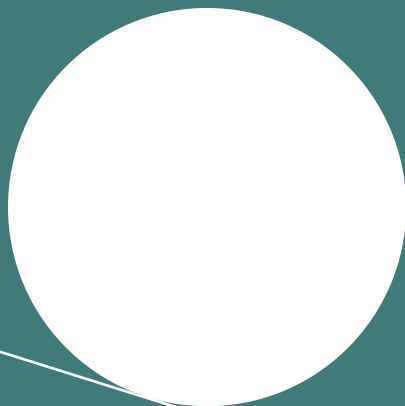


STARE I NOVE NEJEDNAKOSTI U ZDRAVLJU TOKOM PANDEMIJE COVID-19

Uredio dr Aleksandar Stevanović



Edicija
Nove
perspektive

9

STARE I NOVE NEJEDNAKOSTI U ZDRAVLJU TOKOM PANDEMIJE COVID-19

prof. dr Bosiljka Đikanović
prof. dr Janko Janković
prof. dr Aleksandra Jović Vraneš
asist. dr Stefan Mandić-Rajčević
prof. dr Bojana Matejić
doc. dr Željka Stamenković
dr Aleksandar Stevanović
prof. dr Zorica Terzić Šupić
asist. dr Jovana Todorović
prof. dr Milena Šantrić Milićević

STARE I NOVE NEJEDNAKOSTI U ZDRAVLJU TOKOM PANDEMIJE COVID-19

Uredio: dr Aleksandar Stevanović

Izdavač: Rosa Luxemburg Stiftung Southeast Europe

Autorke i autori tekstova:

prof. dr Bosiljka Đikanović, prof. dr Janko Janković,
prof. dr Aleksandra Jović Vraneš, asist. dr Stefan Mandić-Rajčević,
prof. dr Bojana Matejić, doc. dr Željka Stamenković,
dr Aleksandar Stevanović, prof. dr Zorica Terzić Šupić,
asist. dr Jovana Todorović, prof. dr Milena Šantrić Milićević

Lektura/korektura: Violeta Stojmenović

Dizajn: шкарт

Tiraž: 300

Štampa: Standard 2, Beograd

Godina izdanja: 2022.

ISBN 978-86-88745-49-9

ROSA LUXEMBURG STIFTUNG SOUTHEAST EUROPE

Publikaciju nije dozvoljeno prodati.

Podržano od strane Rosa Luxemburg Stiftung Southeast Europe sredstvima nemačkog Saveznog ministarstva inostranih poslova. Ova publikacija ili njeni delovi mogu biti besplatno korišćeni uz odgovarajuću referencu na originalnu publikaciju.

Sadržaj publikacije ne odražava nužno poziciju Rosa Luxemburg Stiftung Southeast Europe. Za stavove i informacije u autorskim tekstovima odgovorne su same autorke.

