравствених система у региону Европе у регионалној канцеларији СЗО-а за Европу у Копенхагену. Овај симпозијум представљао је прекретницу за Европску канцеларију СЗО-а када су у питању развијање приоритета акција за јавно здравље, убрзање усвајања дигиталног здравства у државама, као и подстицање развоја путне мапе за Европу у правцу дигитализације националних здравствених система, и то кроз дељење искустава између држава и истраживање начина на које се дигиталне здравствене и друге иновације могу користити у јачању националних здравствених система.

„Европски програм рада 2020–2025” (ЕПР), који је Регионални комитет за Европу Светске здравствене организације усвојио у септембру 2020. године, ставио је акценат на дигитално здравство, као обећавајућу ставку у области убрзања трансформације здравствених система. Увођењем „Иницијативе за оснаживање кроз дигитално здравство”, Европска канцеларија СЗО-а настојала је да обезбеди техничке смернице, али и смернице за политике, као и експертизу у области безбедности и ефикасности дигиталних здравствених решења по питању универзалног здравственог обухвата, уз истовре-

---

\* Овај текст је преведен и приређен текст документа “Regional Digital Health Action Plan for the WHO European Region 2023–2030” Светске здравствене организације од 1. августа 2022. године. Доступан је на адреси: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/EUR-RC72-5>

мено промовисање и очување правичности, родне једнакости и људских права.

У новембру 2020. године, на 73. светској здравственој скупштини, усвојена је Глобална стратегија за дигитално здравство Светске здравствене организације 2020–2025, у сврху јачања здравствених система посредством примене дигиталних решења којима ће пацијенти и запослени бити оснажени у правцу визије здравља за све. У овој стратегији представљен је оквир акције и имплементације у области унапређења дигиталног здравства, како глобално тако и на националним и поднационалним нивоима. У њој је дигитално здравство дефинисано као: „област знања и праксе повезана са развојем и коришћењем дигиталних технологија за унапређење здравља. Дигитално здравство проширује концепт еЗдравства, тако што обухвата дигиталне потрошаче, са ширим опсегом паметних уређаја и повезане опреме”.<sup>1</sup> Уобичајено се сматра да су наредне области део дигиталног здравства или да су повезане с њим: вештачка интелигенција, велики подаци, ланци података, здравствени подаци, здравствени информациони системи, инфодемија, интернет ствари, интероперабилност и теле-медицина (погл. у Анексу дефиниције ових термина).

Стратешка процена начина на који су се дигиталне технологије користиле у државама чланицама у СЗО-ом региону Европе током периода КОВИД-19 пандемије, те ризика и бојазни који су са наведеним били повезани, представљена је Регионалном комитету на његовој 71. седници у радном документу о трансформацији здравствених система у дигиталном добу током КОВИД-19 пандемије (EUR/RC71/7).<sup>2</sup>

Улога дигиталног здравства наглашена је и у извештају Пан-европске комисије о здрављу и одрживом развоју из 2021. године, под називом „Учење из пандемије: нова стратегија за здравље и одрживи развој”, која садржи препоруку о давању приоритета инвестицијама у платформе за дељење података и њиховој интероперабилности.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> <http://apps.who.int/iris/handle/10665/344249>.

<sup>2</sup> <http://apps.who.int/iris/handle/10665/343164>.

<sup>3</sup> <http://who.int/europe/publications/m/item/drawing-light-from-the-pandemic--a-new-strategy-for-health-and-sustainable-development>.

Сврха новог регионалног акционог плана за дигитално здравство је да прикаже стратешке акције потребне за промовисање дигиталних здравствених система у сврху унапређења здравства у овом региону. Намена акционог плана је да подржи државе у подстицању дигиталне трансформације за боље здравље и усклађивању улагања у дигиталне технологије са потребама здравствених система, уз пуно уважавање вредности правичности, солидарности и људских права. Очекује се да акциони план допринесе операционализацији СЗО-ове „Глобалне стратегије о дигиталном здравству 2020–2025”, тако што ће превести њене стратешке приоритете у релевантне акције на европском регионалном нивоу. Тиме ће се креирати синергије са партнерским организацијама и усклађеност са глобалним напорима на стандардизовању усвајања дигиталног здравства и подстаћи развој глобалног добра у области дигиталног јавног здравства, те промовисати приступ дигиталним здравственим услугама међу рањивим популацијама у друштвима Европе.

### **Анализа тренутне ситуације: изазови и прилике за дигитално здравство у региону**

Регион се суочава са изазовима и кашњењима у постизању суштинских приоритета ЕПР-а и Циљева одрживог развоја који се одnose на здравље, и то због утицаја КОВИД-19 пандемије. Шире преузимање дигиталних решења може да редукује неке изазове са којима се земље суочавају у обезбеђивању одговарајућег значаја суштинских приоритета у кратком и средњем року, као и да помогне у изједначавању ових разлика у дужем року.

Међународна сарадња биће од критичног значаја за имплементацију овог регионалног акционог плана за дигитално здравство. Током низа година, Европска комисија је преко Мреже еЗдравства<sup>4</sup> имала важну надзорну улогу, посредством унапређења заједничке агенде за усвајање дигиталног здравства и управљања подацима у државама

<sup>4</sup> [ec.europa.eu/health/ehealth-digital-health-and-care/eu-cooperation/ehealth-network\\_en](https://ec.europa.eu/health/ehealth-digital-health-and-care/eu-cooperation/ehealth-network_en).

чланицама Европске уније и Норвешкој (земљи посматрачу), чиме је поплочала пут дигитализацији, као и што је подстакла дељење података из области здравства у Европском простору здравствених података. Други међународни партнери – попут Организације за економску сарадњу и развој, Европског центра за превенцију и контролу болести, Америчке агенције за међународни развој и Светске банке – настављају да подржавају дигитално здравство у Европи, развијањем принципа за управљање здравственим подацима и оквира за дигитална добра у оквиру јавног здравља, као и јачањем капацитета држава у области здравствених информационих система и дигиталног здравства.