Edicija
Nove
perspektive 9

SADRŽAJ

dr Aleksandar Stevanović

PREDGOVOR.....9

prof. dr Janko Janković

SOCIJALNO-EKONOMSKE NEJEDNAKOSTI

TOKOM PANDEMIJE COVID-19.....15

Globalni kontekst.....15

Lokalni kontekst.....18

Zaključak.....21

Literatura.....23

prof. dr Milena Šantrić Milićević

SMRTNOST TOKOM PANDEMIJE COVID-19.....27

Uvod.....27

Smrtnost tokom pandemije COVID-19 na globalnom nivou.....30

Mortalitet u Srbiji tokom pandemije COVID-19.....34

Zaključak i preporuke.....35

Literatura.....37

dr Aleksandar Stevanović

NEZADOVOLJENE ZDRAVSTVENE POTREBE

TOKOM PANDEMIJE COVID-19.....43

Opšti pregled.....43

Nezadovoljene zdravstvene potrebe tokom pandemije COVID-19.....45

Nezadovoljene zdravstvene potrebe u Srbiji.....48

Zaključak i preporuke.....51

Literatura.....53

doc. dr Željka Stamenković

ZDRAVLJE DECE I OMLADINE.....57

Uvod.....57

Zdravstvene posledice epidemije COVID-19 u Republici Srbiji.....58

Podaci o vitalnim događajima.....60

Pokazatelji oboljevanja.....60

Pokazatelji korišćenja zdravstvenih usluga.....62

Nezadovoljene potrebe za uslugama zdravstvene zaštite.....63

Mentalno blagostanje.....64

Zaključak i preporuke.....65

Literatura.....66

asist. dr Jovana Todorović

ZDRAVLJE ŽENA I TRUDNICA.....69

Žene kao ranjiva grupa.....69

Zdravlje žena tokom pandemije COVID-19.....71

Trudnice kao posebno osetljiva društvena grupa.....71

Trudnice tokom pandemije COVID-19.....72

Rodne nejednakosti u Republici Srbiji: dosadašnja istraživanja.....74

Zaključak i preporuke.....75

Literatura.....78

prof. dr Bojana Matejić

STARIJI LJUDI U VREME PANDEMIJE COVID-19.....81

Opšti pregled.....81

COVID-19 u starijoj životnoj dobi.....82

Rizik od socijalne izolacije i zdravlje starijih ljudi u vreme COVID-19.....83

Mere usmerene na prevenciju socijalne izolacije starijih osoba.....88

Stavovi starijih osoba u Srbiji o riziku od socijalne izolacije.....93

Zaključak i preporuke.....95

Literatura.....98

prof. dr Bosiljka Đikanović

NEJEDNAKOSTI U ZDRAVLJU LGBT+ OSOBA.....103

Uvod.....103

Veza između zdravlja, seksualne orijentacije i rodnog identiteta.....104

Situacija u EU i u svetu.....105

Uticaj COVID-19 na LGBT+ populaciju.....107

MSM populacija.....107

Lezbejska populacija u Srbiji i zdravlje.....109

Nejednakosti u Srbiji – pojedinačna istraživanja.....109

Zaključak i preporuke.....114

Literatura.....114

prof. dr Zorica Terzić Šupić

MENTALNO ZDRAVLJE: NEJEDNAKOSTI I IZAZOVI117

Uvod.....117

Faktori koji doprinose mentalnim bolestima.....118

Nejednakosti u mentalnom zdravlju.....120

Pandemija COVID-19 i mentalno zdravlje.....121

Zaključak i preporuke.....125

Literatura.....127

prof. dr Aleksandra Jović Vraneš

ZDRAVSTVENA PISMENOST I COVID-19.....133

Opšti pregled.....133

Zdravstvena pismenost i nejednakosti u zdravlju tokom pandemije COVID-19.....136

Zaključak i preporuke.....138

Literatura.....139

asist. dr Stefan Mandić-Rajčević

INFODEMIJA I NEJEDNAKOSTI U ZDRAVLJU.....141

Opšti pregled.....141

Globalni kontekst.....142

Lokalni kontekst.....144

Zaključak i preporuke.....146

Literatura.....148

O AUTORIMA.....152

PREDGOVOR

Nakon što su vakcine, antibiotici i drugi antimikrobni lekovi ušli u masovnu upotrebu početkom prve i tokom druge polovine XX veka, mnogi su požurili da proglase kraj ere zaraznih bolesti. Vetar u leđa ovakvom mišljenju dodatno je pružio uspeh globalne kampanje imunizacije, koja je dovela do eradikacije virusa velikih boginja 1980. godine. Paralelno su se nizali uspesi poput izuzetne efikasnosti vakcine protiv poliovirusa, virusa morbila, virusa hepatitisa B i drugih. Zato, uspeh velikih medicinskih otkrića XX veka možemo pratiti kroz značajni porast očekivanog trajanja života na globalnom nivou. Ovaj porast je najprimetniji u razvijenim zemljama globalnog severa, koje su, pored široke primene pomenutih medicinskih tehnologija, radile i na uspostavljanju blagodeti socijalne države – univerzalne zdravstvene zaštite, poštovanja radnih i ljudskih prava, jednakosti polova itd. Primera radi, očekivano trajanje života na rođenju u Jugoslaviji, 1948. godine iznosilo je 50,8 godina, da bi samo 30 godina kasnije, 1978. godine, dostiglo 70,1 godinu¹. Ovakav skok u očekivanom trajanju života jedinstven je u istoriji i značajno je uticao na sve društvene odnose, društvenu organizaciju i produktivnost. Širom Evrope osnivani su centri i katedre socijalne medicine – medicinske discipline čiji je cilj da ispita društvene faktore bolesti i zdravlja, kao i značaj društvenih aktivnosti u pogledu unapređenja zdravlja stanovništva. Krunu napora ka usklađivanju ciljeva globalnog zdravlja i društvenog razvoja predstavlja osnivanje Svetske zdravstvene organizacije (SZO) 1948. godine, kao naslednice Zdravstvene organizacije Lige naroda, preteče Ujedinjenih nacija. Upravo je osnivanje SZO iskorišćeno da se snažna veza između zdravlja i socijalnog blagostanja još jednom istakne i ugradi u njen osnivački akt: „Zdravlje je stanje fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i nesposobnosti.”

1 Statistički godišnjak Jugoslavije. (1981). Savezni zavod za statistiku SFRJ.

Ipak, ubrzo je primećeno da progres koji je postignut u globalnom zdravlju nije svuda jednak i pravičan. Infrastruktura i resursi kojima raspolaže globalni sever nisu se prelili na globalni jug, što je učinilo da nejednakosti u zdravlju postanu sve veće i vidljivije. Razvijene zemlje globalnog severa beležile su značajne uspehe: stanovništvo je živelo sve duže, stope smrtnosti od zaraznih bolesti značajno su opadale, a sve veći deo opterećenja društva bolešću činile su hronične nezarazne bolesti. Kardiovaskularne, onkološke i metaboličke bolesti ubrzo su postale glavni javnozdravstveni problem razvijenih zemalja. To je uslovalo da ulaganje u iskorenjivanje zaraznih bolesti stagnira: iako je Skupština SZO 1988. godine usvojila globalni plan za eradikaciju poliovirusa, obećanje ni 30 godina kasnije nije u potpunosti ispunjeno. Moćna farmaceutska industrija globalnog severa orijentisala je svoja istraživanja ka profitu koji leži u lečenju hroničnih nezaraznih bolesti. Zarazne bolesti koje pogađaju globalni jug, a naročito područja subsaharske Afrike i jugoistočne Azije, potisnute su iz fokusa istraživanja, te je za neke od njih skovan novi termin – zanemarene tropske bolesti. Ako za primer ponovo uzmemo očekivano trajanje života na rođenju, 2016. godine, u Centralnoafričkoj Republici ono iznosi 53 godine, a u Japanu – 84 godine². Međutim, ne moramo izaći iz evropskih okvira da bismo primetili nejednakosti u zdravlju. Procenjuje se da je očekivano trajanje života pripadnika romske populacije u proseku za 5 do 20 godina kraće nego očekivano trajanje života pripadnika većinskog stanovništva³. U osnovi ovakve nepravde ne leže nikakve biološke razlike ili lični izbori – „uzrok uzroka” pomenu-tih nejednakosti u zdravlju jesu socijalno-ekonomske determinante i njihov nepravedni gradijent.

2 World Health Organization. (2020). *World Health Statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332070>

3 European Commission (2015). *Roma health report, health status of the Roma population: data collection in the Member States of the European Union: executive summary*. <https://data.europa.eu/doi/10.2772/31384>

Kada je 11. marta 2020. godine SZO proglasila pandemiju COVID-19, malo ko je mogao da pretpostavi da bilo kakva zarazna bolest može promeniti naše uobičajene društvene tokove, naročito znajući da su u prethodnom periodu globalne javnozdravstvene pretnje relativno brzo stavljene pod kontrolu. Pa ipak, desilo se upravo to – strah od SARS-CoV-2, virusa koji je u dosadašnje dve godine trajanja pandemije odneo najmanje šest miliona ljudskih života, zaustavio je međunarodni saobraćaj i uzrokovao masovne izolacije stanovništva (eng. *lockdown*) širom sveta. Premda su novom respiratornom infekcijom bile teško pogođene i razvijene zemlje globalnog severa, ubrzo se primetilo da pandemija ne pogađa sve zajednice jednako. Naime, SARS-CoV-2 se prenosi kapljičnim putem, pa sprečavanje širenja virusa unutar siromašnih zajednica predstavlja veliki izazov. Preventivne mere poput nošenja zaštitnih maski, pranja ruku i fizičkog distanciranja znatno je teže sprovesti u zemljama u razvoju. Krunski dokaz globalnih nejednakosti predstavlja distribucija vakcina: razvijene zemlje globalnog severa trenutno beleže barem dvotrećinski obuhvat vakcinacijom (a potom i uvođenje treće doze vakcine), dok je procenat vakcinisanih protiv SARS-CoV-2 u zemljama globalnog juga višestruko niži.