СЗО-ов глобални преглед е-здравства из 2015. године<sup>5</sup> обезбедио је доказе о све већим претензијама према е-здравству у Европском региону и указао на опипљив напредак који је сачињен у увођењу технолошких решења за унапређење јавног здравља и пружања здравствених услуга. Од 2015. године појавило се неколико изазова и прилика у здравственом и дигиталном домену, тако да је сада време да се употребе најажурније информације за развијање регионалног акционог плана дигиталног здравства и да се супервизира агенда иновације у дигиталном здравству у региону. У те сврхе спроводи се регионално истраживање.

### Руководећи принципи

Пет водећих принципа има за циљ да оријентише регионални акциони план у правцу подесног и одрживог усвајања дигиталних здравствених решења у контексту националних здравствених сектора и стратегија дигиталне и здравствене трансформације:

- а) **Постављање индивидуе у центар дигитално пружене поуздане неге.** Успешно преузимање и коришћење дигиталних технологија у здравству условљено је приступом оријентисаним према пацијенту. То захтева јавно поверење у употребу таквих технологија и у заштиту фундаменталних права

<sup>5</sup> <http://apps.who.int/iris/handle/10665/326317>.

приватности која се односе на податке који се налазе у њиховој основи. Појединци, здравствени радници и пацијенти треба да буду оснажени кроз дигитално здравство да сачине информисане изборе који доприносе здрављу и благостању њих самих, њихових породица и заједница.

- б) **Разумевање изазова који се налазе пред здравственим системима, укључујући здравствене потребе и трендове, те препознавање потреба и очекивања грађана и здравствених радника.** Дигиталне технологије, када се подесно користе, могу да дају суштински допринос унапређењу универзалног здравственог обухвата, помогну у раду здравствених професионалаца, заштите јавност у време ванредних околности и побољшају здравље и благостање. Међутим, њихова неподесна употреба може да значи да вредност улагања није реализована, нарочито уколико 1) иновација није усклађена са приоритетима националног здравственог система, тренутном здравственом ситуацијом и трендовима, или циљем побољшања здравља грађана на правичан начин који поштује људска права или 2) развијање таквих технологија не олакшава партиципацију пацијената, дневни рад професионалаца у здравству и интеракције између пружаоца неге и њихових пацијената.
- в) **Препознавање потребе за одлучивањем о политикама на основу података, доказа и научених поука, уз истовремено омогућавање континуираног учења, прилагођавања и иновирања.** И даље постоје јазови у базама доказа о дигиталном здравству, тако да се јавља простор за учешће Европске канцеларије СЗО-а у раду са другим агенцијама, државама чланицама, међународним организацијама, академским установама, цивилним друштвом и индустријом дигиталних технологија, како би се учило из искустава из прошлости и како би се ова база података ојачала. Обухватна база података ће помоћи да се осигура ефективан допринос здравствених технологија здравственим исходима, уз минимизирање потенцијалних ризика, те одрживост одлука и улагања повезаних са дигиталним здравством, као и њихова информиса-

ност доказима, уз усмереност према потребама и наученим лекцијама.

- г) **Коришћење дигиталне трансформације за поновно промишљање будућности здравствених система.** Упоредо са тим како државе настоје да изграде отпорније здравствене системе унутар контекста социјално-економског опоравка од КОВИД-19 пандемије, национални здравствени планови и агенде се преиспитују и унапређују, уводе се нови и иновативни начини рада, те спроводе значајне инвестиције у дигиталне технологије, у консултацијама са заинтересованим актерима. Стога, време је да се ради са државама на обезбеђивању да агенда иновација, кроз усвајање дигиталних решења, не остави никога по страни, унапреди путање пацијената и пружање неге, те узме у обзир постојеће еколошке и потребне промене у финансијским, инструменталним, људским, организационим и културним ресурсима, као делу дигиталног екосистема.
- д) **Препознавање да институционализација дигиталног здравства захтева дугорочну посвећеност и приступ интегрисане неге.** Без обзира на то да ли је у питању национални, регионални или локални ниво, овај акциони план препознаје да институционализација дигиталног здравства захтева лидерство и дугорочну посвећеност од стране држава у сврху постизања трансформације здравствених система и побољшања здравља и благостања људи.

## Визија

Визија глобалне стратегије је унапређење здравствених исхода за свакога, свугде, путем 1) убрзавања развоја и усвајања подесних, приступачних, приуштивих, подесивих и одрживих, ка особи центрираних решења у области дигиталног здравства, како би се извршило спречавање, откривање и реаговање на епидемије и пандемије и 2) развијања инфраструктуре и апликација које омогућавају држа-

вама да користе здравствене податке за промовисање здравља и благостања.

Акциони план има за циљ да допринесе постизању Циљева одрживог развоја у области здравља, Тринаестом генералном програму рада СЗО-а, 2019–2025. и ЕПР-у, као део Иницијативе за оснаживање кроз дигитално здравство”.

Подстицањем држава чланица на унапређивање дигитализације својих здравствених система, регионални акциони план обезбеђује оквир кроз који се наредно, између осталог, може постићи:

- а) препознавање дигиталних технологија као кључне детерминанте здравства, како директно тако и посредством интеракција са традиционалним здравственим детерминантама;
- б) развијање смерница и изградња капацитета за дигитализацију здравствених система;
- в) трансформисање здравствених система и јачање превенције и благостања;
- г) промовисање подесног подстицајног окружења и основа за трансформацију дигиталног здравства, обезбеђивање правичности и изградња поверења;
- д) укључивање у рад са кључним партнерима и унапређивање регионалних мрежа за јачање развоја дигиталног здравства и иновација и промовисање дељења знања;
- ђ) промовисање инвестиција информисаних доказа и олакшавање имплементације, евалуације и унапређење дигиталних решења.

### **Оквир стратешке акције: превођење глобалне визије у конкретну регионалну акцију**

Регионални акциони план дигиталног здравства идентификује четири стратешка приоритета у правцу остваривања визије:

- **Стратешки приоритет 1** – постављање норми, развијање техничких смерница заснованих на доказима и формулисање правца који ће подржати доношење одлука у дигиталном здравству.