Ako razmatramo nejednakosti na lokalnom nivou, za sada izostaju iscrpna istraživanja u cilju identifikacije ranjivih grupa. Međutim, razumno je pretpostaviti da su socijalno-ekonomske determinante značajno uticale na stope obolevanja i smrtnosti od COVID-19. Štaviše, veoma je važna i analiza strukture „viška smrtnosti“ koji se pojavio tokom pandemije – a koji može biti posledica niza sekundarnih fenomena pandemije COVID-19: preopterećenosti sistema zdravstvene zaštite, porasta incidencije mentalnih oboljenja, porasta nezaposlenosti, daljeg siromašenja zajednice itd. SZO procenjuje da pomenuti „višak smrtnosti“ na globalnom nivou, tokom 2020. i 2021. godine iznosi između 13,3 i 16,6 miliona preminulih osoba⁴.

4 Taylor L. (2022). Covid-19: True global death toll from pandemic is almost 15 million, says WHO. *BMJ (Clinical research ed.)*, 377, o1144. <https://doi.org/10.1136/bmj.o1144>

Kada se govori o završetku ove pandemije, mnogi se nadaju povratku na „staru normalnost“, premda je pitanje da li bi takav povratak bio moguć i koristan. Budućnost donosi nove javnozdravstvene krize: globalizacija i klimatske promene potenciraju bolesti koje se prenose vodom, hranom i vektorima. Pandemija COVID-19 ogolila je neprijatnu istinu: u sistemu vrednosti političko-ekonomskog uređenja našeg društva, akumulacija kapitala drži primat nad javnim zdravljem. Analizirajući uzroke strašne epidemije pegavog tifusa 1848. godine, dr Rudolf Virhov (Virchow) zapisao je misao koja važi i danas: „Medicina nas je neprimetno uvukla u polje društvenog delovanja i dovela nas u poziciju direktnog sučeljavanja sa velikim problemima našeg vremena.“

Ova publikacija predstavlja skroman doprinos sveukupnim naporima u stvaranju nove normalnosti – pokretanju globalnih i lokalnih društvenih promena koje će zastupati pravedan i pravičan pristup zaštiti zdravlja stanovništva. Autori koriste kontekst pandemije COVID-19 kako bi ukazali da, uprkos nezapamćenom tehnološkom razvoju novog milenijuma, pitanje pravičnosti ostaje ključno tokom ove, ali i svih budućih javnozdravstvenih kriza.

Dr Aleksandar Stevanović



SOCIJALNO-EKONOMSKE NEJEDNAKOSTI TOKOM PANDEMIJE COVID-19

Globalni kontekst

Svet se 2020. godine suočio sa zdravstvenom krizom nastalom usled pandemije COVID-19, koja predstavlja izazov bez presedana u skorijoj istoriji. Gotovo svi sektori društva pretrpeli su velike i korenite promene, najvidljivije u zdravstvenim i finansijskim sistemima zemalja pogođenih pandemijom, kao i u načinu života, obrazovanja i rada ljudi. Danas je opšte poznato da je pandemija izazvala najozbiljniju ekonomsku krizu od Drugog svetskog rata. U prvi mah se stekao utisak da pandemija izjednačava sve ljude: govorilo se o tome da „bolest ne bira“ i da pogađa sve podjednako. Međutim, ispostavilo se da se rizik od bolesti i pratećih posledica pandemije ne raspoređuje jednako svim članovima društva, što je iskustvo i iz ranijih pandemija drugih zaraznih bolesti.

Istorijski gledano, pandemije kuge, velikih boginja i kolere su najviše pogodile najsiromašnije i najmarginalizovanije grupe stanovništva (Wade, 2020). Pandemije španskog gripa 1918. godine i svinjskog gripa (H1N1) 2009. godine nejednako su pogađale stanovništvo, sa većim stopama obolevanja i umiranja u najugroženijim zajednicama, posebno u zemljama u kojima je postojala izražena socijalna nejednakost. Dokazi iz raznih zemalja pokazuju da se pomenute socijalne nejednakosti danas ogledaju u pandemiji COVID-19 i da pogoršavaju njene posledice (Bambra, 2020).

Socijalne nejednakosti u zdravlju predstavljaju važan i aktuelan javnozdravstveni problem širom sveta. Vajthed (Whitehead, 1990) ih definiše kao razlike u zdravlju koje su nepravedne i nepoštene i koje se mogu izbeći, dok Grejem (Graham, 2004) smatra da su to sistematske razlike u zdravlju između grupa ljudi ili zajednica koje imaju nejednake pozicije u društvu. Proizvod su socijalno-ekonomskih

odrednica (siromaštvo, obrazovanje, zanimanje, dohodak i druge) i stoga su promenljive (Whitehead & Dahlgren, 2006).

Sindemijska priroda COVID-19 podrazumeva da je bolest u interakciji sa epidemijom hroničnih nezaraznih bolesti i socijalnim nejednakostima. Bolesti nisu samo proizvod bioloških odrednica, već se grupišu unutar socijalnih grupa prema obrascima nejednakosti koji su duboko usađeni u društva. Sinteza ovih bolesti u okruženju socijalnih nejednakosti povećava štetne efekte svake pojedinačne bolesti i posledično utiče na pogoršanje zdravstvenog stanja osobe (Horton, 2020).

Odnos između bolesti i siromaštva predstavlja začarani krug. Siromaštvo je ujedno i značajna odrednica bolesti i njegova potencijalna posledica (Dahlgren & Whitehead, 2006). U tom smislu, pandemija COVID-19 dodatno produbljuje siromaštvo i pogoršava postojeće socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju između ljudi. Prema procenama Svetske banke, 97 miliona ljudi se u 2020. godini nalazilo u kategoriji ekstremnog siromaštva (definisano je kao život sa manje od 1,9 dolara dnevno) kao rezultat pandemije COVID-19 (Gerszon Mahler et al., 2021).

Zdravstvena kriza izazvana pandemijom COVID-19 posebno je jako pogodila već zapostavljene populacione grupe, tj. siromašne, ljude koji žive u depriviranim urbanim sredinama i pripadnike etničkih manjina. Razlog za to su pojedinci koji se, živeći u nepovoljnom socijalno-ekonomskom miljeu, suočavaju sa akumulacijom faktora rizika, koji su ranjiviji i u većem riziku od komplikacija i smrti zbog COVID-19. Oni su često lošeg zdravstvenog stanja, izloženiji su faktorima rizika, kao i diskriminaciji od strane dominantnog narativa (mišljenja većinske populacije) i imaju ograničeniji pristup čistoj vodi za piće, sanitarnim uslugama i uslugama zdravstvene zaštite (OECD/ European Union, 2020). Sve ih to dovodi u nezavidan položaj, primorani su da rade na rizičnijim poslovima i da žive u prenaseljenim domaćinstvima, što povećava njihovu izloženost koronavirusu.

Rezultati španske studije (Mogi, Kato & Anaka, 2020) pokazali su da je stopa infekcije koronavirusom bila šest ili sedam puta veća u najsiromašnijim nego u najbogatijim područjima Barselone. U severnoistočnoj španskoj regiji Aragon (Aguilar-Palacio et al., 2021) radnici sa niskim platama, nezaposleni i ljudi koji rade za minimalnu zaradu imali su veću verovatnoću da se zaraze korona virusom nego radnici sa platama iznad 18.000 evra godišnje. Zatvaranje zemlje i opšta preporuka da se „radi od kuće“ pogoršali su nejednakosti između ljudi koji mogu da rade na daljinu i onih koji to ne mogu. To je povezano sa činjenicom da je manja verovatnoća da slabo plaćeni radnici rade na poslovima koji se mogu obavljati od kuće.

U američkoj studiji (Chen & Krieger, 2021) pronađene su socijalno-ekonomske nejednakosti na nivou okruga u broju pozitivnih testova, broju potvrđenih slučajeva infekcije i stopama smrtnosti. Najviše vrednosti su zabeležene u najsiromašnijim okruzima. Stopa smrtnosti od COVID-19 na 100.000 ljudi iznosila je 143,2 u okruzima sa visokim procentom siromaštva naspram 83,3 u najbogatijim okruzima, kao i 124,4 na 100.000 ljudi u okruzima sa najvišim kvartilom prenaseljenosti domaćinstva naspram 48,2 u okruzima sa najmanjim kvartilom. Podaci iz istraživanja koje je sprovedla APM Research Lab (2021) u SAD pokazuju da su stope smrtnosti standardizovane prema uzrastu među crnim i latinoameričkim stanovništvom 3,6 odnosno 3,2 puta veće nego za nehispansko belo stanovništvo.

U Engleskoj (Public Health England, 2020), rizik od umiranja među osobama sa dijagnozom COVID-19 bio je više nego dvostruko veći za ljude koji žive u najugroženijim/najdepriviranijim područjima nego za one koji žive u najmanje ugroženim područjima. Pripadnici etničkih manjina su, takođe, više umirali od COVID-19 u poređenju sa dominantno belom populacijom. Stope smrtnosti od COVID-19 u Engleskoj, između marta 2020. i marta 2021. godine, za osobe mlađe od 65 godina bile su 3,7 puta veće u najsiromašnijim oblastima od onih u najbogatijim oblastima (Tinson, 2021).

Studija sprovedena u Francuskoj (Papon & Robert-Bobe, 2020) pokazuje da su stope mortaliteta od svih uzroka među imigrantima porasle za 48% u martu i aprilu 2020. godine u poređenju sa istim periodom prethodne godine, što je više nego dvostruko povećanje u odnosu na 22%, koliko je uočeno za osobe rođene u Francuskoj.

U Švedskoj (Drefahl et al., 2020), muškarci sa najnižim primanjima imali su za 80% veći rizik umiranja od COVID-19 nego muškarci sa najvišim primanjima, dok su u Norveškoj (Yaya et al., 2020) neke manjinske zajednice imale deset puta više stope infekcije od nacionalnog proseka.

Lokalni kontekst

Pandemija COVID-19 je značajno uticala na okolnosti u Srbiji, a promene koje su usledile zbog novonastale situacije proizvele su još veći pritisak i dodatno otežale položaj ranjivih društvenih grupa (Vlada RS, 2021). Najranjivije populacione grupe tokom krize bili su radnici zaposleni na neformalnim poslovima, mali poljoprivrednici, porodice sa decom, samohrani roditelji, deca, starije osobe i stanovnici neformalnih naselja (posebno romska populacija). Čak 70% neformalnih radnika izjavilo je da se njihova finansijska situacija pogoršala tokom krize, dok je 36% odgovorilo da nema dovoljno resursa da sastavi „kraj s krajem“ (UNDP, 2020). Prema zvaničnim statističkim podacima, u prvoj polovini 2020. godine izgubljeno je 94.100 radnih mesta kao rezultat pandemije COVID-19 (UNDP, 2020).

Rezultati istraživanja koje je sproveo Institut ekonomskih nauka (Vladislavljević et al., 2022) ukazuju na to da je jedna od posledica pandemije COVID-19 povećanje nejednakosti u mogućnostima zapošljavanja niskoobrazovanih, mladih i ljudi iz jugoistočne Srbije. Ove ranjive grupe su i pre početka pandemije imale značajno niže stope zaposlenosti od ostatka populacije, a jaz se povećao nakon prve godine pandemije. U fokusu politika koje se trenutno sprovede u Srbiji

jeste očuvanje radnih mesta stalno zaposlenih radnika, dok problemi ugroženih radnika i nezaposlenih nisu na odgovarajući način rešeni.

Iako je Vlada Republike Srbije sprovela nekoliko podsticajnih mera (OHCHR/Vlada RS, 2020), one nisu bile usmerene na siromašne i vulnerabilne grupe i nisu uzele u obzir dodatnu ranjivost ionako osetljivih grupa, što je doprinelo još većim nejednakostima i većem riziku od siromaštva. Primer je jednokratna pomoć od 100 evra za svaku punoletnu osobu, koja je dovela do toga da su porodice sa decom dobile manje iznose pomoći po članu domaćinstva nego porodice bez dece. Umesto toga, trebalo je veće iznose usmeriti ka onima kojima je novac potrebniji, čime bi se bolje otklonile nejednakosti nastale usled efekata pandemije na privredu.

Anketa koju je sprovela Kancelarija za ljudska prava Ujedinjenih nacija–OHCHR i tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva Vlade Republike Srbije (2020) pokazuje da se životni standard pripadnika ranjivih grupa (stari, samohrani roditelji, Romi, nezaposleni mladi, beskućnici, osobe sa invaliditetom, LGBT+ osobe, izbegla, interno raseljena lica i migranti) tokom pandemije pogoršao. U teškoj finansijskoj situaciji u odnosu na period pre pandemije COVID-19, našlo se čak 86% lica koja se bave sakupljanjem sekundarnih sirovina. Ograničenje kretanja tokom vanrednog stanja uzrokovalo je nemogućnost privređivanja, što je osobe u teškoj finansijskoj situaciji dovelo u još veći rizik (OHCHR/Vlada RS, 2020).

Iz istraživanja koje je sprovedeno u julu 2020. godine, na jugu Srbije, među romskom populacijom (Vlada RS, 2021) proizilazi da je u seoskim domaćinstvima bilo najviše onih u kojima je član domaćinstva sa najvećom ostvarenom zaradom ostao bez posla (75,6%), dok je u Vranju taj broj bio znatno manji i iznosio 22,5%. Prema subjektivnoj proceni, 87,5% ispitanika iz Vranja i 80,5% iz seoske sredine osetili su značajno pogoršanje u prihodima domaćinstva tokom pandemije COVID-19. Romske porodice čiji se članovi bave muzikom, trgovinom, sakupljanjem sekundarnih sirovina i srodnim poslovima praktično su ostale bez prihoda.