- **Стратешки приоритет 2** – унапређење капацитета држава за боље управљање дигиталном трансформацијом у здравственом сектору и унапређење писмености у вези са дигиталним здравством.
- **Стратешки приоритет 3** – изградња мрежа и промовисање дијалога и размене знања ради олакшавања интеракција између партнера, учесника и шире јавности како би се надзирала агенда иновација у дигиталном здравству.
- **Стратешки приоритет 4** – спровођење континуираног праћења и обухватне анализе у сврху идентификовања решења која су центрирана према пацијенту и могу се подићи на ниво државе или региона, како би се помогло у обликовању јавног здравља и здравствених система у дигиталном добу.

Стратешки приоритети и њихове (доленаведене) кључне регионалне области фокуса односе се на период од 2023. до 2030. године. Поред тога, за сваки стратешки приоритет идентификован је извештај број илустративних акција за овај период, о чијим приоритетима Секретаријат СЗО-а, државе чланице и партнери треба да се договоре. Напредовање у стратешким приоритетима биће представљано државама чланицама и партнерима сваке две године, или по потреби, а илустративне акције ће бити преиспитиване и ажуриране по потреби.

**Стратешки приоритет 1 – Постављање норми, развијање техничких смерница заснованих на доказима и формулисање правца који ће подржати доношење одлука у дигиталном здравству**

Кључне регионалне области фокуса:

- Промовисање посвећености и свести о дигиталном здравству, кроз дељење доказа и добрих пракси.
- Спровођење истраживања и сакупљање доступних доказа и добрих пракси о развијању, имплементацији и употреби дигиталних решења у здравственом сектору.
- Вођење развоја и усвајање дигиталних технологија које олакшавају примену дигиталног здравства на здравствене приоритете у читавом Европском региону.

**Илустративне акције и очекивани утицај на нивоу државе за период 2023–2030:**

**Стратешки приоритет 1**

Илустративне акције од стране Секретаријата СЗО-а, држава чланица и партнера:

- Развијање стратешких алатки за ресурсе у области дигиталног здравства, које ће артикулисати елементе потребне за реализовање успешне дигиталне трансформације здравствених система.
- Установљавање агенде за истраживање дигиталног здравства, која за приоритет има потребе и приоритете здравствених система.
- Развијање и/или ажурирање најважнијих техничких смерница и техничких докумената информисаних доказа у приоритетне области дигиталног здравства у контексту померања у правцу универзалног здравственог обухвата, заштите од ванредних здравствених ситуација и промовисања здравља и благостања.
- Развијање планова за изградњу капацитета, како би се промовисала и подржала дигитална транзиција у различитим здравственим областима и контекстима.

Очекивани утицај на нивоу државе:

- Доступни су план изградње доказа и истраживачка агенда о доприносу, приликама и изазовима дигиталног здравства у контексту потреба здравствених система и здравствених приоритета, као подршка доношењу одлука.
- Развијен је и достављен државама чланицама Водич о приоритетним областима дигиталног здравства, уз увећање капацитета у овим областима.

**Стратешки приоритет 2 – Унапређење капацитета држава за боље управљање дигиталном трансформацијом у здравственом сектору и унапређење писмености у вези са дигиталним здравством**

Кључне регионалне области фокуса:

- Пружање подршке или развијање националних стратегија дигиталног здравства и повезаних оквира управљања, како би се потпомогло у постизању националних здравствених циљева, унапредио учинак здравственог система и усмериле будуће инвестиције у дигитално здравство и трансформацију.
- Пружање подршке капацитетима држава у бољем управљању дигиталним трансформацијама у здравственом сектору.
- Увећање капацитета и основа држава у погледу дигиталног здравства, те њихове способности да идентификују и ускладе решења, као и да дају приоритет набавкама и инвестицијама са идентификованим здравственим потребама.
- Јачање здравствених информационих система, као и управљања и коришћења здравствених података.
- Развијање свести и практичног водича о управљању ризицима у вези са сајбер безбедношћу и технологијама унапређења приватности.
- Подстицање иновација о предиктивној аналитици за боље здравље, кроз велике податке и вештачку интелигенцију са посебним фокусом на 1) то како људи приступају здрављу у читавом свом животу (рођење, адолесценција, одрасло доба, старије године), 2) управљање инфодемијама, 3) унапређење финансијске заштите и 4) откривање епидемија.
- Јачање дигиталне писмености и изградња капацитета опште популације, са посебном пажњом на радну снагу у здравству, ради коришћења услуга дигиталног здравства, превенције и управљања болести.

## **Илустративне акције и очекивани утицај на нивоу државе за период 2023–2030:**

### **Стратешки приоритет 2**

- Илустративне акције од стране Секретаријата СЗО-а, држава чланица и партнера:
- Развијање водича који ће послужити као подршка развоју основа дигиталног здравства, набавке и унапређења структура управљања и механизма дигиталног здравства.
- Промовисање и доприношење процени инфраструктурних потреба и прегледу националних закона и политика који ће да буду подстицај за успешну дигиталну трансформацију.
- Процењивање здравствених информационих система и њиховог управљања у сврху јачања капацитета држава за сакупљање, анализу, интегрисање и коришћење здравствених информација и података.
- Развијање Европског оквира управљања здравственим подацима посредством Европске повеље о управљању здравственим подацима.
- Реаговање на инфодемије у региону и глобално.
- Јачање капацитета држава за реализовање пуног потенцијала великих података и вештачке интелигенције, узимајући у обзир приватност података, њихову безбедност и етично коришћење.
- Идентификовање најважнијих компетенција од значаја за писменост у области дигиталног здравства код радне снаге у здравству, као и развијање оквира за процену вештина које се односе на писменост у области дигиталног здравства у општој популацији.

### **Очекивани утицај на нивоу државе:**

- Пружена је подршка и дати су експертски савети, у сврху јачања националних набавки и управљања у области дигиталног здравства (укључујући финансијске, инфраструктурне, људске, организационе и културне ресурсе).