UNICEF (2021) je sproveo longitudinalno istraživanje porodica sa decom od 0 do 17 godina starosti u Srbiji u periodu 2020–2021. godine. Ustanovljeno je da su najsiromašnija domaćinstva (sa najnižim mesečnim prihodima, sa prihodima ispod 300 evra i domaćinstva u kojima majke/staratelji imaju niži obrazovni status) najviše pogođena efektima ekonomske krize. Zbog loših uslova u kojima žive, posebno u višečlanim porodicama koje dele mali životni prostor, bila je smanjena mogućnost distanciranja i poštovanja mera, što je dovelo do povećanog rizika od infekcije, kome su pogodovale teškoće u nabavci higijenskih proizvoda i korišćenju potrebnih usluga zdravstvene zaštite. Skoro polovina domaćinstava (47%) izveštava o padu prihoda pod uticajem pandemije, dok je procenat smanjenja prihoda iznosio do 30%. O smanjenim prihodima najviše izveštavaju domaćinstva sa troje i više dece (UNICEF, 2021).

Analizirajući psihološke indikatore, najviše su bila pogođena domaćinstva u gradskim područjima i u Beogradu, u kojima je došlo do pogoršanja mentalnog zdravlja dece, povećane anksioznosti i teškoća u koncentraciji, što se može objasniti samom prirodom korona krize, koja je nastala širenjem infekcije, pre svega u urbanim sredinama, gde su kontakti između ljudi najučestaliji (UNICEF, 2021).

Prisutne socijalno-ekonomske nejednakosti u Republici Srbiji uglavnom su posledica nejednakosti na tržištu rada, nemogućnosti mehanizama države da dopru do najugroženijih delova društva, rodni nejednakosti i nejednakosti u obrazovanju. Evidentno je da je pandemija pojačala loše aspekte trenutnog položaja vulnerabilnih grupa u Srbiji, opteretila i povećala postojeće rizike i dodatno produbila siromaštvo, nejednakosti i izuzetno loš ekonomski položaj u kome se te grupe nalaze. U zavisnosti od smera kretanja krize, 125.000 do 327.000 građana Srbije u riziku je da postane siromašno, odnosno da se nađe u kategoriji „novosiromašnih“ (UNDP, 2020).

Zaključak

1

Pandemija bolesti koju izaziva koronavirus (COVID-19) prouzrokovala je dalekosežne socijalne i ekonomske posledice, koje su nastupile brzo, najčešće na štetu najugroženijih grupa stanovništva. Iako su posledice nezapamćenih razmera, nisu i nepremostiv izazov.

2

Korona krizom su pogođeni svi slojevi društva, a naročito pripadnici socijalno isključenih grupa, jer imaju otežan pristup uslugama i manje moći, novca i mehanizama za prevazilaženje kriznih situacija.

3

Sindemijska priroda COVID-19 sa hroničnim nezaraznim bolestima, sa kojom se suočavamo, podrazumeva diferenciraniji, širi pristup, ukoliko želimo da zaštitimo zdravlje ljudi, a to znači da nije potrebno samo da lečimo obolele od COVID-19 već i da hitno sagledamo osnovne socijalno-ekonomske odrednice zdravlja koje „leže“ u osnovi ove pošasti. U globalnim naporima da se obuzda epidemija, ne smemo ignorisati zdravstvenu jednakost i stoga je obezbeđivanje jednakih mogućnosti lečenja za sve ključno za pobedu u ovoj bici.

4

Primena samo populacionog pristupa u unapređenju zdravlja čitave populacije može dovesti do povećanja socijalnih nejednakosti između različitih grupa ljudi, tj. do „paradoksa nejednakosti“ (Frohlich & Potvin, 2008). Ovakav pristup više pogoduje ljudima sa nižim rizikom od obolevanja. Kako bismo smanjili socijalno-ekonomske nejednakosti u zdravlju tokom pandemije COVID-19, neophodno je formirati i sprovesti nacionalne javnozdravstvene politike uvažavajući značaj komplementarnog ili integrativnog pristupa koji, pored intervencija usmerenih na celokupnu populaciju, podrazumeva istovremeno sprovođenje intervencija fokusiranih na socijalno ranjive grupe stanovništva, koje su naročito pogođene pandemijom. One moraju imati mul-

tisektorski pristup, što znači da zdravlje socijalno ranjivih grupa ne možemo poboljšati samo pružanjem zdravstvenih usluga, već moramo delovati i u ostalim sektorima društva, pre svega, na determinante koje oblikuju njihovo zdravlje. Takođe je važno da intervencije budu participativne, što podrazumeva uključivanje članova socijalno ranjivih grupa u formiranje i sprovođenje javnozdravstvenih intervencija (Frohlich & Potvin, 2008).

5

Pandemija naglašava potrebu za investiranjem i jačanjem istraživačkih kapaciteta, koji moraju biti široko prepoznati, uz postojanje koordinisanog, transparentnog delovanja i odgovornosti. U suprotnom, ostaćemo uskraćeni za odgovor i ispunjenje nezadovoljenih potreba našeg društva.

6

Čvrsti dokazi za borbu protiv nejednakosti u zdravlju tokom pandemije COVID-19 su, takođe, potrebni. Nedostatak procene zdravstvene pravičnosti tokom aktuelne epidemije umanjice u velikoj meri napore u suzbijanju COVID-19. U budućnosti bi trebalo primeniti jači i brži društveno-naučni pristup kao podršku u istraživanju „socijalne autopsije“ pandemije COVID-19. Zdravstvena pravičnost i jednakost treba da budu u fokusu svih praktičnih politika formulisanih tako da se ojačaju zdravstveni sistemi i da se pravovremeno reaguje u vanrednim situacijama, kako tokom aktuelne pandemije, tako i tokom drugih javnozdravstvenih kriza u budućnosti.

7

Bez temeljne evaluacije dosadašnjih politika, kao i mehanizma nadzora za pažljivo dizajniranje i sprovođenje odgovarajućih mera, COVID-19 će ostaviti teške negativne posledice na socijalno blagostanje čitavog društva i produbiti već postojeće probleme.

8

Na kraju, ne smemo da zanemarimo činjenicu da će scenario posle COVID-19 verovatno dovesti do nove globalne ekonomske krize, posebno ako se ponovo sprovedu mere štednje. Dakle, ključno je da učimo na greškama iz prošlosti i da se zalažemo za scenario u kome povećanje dostupnosti i kvaliteta zdravstvenih i socijalnih usluga za celokupno stanovništvo postaje realnost.

Literatura

Aguilar-Palacio, I., Maldonado, L., Malo, S., Sánchez-Recio, R., Marcos-Campos, I., Magallón-Botaya, R., & Rabanaque, M^a. J. (2021). COVID-19 Inequalities: Individual and Area Socioeconomic Factors (Aragón, Spain). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6607. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126607>

APM Research Lab. (2021). *The color of coronavirus: COVID-19 deaths by race and ethnicity in the US*, 5 March 2021. <https://www.apmresearchlab.org/covid/deaths-by-race>

Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(11), 964–968. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>

Chen, J. T., & Krieger, N. (2021). Revealing the Unequal Burden of COVID-19 by Income, Race/Ethnicity, and Household Crowding: US County Versus Zip Code Analyses. *Journal of Public Health Management and Practice*, 27 Suppl 1. COVID-19 and Public Health: Looking Back, Moving Forward: S43–S56. <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001263>

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up. Part 2*. Copenhagen WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf

Drefahl, S., Wallace, M., Mussino, E., Aradhya, S., Kolk, M., Brandén, M., Malmberg, B., & Andersson, G. (2020). *Socio-demographic risk factors of COVID-19 deaths in Sweden: A nationwide register study*. Stockholm Research Reports in Demography.

Frohlich, K.L., Potvin, L. (2008). Transcending the Known in Public Health Practice. The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health*, 98(2), 216–221. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114777>

Gerszon Mahler, D., Yonzan, N., Lakner, C., Castaneda Aguilar, R., A., & Wu, H. (2021). Updated estimates of the impact of COVID-19 on global poverty: Turning the corner on the pandemic in 2021? *World Bank*, 24 June 2021. <https://blogs.worldbank.org/opendata/updated-estimates-impact-covid-19-global-poverty-turning-corner-pandemic-2021>

Graham, H. (2004). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Quarterly*, 82(1):101–102. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378x.2004.00303.x>

Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*, 396(10255), 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)

- Mogi, R., Kato, G., & Annaka, S. (2020). Socioeconomic inequality and COVID-19 prevalence across municipalities in Catalonia, Spain. <http://dx.doi.org/10.31235/osf.io/5jgzy>
- OECD/European Union. (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- OHCHR/Vlada RS. (2020). *Posledice KOVID-19 na položaj osetljivih grupa i grupa u riziku uzroci, ishodi i preporuke*. Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva Vlade Republike Srbije. https://socijalnoukljucivanje.gov.rs/wp-content/uploads/2020/12/Posledice_Kovid-19_na_polozej_oseljivih_grupa_i_grupa_u_riziku.pdf
- Papon, S., & Robert-Bobée, I. (2020). *Une hausse des décès deux fois plus forte pour les personnes nées à l'étranger que pour celles nées en France en mars-avril 2020*. INSEE 198. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4627049>
- Public Health England. (2020). *Disparities in the risk and outcomes of COVID-19*. PHE publications.
- Tinson, A. (2021). What geographic inequalities in COVID-19 mortality rates and health can tell us about levelling up. *The Health Foundation*, 17 July 2021. <https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/what-geographic-inequalities-in-covid-19-mortality-rates-can-tell-us-about-levelling-up>
- UNDP. (2020). *COVID-19: Procena socio-ekonomskog uticaja*. Ujedinjene nacije, Srbija. https://serbia.un.org/sites/default/files/2020-11/seia_report-sr_0.pdf
- UNICEF. (2021). *Istraživanje o uticaju pandemije kovida-19 na porodice sa decom u Srbiji. Treći talas istraživanja*. UNICEF u Srbiji. <https://www.unicef.org/serbia/media/18641/file/SR%20-%20UNICEF%20COVID-19%20Istrazivanje.pdf>
- Vlada RS. (2021). *Istraživanje o uticaju epidemije virusa kovid 19 na položaj osetljivih grupa u Republici Srbiji (Romi i Romkinje)*. Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva Vlade Republike Srbije. https://socijalnoukljucivanje.gov.rs/wp-content/uploads/2021/12/Istrazivanje_o_uticaju_epidemije_kovid_19_na_polozej_oseljivih_grupa-Romi_i_Romkinje.pdf
- Vladislavljević, M., Vukmirović, V., Lebedinski, L., & Banović, J. (2022). *Efekti covid-19 pandemije na tržište rada i ranjive grupe u Srbiji*. IEN – Institut za ekonomske nauke. Beograd.
- Wade, L. (2020). From Black Death to fatal flu, past pandemics show why people on the margins suffer most. *Science*, 14 May 2020. <https://www.science.org/content/article/black-death-fatal-flu-past-pandemics-show-why-people-margins-suffer-most>

Whitehead, M. (1990). The Concepts and Principles of Equity in Health. Copenhagen WHO, Reg.Off. Eur. (EUR/ICP/RPD 414 7734r), p. 29.

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up. Part 1*. World Health Organization, Denmark. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf

Yaya, S., Yeboah, H., Charles, C. H., Otu, A., & Labonte, R. (2020). Ethnic and racial disparities in COVID-19-related deaths: counting the trees, hiding the forest. *BMJ Global Health*, 5(6), p. e002913. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002913>



Uvod

Već treću godinu zaredom traži se sadržajan odgovor na javnozdravstveno pitanje o opterećenju društva smrtnošću tokom pandemije COVID-19, uključujući u to ne samo broj umrlih osoba i učestalost smrtnosti već i složene pokazatelje koji opisuju povećanje smrtnosti⁵, prevremenu smrtnost⁶, i smrtnost koja se mogla izbeći⁷. Razumevanje dimenzija opterećenja društva smrtnošću koje su direktno ili indirektno povezane sa pandemijom presudno je za razvoj delotvornih politika i strategija za prevenciju i ublažavanje globalnih i lokalnih posledica povezanih sa COVID-19, kao i za zaštitu i unapređenje zdravlja i blagostanja svih građana bez izuzetka.

U ovom tekstu navodi se ono što je iz literature poznato o smrtnosti stanovnika na globalnom i lokalnom nivou tokom pandemije COVID-19, i naglašavaju se prednosti za donosiocje odluka i društvo u celini kada se smrtnost u populaciji na lokalnom i globalnom nivou nadzire, analizira i kada se o njoj izveštava u svetlu kontekstualnih podataka i složenih pokazatelja. Uz inteligentni sistem prikupljanja

5 Povećan mortalitet izražen kao „višak“ odnosi se na broj smrtnih slučajeva od svih uzroka tokom krize iznad onoga što bismo očekivali da vidimo u „normalnim“ uslovima [Checchi & Roberts, 2005].