- Пружена је техничка помоћ за усвајање решења у области дигиталног здравства на националном нивоу, и то на основу потреба државе и здравства.
- Процењени су национални здравствени информациони системи и оквири управљања подацима, како би се унапредила употреба здравствених података у јавном интересу у вези са здрављем.
- Ојачани су напори за развијање обухватне путне мапе за пуну имплементацију стандарда за здравствене податке, ради интероперабилности података унутар држава, да би се олакшали интегрисани здравствени информациони системи.
- Развијен је капацитет, у складу са контекстима специфичним у различитим државама, за планирање и имплементирање поступања са инфодемијама.
- Обезбеђена је изградња капацитета за подстицање потенцијала великих података и вештачке интелигенције, и то кроз Зимску школу обуке о утицајима за велике податке у здравственој нези.
- Развијен је и доступан за усвајање на националном нивоу оквир суштинских компетенција дигиталних вештина за радну снагу у здравству.
- Предложен је стандардизован приступ мерењу вештина писменосту у погледу дигиталног здравства популације, на националном и на регионалном нивоу.

**Стратешки приоритет 3 – Изградња мрежа и промовисање дијалога и размене знања ради олакшавања интеракција између партнера, учесника и шире јавности како би се надзирала агенда иновација у дигиталном здравству**

Кључне регионалне области фокуса:

- Олакшавање заступања и промовисања интеррегионалне, међународне и мултисекторске сарадње.
- Промовисање и олакшавање дисеминације и размене добрих пракси и поука које су научене у области дигиталног здравства међу државама чланицама.
- Установљавање платформе за дијалог са недржавним актерима како би се технолошке идеје боље ускладиле са „уским грлима” у здравственим системима.

**Илустративне акције и очекивани утицај на нивоу државе за период 2023–2030:**

**Стратешки приоритет 3**

- Илустративне акције од стране Секретаријата СЗО-а, држава чланица и партнера:
- Анализирање спектра мрежа у области дигиталног здравства и крос-секторских партнерстава у овом региону.
- Промовисање усклађивања са Европском унијом (као што је то кроз мрежу еЗдравства), Организацијом за економску сарадњу и развој и другим међународним организацијама, како би се подстакао пуни потенцијал и експертиза регионалних и међународних партнера.
- Установљавање мреже у области дигиталног здравства у овом региону и доприношење другим регионалним и глобалним мрежама у области дигиталног здравства.
- Развијање методологије за дељење знања о дигиталном здравству и изградња репозиторијума добрих пракси, научених лекција и „вињета” из држава.
- Оснивање партнерског савета у области дигиталног здравства, као платформе за дијалог о политикама.

Очекивани утицај на нивоу државе:

- Промовишу се националне мреже и крос-секторска партнерства у области дигиталног здравства.
- Међународна координација и сарадња је унапређена, тако да то буде на корист држава чланица.
- Олакшана је размена знања о дигиталном здравству на регионалном и на глобалном нивоу, кроз дељење националних добрих пракси и учења од других.
- Основан је независни форум за државе чланице, у сврху унапређења разумевања доступних технологија и приступа имплементације.

**Стратешки приоритет 4 – Спровођење континуираног праћења и обухватне анализе у сврху идентификовања решења која су центрирана према пацијенту и могу се подићи на ниво државе или региона, како би се помогло у обликовању јавног здравља и здравствених система у дигиталном добу.**

Кључне регионалне области фокуса:

- Праћење развоја и трендова у новонасталим дигиталним решењима која имају потенцијал да унапреде здравствене системе и побољшају здравље становништва.
- Обезбеђивање узимања у обзир приступа центрираног према људима, како би се изградило поверење и олакшало његово усвајање.
- Јачање приступа родне једнакости и правичности у здравству, као сегмента сопствених циљева држава у промовисању инклузивних дигиталних друштава.
- Унапређење развоја дигиталних приступа управљању у здравству, на нивоу популације, у циљу преоријентације од модела реактивне неге ка активном моделу базираном у заједници и моделу превенције болести.
- Олакшавање имплементације, евалуације и унапређења дигиталних технологија у здравственом сектору држава чланица.

**Илустративне акције и очекивани утицај на нивоу државе за период 2023–2030:**

**Стратешки приоритет 4**

Илустративне акције од стране Секретаријата СЗО-а, држава чланица и партнера:

- Развијање оквира мерења, како би се пратило дигитално здравство у овом региону.
- Ажурирање или развијање профила држава или студија случаја о дигиталном здравству.
- Идентификовање и испитивање главних утицаја које род и правичност представљају у усвајању и унапређењу дигиталних здравствених решења у овом региону.
- Идентификовање прилика за 1) укључивање асоцијација професионалаца и пацијената у развој дигиталног здравства, 2) промовисање укључивања крајњих корисника и популација корисника који користе дигиталне здравствене услуге и 3) унапређење превенције и управљања болестима.

Очекивани утицај на нивоу државе:

- Сачињен је предлог стандардизованог приступа праћењу дигиталног здравства на националном и на регионалном нивоу, укључујући праћење искустава и приоритета крајњих корисника.
- Развијени су и доступни профили држава у области дигиталног здравства и/или студије случаја, како би се олакшало регионално поређење.
- Идентификовани су приступи оснаживања крајњих корисника и популација корисника који користе дигиталне здравствене услуге.

- Обезбеђена је техничка помоћ за развој пословних случајева за национално улагање у дигиталну инфраструктуру и технологије, како би се унапредио опсег здравства.

### Праћење и евалуација: мерење успеха

У оквиру мерења ЕПР-а (EUR/RC71/CONF./4; EUR/RC71/INF./2)<sup>6</sup>, дигитално здравство представљало је једну од 20 области индикатора које су сматране високо релевантним за овај регион, али им тренутно недостаје било подесна међународно договорена мера или доступност адекватних података на међународном и регионалном нивоу. Мере успеха биће интегрисане у оквир мерења ЕПР-а кроз усвајање оквира праћења и евалуације.

Напредовање у погледу стратешких приоритета биће представљано државама чланицама и партнерима сваке две године, или по потреби, а илустративне акције ће бити ревидиране и ажуриране по потреби.

### Анекс – Дефиниције повезаних дигиталних концепата и термина<sup>7</sup>

**Вештачка интелигенција:** Област компјутерске науке која наглашава симулацију процеса који се одвијају код људске интелигенције, али од стране машина које раде и реагују попут људских бића.