6 Prevremena smrtnost je ona koja je nastupila pre očekivanog trajanja života u populaciji [Pifarré i Arolas et al., 2021].

7 Smrtnost koja se može izbeći efikasnim intervencijama javnog zdravlja i primarnom prevencijom (tj. pre pojave bolesti/povreda, da bi se smanjila incidencija) i koja obuhvata uzroke smrtnosti koji se mogu izbeći blagovremenim i efikasnim intervencijama zdravstvene zaštite (nakon pojave bolesti, da bi se smanjio smrtni ishod) a podrazumeva niz zaraznih bolesti, više vrsta karcinoma, endokrinih i metaboličkih bolesti, kao i neke bolesti nervnog, cirkulatornog, respiratornog, digestivnog, genitourinarnog sistema, neke bolesti vezane za trudnoću, porođaj i perinatalni period, niz urođenih malformacija, štetne efekte i medicinske i hirurške nege, spisak povreda i poremećaja povezanih sa alkoholom i drogom.

i obrade informacija, dobro metodološki postavljena i sprovedena ciljana istraživanja, koja bi sprovodili javnozdravstveni, klinički i istraživači drugih naučnih disciplina, mogla bi unaprediti opšte razumevanje kako je do pojave nove bolesti došlo, samog toka bolesti, i neophodnosti i uslova za uspešnu borbu protiv nje na individualnom i organizacionom nivou.

Pandemija COVID-19 je testirala lične i društvene odbrambene kapacitete i otkrila niz slabosti u sistemu nadzora nad bolestima, koje proističu, uglavnom, iz fragmentiranih sistema izveštavanja [Morgan et al., 2021]. Pre proglašenja pandemije, procenjeno je da su četiri od 10 smrtnih slučajeva u svetu bila neregistrovana [WHO, 2021a]. Izveštaji o rastućem broju umrlih osoba samo od COVID-19 na dnevnom, nedeljnom i mesečnom nivou, a na osnovu podataka iz globalnih izvora, na primer Svetske zdravstvene organizacije (SZO) [WHO, 2022], Repozitorijuma podataka o COVID-19 pri Centru za sistemsku nauku i inženjerstvo na Univerzitetu Džon Hopkins [Dong et al., 2020] i lokalnih baza, na primer Republičkog zavoda za statistiku Srbije [2021a] i Portala Republike Srbije [2022], ističu potrebu za pravovremenim i verodostojnim informacijama, koje mogu podržati akcije za radikalno smanjivanje uticaja faktora koji doprinose smrtnosti. Paralelno sa smrtnošću direktno uzrokovanom bolešću COVID-19, važno je i da se prate efekti (direktni i indirektni) ove bolesti na smrtnost od do tada najčešćih osnovnih uzroka smrti (kao što su cirkulatorne i maligne bolesti i povrede), u nadi da se pronađe najbolji model organizacije društvenih aktivnosti tokom pandemije, uključujući i sistem zdravstvene zaštite [World Economic Forum, 2020].

Dokazi iz brojnih istraživanja rađenih od sedamdesetih godina prošlog veka do danas ukazali su na povezanost nižeg stepena obrazovanja i siromaštva sa povećanom smrtnošću, odnosno kraćim životnom vekom, čak za pet do deset godina [Siegrist & Marmot, 2006; Mackenbach et al., 2017]. Procene urađene pre pandemije ukazuju na to da je 25 zemalja Evropske unije (EU) izgubilo oko 11,4

miliona godina života zbog socio-ekonomskih nejednakosti, što je na godišnjem nivou preko 700.000 smrtnih slučajeva više u poređenju sa hipotetičkom situacijom u kojoj svi stanovnici imaju visoke stope obrazovanja [Mackenbach, 2006].

Čini se da je smrtnost od teškog akutnog respiratornog sindroma uzrokovanog novom varijantom koronavirusa (SARS-CoV-2) ne samo pozitivno povezana sa starenjem, muškim polom, gojaznošću, socijalno-ekonomskom deprivacijom i nizom komorbiditeta [Clift et al., 2020; Williamson et al., 2020] već i da u velikoj meri umnožava efekte postojećih socijalno-ekonomskih rizika [Bhaskaran et al. 2021]. Neki istraživači su došli do saznanja o tome da su manjinske etničke grupe imale lošije ishode od COVID-19 u poređenju sa većinskom belom populacijom [Mathur et al., 2021; Rentsch et al. 2020]. U istraživanju u Engleskoj, na 17.456.515 pojedinaca, utvrđeno je da su od COVID-19 umrla 17.063 građana, a od drugih uzroka skoro osam puta više, 134.316 [Bhaskaran et al., 2021]. Dok su starija životna dob, muški pol, deprivacija, gojaznost i neki komorbiditeti snažnije povezani sa smrtnim ishodom u vezi sa COVID-19 nego sa smrću koja nije uzrokovana koronavirusom, pušenje, porodično opterećenje karcinomima i hronične bolesti su jače povezani sa letalnim ishodima drugih uzroka nego sa smrću od COVID-19.

Da bi se povećala baza naučnih dokaza za kreiranje i evaluaciju politika i uporedivost zemalja tokom vremena u pogledu napretka u smanjenju nejednakosti u zdravlju, Evrostat, statistička agencija Evropske unije, prati smrtnost koja se može izbeći, koristeći standardizovane stope smrtnosti, izračunate na osnovu standardne evropske populacije, što znači da su nezavisne od različitih starosnih struktura stanovništva [Eurostat, 2022]. Poslednje dostupne informacije o ovom pokazatelju odnose se na 2018. godinu. Prema ovom izvoru, u 2018. godini, u Srbiji je ova stopa bila 398,63 umrle osobe na 100.000 stanovnika mlađih od 75 godina, što je manje nego u Letoniji (521,88), Rumuniji (517,47), Mađarskoj (501,52),

Litvaniji (478,54) i Slovačkoj (406,59), ali je više nego u Sloveniji (252,81) i Hrvatskoj (371,74) i do dvostruko više od stopa u ostalim zemljama, uključujući i Švajcarsku, koja ima najnižu stopu (159,51). Tokom perioda od 2013. do 2018. godine, uočen je trend smanjenja vrednosti ovih pokazatelja.