**Велики подаци:** Брзо прикупљени, комплексни подаци, у таквим количинама да могу захтевати терабајте, петабајте или чак зетабајте. Јединствене особине ових података дефинисане су посредством четири димензије: волумен, брзина, разноврсност и истинитост. Како се

<sup>6</sup> <http://apps.who.int/iris/handle/10665/343314>.

<sup>7</sup> Све дефиниције преузете су из Глобалне стратегије за дигитално здравство 2020-2025. Погл. <http://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b-0445bafbc79ca799dce4d.pdf>

све више информација убрзано нагомилава тако се увећавају волумен и брзина.

**Ланац блокова:** Дигитална база података, која садржи информације (као што су евиденције о финансијским трансакцијама), које се могу симултано користити и делити унутар веће децентрализоване, јавно доступне мреже.

**Дигитално здравство:** Област знања и праксе повезана са развијањем и коришћењем дигиталних технологија у сврху унапређења здравља. Дигитално здравство проширује концепт е-здравства тако што обухвата дигиталне потрошаче, већи опсег паметних уређаја и повезане опреме. Обухвата и друге употребе дигиталних технологија за здравство, као што су интернет ствари, вештачка интелигенција, велики подаци и роботика.

**Е-здравство:** Исплатива и безбедна употреба информационих и комуникационих технологија, који представљају подршку области здравства и повезаним областима, укључујући услуге здравствене заштите, здравствени надзор, литературу о здравству и образовање, знања и истраживања о здравству.

**Здравље:** Стање комплетног физичког, менталног и социјалног благостања, а не пуко одсуство болести или слабости.

**Подаци о здрављу<sup>8</sup>:** Систематска примена информационих и комуникационих технологија, компјутерске науке и података као подршке информисаном одлучивању од стране појединаца, радне снаге у здравству и здравствених система, у циљу јачања отпорности на болести и унапређење здравља и благостања. Овај термин обухвата све податке који откривају информације које се односе на прошли, тренутни или будући статус физичког или менталног здравља некога. Обухвата информације о особи сакупљене током регистрације, те особе за неку здравствену услугу или њено добијање; број, симбол или појединост приписана особи ради њеног јединственог идентификовања у сврхе здравства.

**Здравствени информациони систем:** Систем који интегрише сакупљање, обраду, објављивање и коришћење података, у сврху уна-

<sup>8</sup> <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012PC0011>

пређења ефективности и ефикасности здравствених услуга кроз боље управљање на свим нивоима.

**Инфодемиа:** Акутно изливање информација, укључујући потенцијално зававајуће или нетачне информације, које у дигиталном, хиперповезаном друштву, као што је постојеће, по правилу прате сваку епидемију или акутну здравствену кризу.

**Интернет ствари:** Систем унутрашње повезаних компјутерских уређаја, механичких и дигиталних машина, предмета, животиња или људи који поседују јединствене идентификаторе и капацитет за пренос података преко мреже без интеракција међу људима или људи и компјутера.

**Интероперабилност:** Способност различитих апликација да приступе, размене, интегришу и кооперативно користе податке на координисан начин кроз интерфејсове и стандарде заједничких апликација, а унутар и између организацијских, регионалних и националних граница, у сврху обезбеђивања бешавне преносивости информација и оптимизирања здравствених исхода.

**Телемедицина:** Пружање услуга здравствене заштите тамо где је раздаљина критични фактор, од стране здравствених професионалаца који користе информационе и комуникационе технологије за размену валидних информација за дијагностификовање, третман и превенцију болести и повреда, истраживања и евалуацију, и континуирано образовање радника у здравственој заштити, у циљу унапређења здравља појединаца и заједница.

**Универзалан здравствени обухват:** Систем у ком сви појединци и заједнице добијају здравствене услуге које су им потребне без преживљавања финансијских потешкоћа. Обухвата комплетан спектар есенцијалних, квалитетних здравствених услуга, од промоције здравља до превенције, лечења, рехабилитације и палијативне неге у читавом животном циклусу. Овај концепт не наглашава само то које су услуге обухваћене, него и како се финансирају, управљају и пружају.

Са енглеског превела и приредила  
*Наталија Перишић*

---

## **VI ПРИКАЗИ И ПРИЛОЗИ**

---



Јелена Гегенбауер\*  
Душанка Дракулић\*\*  
Александра Радосављевић\*\*\*

Scott L. Greer, Julia Lynch, Aaron Reeves, Michelle Falkenbach,  
Jane Gingrich, Jonathan Cylus and Clare Bambra, *Ageing  
and Health: The Politics of Better Policies*, European  
Observatory on Health System and Policies, Cambridge  
University Press, 2021, 188 str.



Књига *Ageing and Health* (Старење и здравље) настала је као одговор аутора на претпоставку да ће старење популације довести до међугенерациских сукоба и потенцијалне друштвене кризе. Представља објективни и непристрасан преглед доказа који би требало да допринесу разбијању митова и стереотипа везаних за старење, а у циљу креирања политика које су корисне за све генерације, уз промовисање једнакости.

Кроз седам поглавља аутори посматрају старење као нову и готово универзалну појаву, насталу као резултат унапређења здравља становништва. С тим у вези, у првом поглављу приказују два супротстављена наратива о старијима: први, да су ста-

\* gegenbauerj@gmail.com

\*\* drakulicd88@gmail.com

\*\*\* radosavljevicaleksandrae23@gmail.com

рији заборављена и занемарена група, а други да су примарно група која има одговарајућа права. Аутори сматрају да је „за разумевање политике старења и здравствене политике, те за вођење *win-win* политика, потребно схватити не само колико недостатака имају ови наративи, него и колико мало моћи имају године као експланаторна категорија у политици [...] Генерације и старосне групе сачињене су од људи који имају различите идеје, приходе и стратегије. Та чињеница, више него стилизоване идеје о томе како се понашају читаве генерације, јесте права почетна тачка, тачка која нам помаже да схватимо шта је то што године могу да објасне о односу према старијима” (стр. 8).

У другом поглављу, аутори, за потребе књиге, прихватају поделу старијих на старије одрасле, старости од 65 до 84 године, и старије старије, старости 85 година и више. Наглашавајући да старији нису хомогена група, напомињу да је подела старијих према годинама погодна за класификације, али да не пружа податке довољне за доношење закључака, те да „људи исте старости имају различите степене здравља и активности, што крајње утиче на њихову улогу у друштву” (стр. 24).

Један од фактора дугог и здравог живота и позитивног утицаја старијих на друштво јесте имућност. У том контексту у књизи се наводи да највећи проценат старијих који лако или прилично лако могу да покрију трошкове живота живи у Северној и Западној Европи, док су у Јужној и Источној Европи проценти знатно мањи. Присутни су и примери Грчке и Бугарске са само 13% старијих који могу лако да покрију трошкове живота, насупрот 91% старијих у Данској и Луксембургу. Незанемарљив фактор представља и образовање, с обзиром на то да су „ниже образовани старији у већем ризику од несигурности прихода, без обзира где живе” (стр. 27). Међутим, статистике показују да високо образовани старији у Источној Европи имају двоструко већу вероватноћу да осећају да не могу да саставе крај са крајем, него ниско образовани старији у Северној и Западној Европи. С тим у вези, аутори наводе да би се могло претпоставити да старији у Источној Европи настављају да раде након 65. године. Међутим, они показују да је ова претпоставка погрешна – у Источној Европи је двоструко већа вероватноћа да је особа старија од 65 година пензионисана или ван радног ангажовања. Иако не поричу потребу за радом због недо-

статка пензија или њихових ниских износа, сугеришу да је могућност рада у том добу више луксуз него потреба, премда је проценат старијих од 65 година у Европи који су запослени генерално низак, свега 2,5%. Исто тако, аутори показују да „ако је живот здрав, активан и испуњен онда је мања вероватноћа да ће популација у старењу постати потенцијална криза” (стр. 30). Према самопроценама здравља, особе из Источне Европе у својим касним 60. годинама старе око 10 година брже него особе истог доба из Северне и Западне Европе.

Рацио зависности, иако најчешће коришћен показатељ у контексту старења популације, аутори сматрају мањкавим индикатором с обзиром на то да нису све особе старије од 65 година ван тржишта рада, нити су сви млади економски активни, као и да нису све особе старије од 65 година зависне. Стога нуде алтернативне показатеље, као што су проспективна стопа зависности старијих, стопа зависности одраслих са инвалидитетом и мерење стварног односа између потрошача и произвођача.

У трећем поглављу, аутори испитују негативни наратив о „полхлепним старцима”, који је посебно заступљен у Уједињеном Краљевству и Сједињеним Америчким Државама, али је присутан и у бројним европским земљама, а све са циљем грађења међугенерациске нетрпељивости. Овај наратив за основу има став да „политике социјалне сигурности, које истичу *win-lose* решења – краткорочне користи за старије на штету дугорочног друштвеног инвестирања – настају због политичког притиска старијих бирача” (стр. 40), служећи се логиком да се приоритети социјалне политике обликују интеракцијом понуде и потражње, при чему политичари удовољавају старијима због њихове бројности и из страха од њиховог незадовољства. Аутори не оспоравају чињеницу да старији чине све већи удео у бирачком телу, због чињенично већег учешћа у општој популацији, са једне стране, и веће склоности од младих ка гласању, са друге. Међутим, истичу друге актере, попут пословних и радничких организација, као важније факторе од демографије бирачког тела. Они показују да „у осам западноевропских земаља пензионери, као и млађи људи, снажно подржавају политике социјалних инвестиција као што су образовање у раном детињству, обуке за посао и улагања у високо образовање, док се противе издашним пасивним трансферима попут пензија, пре-

временог пензионисања и накнада за незапослене” (стр. 47). Дакле, указују на то да не треба занемарити факторе попут класне припадности и друштвеног, економског и политичког контекста у различитим земљама, када се говори о ставовима старијих бирача према социјалној политици. Политичке странке су ретко фокусиране на интересе само једне генерације, док пензионерске странке најчешће имају слабу утицај на доношење политика. Узимајући све у обзир, аутори закључују да институционални, политички и фискални фактори значајно више утичу на доношење одређених политика, него притисак старијих бирача. Они сматрају да интереси старијих у политикама који штите њихове приходе и/или имовину могу бити рационално захтевни, а не неразумни или похлепни. Закључак трећег поглавља јесте да социјалне политике настају из разматрања која нису везана за захтеве бирача, већ из адаптације политичара на демографске трендове у ситуацијама конкуренције, те притиска пружаоца услуга, финансијског сектора и међународних организација и њихових иницијатива.

У четвртој поглављу нагласак је на томе да, иако јавна потрошња за старије (попут пензија и неге) остаје обимна и релативно заштићена од резова, политике које доприносе здравом старењу често изостају. Тиме се ствара привид да су старији заштићени, док се заправо занемарује улагање у квалитетне јавне услуге, превенцију и смањење сиромаштва, што су кључни предуслови за здраву старост. Аутори показују да земље које имају развијеније системе здравствене и социјалне заштите имају и већи проценат старијих који изјављују да су доброг здравља, а нижег нивоа сиромаштва. Скандинавске земље се наводе као пример *win-win* модела, јер истовремено инвестирају у старије, младе и породице, док су јужноевропске земље и Јапан пример старосно фокусираних система у којима старији имају релативно бољу заштиту, а млађе генерације су изложеније ризику.

У разматрањима утицаја економске кризе из 2008. године, аутори показују да су пензије и програми намењени старијима остали стабилнији од програма за децу и радно способне, који су били највеће жртве мера штедње. Инвестиције у образовање и политику запошљавања су смањене, док су трансфере за старије политичари ретко смањивали. Резултат је дубљи јаз међу генерацијама и недовољно улагање у политике здравог старења.

Аутори наводе три главна разлога ређе заступљености *win-win* политика: путна зависност програма, кратки политички хоризонти услед тежње ка брзим резултатима и већи политички утицај „инсајдера” – старијих и сигурнијих радника који бране постојеће трансфере. На тај начин, приоритет добијају краткорочне политике које штите тренутну старију популацију, док дугорочна улагања остају по страни. Ипак, у књизи је приказано да се *win-win* приступи развијају тамо где настају шире друштвене коалиције. Посебно је наглашена улога родних и класних питања – феминистички и синдикални покрети у Скандинавији успели су да повежу захтеве за родном једнакошћу, политиком подршке породици и квалитетним јавним услугама, чиме су обезбедили бенефиције како за старије тако и за млађе генерације. Наведено је навело ауторе на закључак да политике које омогућавају здраво старење не могу почивати на привилеговању старијих само; потребно је стварање коалиција које повезују интересе различитих генерација и друштвених слојева, јер једино тако могу настати одрживи системи који истовремено ублажавају сиромаштво старијих и инвестирају у будућност млађих.

Аутори у петом поглављу наглашавају да је „политика старења заправо политика неједнакости” (стр. 84). Идеја о „кризи старења”, заснована на претпоставци да су старији хомогена група, показује се погрешном, а могуће је идентификовати неколико кључних оса неједнакости: пол и род, географија, социоекономски статус, етницитет и раса. Здравствене неједнакости у старости нису одвојене од ранијих животних искустава, већ су резултат акумулације неповољних услова, који се протежу од детињства, преко школовања и рада, до пензије. На тај начин „криза старења” није последица самог продужења животног века, већ друштвених подела које одређују ко ће уопште доживети старост и у каквом здрављу. Тако су аутори показали да фокусирање на међугенерациске разлике скреће пажњу са стварних проблема у друштву, као и да је неопходан онај приступ који је заснован на животном циклусу – улагање у образовање, једнак приступ здравственим услугама, сигурни услови рада и смањење сиромаштва у свим фазама живота.

У шестом поглављу анализирају се политичке импликације одговора на старење популације, уочавањем разлика између политика

које доносе обострану корист и оних које фаворизују неке друштвене групе на рачун других. Кључна, поновљена порука аутора јесте да старији нису хомогена политичка група, нити „сиви блок” који колективно обликује политику. Под притиском наратива о „кризи старења” често се доносе *win-lose* политике које штите интересе старијих, али истовремено погоршавају здравствене услове за млађе генерације. Такве политике дугорочно штете и самим старијим особама, јер повећавају трошкове старења кроз лошије здравствене исходе. Уместо *win-lose* политика, аутори заговарају *win-win* политике, оне које смањују здравствене разлике и дугорочно побољшавају квалитет живота свих генерација.

Као један од примера *win-win* политика наводи се енглеска стратегија за смањење здравствених неједнакости, која је представљала покушај систематског сузбијања здравствених неједнакости путем великих инвестиција у социјалну инфраструктуру. Иако су рани налази били разочаравајући, касније анализе су показале да је стратегија донела значајна побољшања: смањене су географске разлике у очекиваном животном веку, као и разлике у стопи смртности одојчади. Аутори су овим примером истакли како *win-win* политике функционишу када су оријентисане дугорочно, усклађене са структурним интервенцијама и када таргетирају узроке неједнакости. Појединачни програми или промене у понашању нису довољни, већ је потребна структурна промена и трајна редистрибуција ресурса. Такође, политике које су усмерене ка породицама, деци, нископлаћеним радницима и здравственим услугама у рањивим областима, имају ефекат на здравије старење целе популације. С друге стране, као пример *win-lose* политике, аутори наводе британску политику штедње која, иако је заштитила пензионере, дубоко је погодила радно способно становништво, породице с децом и локалне заједнице. Резултати ових политика су видљиви у стагнацији очекиваног животног века, повећању смртности међу најсиромашнијима, паду животног стандарда и расту сиромаштва, укључујући сиромаштво међу децом млађом од пет година. Старење популације у овим условима је скупље и додатно оптерећује здравствени систем зато што се генерације које старе суочавају са лошијим здрављем услед раније изложености сиромаштву, депривацији, несигурности и слабој институционалној подршци. Нарочито

важан увид аутора је да је политика штедње произвела последице које нису одмах биле очигледне, али су се временом акумулирале и дошле до изражаја у периодима друштвених и здравствених криза. Аутори упозоравају и на „американизацију” европске политичке економије, тј. на преузимање неолибералног модела из Сједињених Америчких Држава, који се одликује слабом регулацијом нездравих производа, ниским нивоом социјалне сигурности и доступности здравствене заштите, као и слабљењем синдиката и политичке репрезентације рањивих група. Они наглашавају да ако Европа настави да усваја ове политике, може завршити у сличној ситуацији као САД: са већом стопом смртности међу радно способним становништвом и дубоко неједнаким обрасцима старења.

Седмим поглављем аутори повезују све претходне теме. Разбијају два доминантна мита – о „похлепним старцима” и о „неодрживости” система услед старења, који се често појављују у друштвеним дебатама. Према њиховом мишљењу, ови наративи служе да оправдају смањење јавне потрошње на здравство и социјалне услуге, представљајући старије као паразитску групу и сугеришући да је јавно финансирање неодрживо. Супротно томе, они представљају податке који показују да старији нису хомогени и да у многим земљама управо они трпе највеће ризике сиромаштва и болести.

Аутори истичу да „сви старимо, и заправо то чинимо сваког дана” (стр. 127), тако да старост не може бити трајна политичка подела. Они указују на то да фокус на међугенерациске неједнакости представља политички инструмент који прикрива дубље и трајније неправде (расне, етничке, родне, класне и имовинске), што се јасно види у пракси дуготрајне неге, где „један од начина да се смање трошкови неге јесте експлоатација недокументованих људи или других са несигурним држављанством” (стр. 129). Тиме доприносе ширим друштвеним расправама о томе да се финансијски притисак на системе дуготрајне неге често решава пребацавањем трошкова на најрањивије раднике. Жене су посебно погођене јер носе највећи део терета плаћене и неплаћене неге, што утиче на њихово здравље, добробит и економски положај. Неједнакости у приходима и богатству додатно се продубљују услед високих трошкова дуготрајне неге, због

чега се, како упозоравају, „наслеђе породица ресетује на нулу сваком генерацијом” (стр. 129).

Аутори такође истичу да политике и шире друштвене неједнакости, а не генерацијска припадност, обликују политичке идентитете и исходе. Подстицање међугенерациског сукоба, попут смањења бенефиција будућим пензионерима, описују као свесну политичку стратегију јер представља „формулу за стварање међугенерациског сукоба” (стр. 130). У овом делу књиге, веза између рода, рада и неге је детаљно испитивана, с обзиром на то да је неједнакост полова у контексту старења посебно видљива. Жене често пружају неплаћену негу унутар породица, а плаћена нега је такође „феминизирана”, често у лошије плаћеним и мање престижним секторима попут кућне неге и домова за старе. Они констатују да „класно заснован приступ једноставно пребацује дужности са преоптерећених запослених жена на мање имућне запослене жене” (стр. 131), што показује да мере које не мењају структуру бриге само продубљују родне и класне неједнакости. Зато као решење наводе креирање ширих коалиција које повезују интересе више друштвених актера, као што су жене, синдикати, пружаоци услуга, мигрантске заједнице (које често чине радну снагу у нези) и старији, ради стварања свеобухватних и одрживих политика које су „у сопственом интересу” свих укључених.

На крају, аутори подвлаче да политика здравља не може бити објашњена простом анализом старења или демографских трендова. Подсећају да „живот се завршава само смрћу, а тада би требало да се завршавају и интервенције животног циклуса” (стр. 132), указујући на то да су потребне политике које прате потребе људи током читавог живота. Уместо да се препустимо теоријама које виде демографију као извор неизбежног сукоба генерација, можемо креирати коалиције и обликовати идеје које воде ка политикама животног циклуса. Зато поручују да „уместо света победника и губитника можемо створити *win-win* политике” (стр. 133).

**Тамара Стојановић\***

Универзитет у Београду – Факултет политичких наука

**ФОТО-ИЗЛОЖБА „ЛЕПОТА СТАРЕЊА”**  
Галерија Пароброд, Београд, 1–10. октобар 2025.



Међународни дан старијих особа обележен је 1. октобра у београдској галерији „Пароброд” отварањем четврте по реду фото-изложбе *Лепота старења*, у организацији Удружења грађана *Снага пријатељства – Amity*, а у сарадњи са Популационим фондом Уједињених нација (UNFPA), Повереником за заштиту равноправности и Фото савезом Србије. Изложба је окупила бројне посетиоце, ауторе и медије, још једном потврдивши значај уметничких иницијатива које доприносе видљивости и афирмацији старијих особа у друштву. Циљ

---

\* tamara.stojanovic@fpn.bg.ac.rs

изложбе био је да се путем фотографије преиспитају дубоко укорене-не предрасуде о старости као периоду пасивности и маргинализације, и да се промовише концепт активног, здравог и достојанственог старења.

На конкурс, расписан у јулу ове године, пристигло је 248 фотографија 45 аутора, од којих је жири одабрао 70 радова. Фотографије приказују старије особе у различитим животним улогама и окружењима – у свакодневним, ведрим и активним ситуацијама, у друштву породице, пријатеља и унука, као и у професионалним, креативним и спортским контекстима. Посебну пажњу публике привукле су фотографије које представљају старије особе у неочекиваним и ведрим околностима: у возњи мотора, позоришним костимима, плесу и дружењу. Кроз такве призоре аутори шаљу поруку да је старост време слободе, самоизражавања и уживања у животу.

Један сегмент изложбе посвећен је старим занатима, где фотографије, између осталог, приказују лепоту сејања брашна ситом – тренутке који у свакодневици често пролазе неопажено, али који осветљавају знање, умеће и виталност старијих људи. На тај начин, изложба пружа аутентичан и оптимистичан приказ старости, разбијајући предрасуде о њеној пасивности и изолованости.

На свечаном отварању говориле су Тина Аничих, у име Популационог фонда Уједињених нација у Србији, Војислав Луковић, секретар Фото савеза Србије, и Надежда Сатарић, председница Удружења *Снага пријатељства – Amity*. У свом обраћању, Сатарић је истакла да је „старење привилегија и да је доживети старост дар који треба ценити”. Подсетила је да Међународни дан старијих особа служи као подсетник на значај поштовања људских права старијих и на изазове са којима се они суочавају, али и на њихов свакодневни допринос породицама, друштву и заједници.

У свом инспиративном говору Сатарић је указала и на потребу промене друштвене свести о старењу:

Све што се тренутно догађа у друштву доприноси да старост у неком броју случајева буде тешка, јер се према старијим људима понашамо као према стварима које је држава искористила колико год је могла, а онда одбацила. Сви смо ми криви што се стари људи осећају

запостављено, заборављено и небитно. Оно што заборављамо јесте да су ти исти људи некада били млади и да су се борили да бисмо ми данас имали све ово што имамо.

Подршку пројекту пружили су Популациони фонд Уједињених нација (UNFPA) и Повереник за заштиту равноправности, док је свечано отварање музички обогатила певачка група *Хлеб живота*, заједно са *Београдским старишанима* и малишанима, као и хором *HORRUK*.

Изложба *Лепота старења 4* потврђује да уметност може бити делотворно средство промовисања достојанства старијих особа, активног старења и међугенерациске солидарности. У времену када је старост често обележена стереотипима и маргинализацијом, овакви пројекти доприносе промени друштвене перцепције, подсећајући да старији нису пасивни примаоци бриге, већ активни, креативни и инспиративни чланови заједнице.





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

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

1. У часопису се објављују научни и стручни радови који не прелазе дужину од 10.000 речи, укључујући све делове рада. Прикази књига, научних скупова, осврти и оцене не могу прелазити дужину од 2.000 речи. Уредништво задржава право за објављивање радова изван споменутих категорија и са дужином која прелази наведени обим уколико је рад значајан за развој теорије и праксе у области.
2. Аутори треба да користе слова врсте Times New Roman, ћирилично писмо, величина 12, проред 1,5. Наслове и 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 : Чигоја штампа). - 24 cm

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