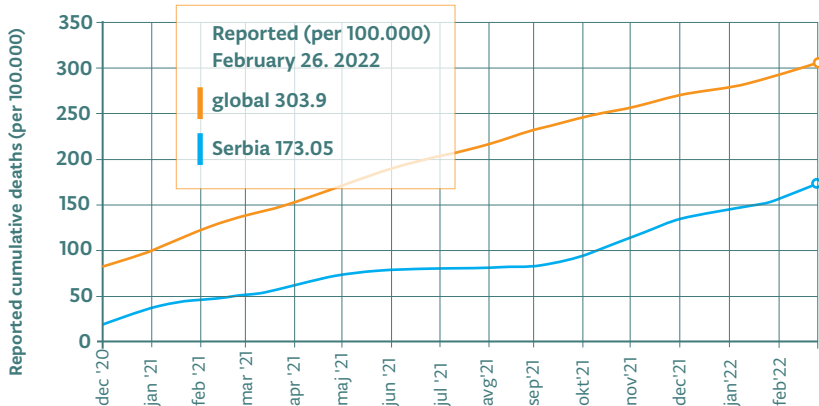
Odgovor na pitanja učestalosti prevremene i/ili povećane smrtnost među socijalno-ekonomski ugroženim populacionim grupama, odnosno grupama najviše izloženim riziku od oboljevanja tokom pandemije COVID-19, mogu dati istraživanja rađena standardizovanim instrumentima i validnom metodologijom koja ciljano prikazuju smrtnost u populaciji sa aspekta obrazovnog nivoa, vrste zanimanja, zaposlenosti, blagostanja, psihosocijalnih uslova i životne sredine, korišćenja usluga zdravstvene zaštite i scenarije mortaliteta u odnosu na mere uvedene tokom pandemije.

Smrtnost tokom pandemije COVID-19 na globalnom nivou

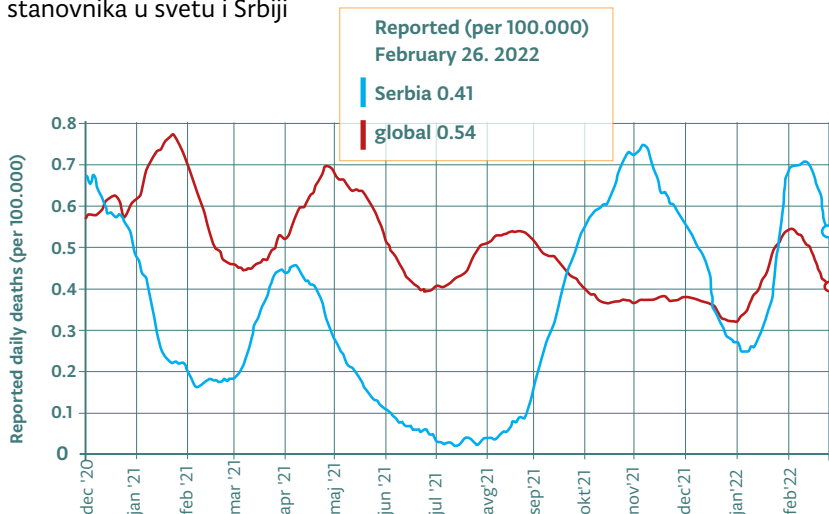
Pokazatelji smrtnosti tokom pandemije daju vredne informacije vladinim i nevladinim subjektima u zdravstvenom sistemu koji se bave finansiranjem, osiguranjem, upravljanjem i pružanjem usluga zdravstvene zaštite i nege. Na primer, Institut za zdravstvenu metriku i evaluaciju razvio je metodologiju kortisteći raspoložive podatke kako bi dao procene o kumulativnom mortalitetu i dnevnom broju umrlih (Slika 1a, b), kao i o obuhvatu imunizacije, korišćenju bolničkih resursa, dnevnom broju inficiranih slučajeva, uključujući i netestirane, kao i projekcije o preduzimanju javnozdravstvenih mera kao što su nošenje maski, korišćenje vakcina i socijalno distanciranje [IHME, 2022]. Za sada, ove procene se daju za period od 1. decembra 2020. godine do kraja aprila 2022. godine, za svaku zemlju, region i globalno⁸.

8 IHME [2022] procene vezane za COVID-19 dostupne su na <https://www.healthdata.org/covid/data-downloads>, pristupljeno 28. 2. 2022.

Slika 1. Uppoređni prikaz projektovanih vrednosti pokazatelja mortaliteta od COVID-19 na 100.000 stanovnika na globalnom (svet) i lokalnom nivou (Srbija) –procene IHME na osnovu prijavljenog broja umrlih u periodu od 1. decembra 2020. godine do 28. februara 2022. godine: stopa (a) i dnevni broj umrlih (b) a) projekcije stopa mortaliteta od COVID-19 na 100.000 stanovnika u svetu i Srbiji



b) projekcije dnevnog mortaliteta od COVID-19 na 100.000 stanovnika u svetu i Srbiji



Izvor: Institute for Health Metric and Evaluation, 2022.

Za nepune dve godine od proglašenja pandemije, na dan 28. februara 2022. godine, IHME je procenio ukupno 301,67 (300,02–303,18) umrlih od COVID-19 na 100.000 stanovnika u svetu, 246,15 (243,13–248,41) u regionu Evrope i 171,83 (170,39–174,66) u Srbiji (Slika 1a). Procenjene vrednosti se menjaju ka boljoj prognozi (vidi se spuštanje krive) sa unošenjem projekcija da je 80% stanovnika koristilo maske odnosno treću dozu vakcine. S druge strane, procene su dosta lošije (krive su značajno iznad prikazanih) kada se, uz registrovne slučajeve smrti, unesu procene o neregistrovanim ali sa COVID-19 povezanim umrlim slučajevima, izračunatim na osnovu postojećih pretpostavki.

Dalje, prema procenama IHME, u Srbiji, svetu, ali i u evropskom regionu, postojala su četiri visoka pika mortaliteta, s tim što su poslednja dva pika, po dnevnom broju pacijenata umrlih od COVID-19, bila najizraženija u Srbiji (Slika 1b). I drugi istraživači su pokazali da se opšti mortalitet u zemljama razlikuje po talasima pandemije. Globalne procene su pokazale višak smrtnih slučajeva od 5,18 na 1.000 stanovnika (5,11–5,25), što je u poređenju sa mortalitetom pre pandemije povećanje za čak 41%, odnosno 4,75 puta veće od mortaliteta zabeleženog tokom vrha drugog talasa [Lewnard et al., 2021].

Odstupanja između modelovanih i prijavljenih smrti od COVID-19, ali i drugih osnovnih uzroka smrti, mogu biti rezultat toga što je stopa mortaliteta izrazito specifična za individualne faktore (uzrast, pol, komorbiditet, strah ili stigma povezani sa zaražavanjem itd.), i druge kontekstualne faktore (neprijavljeni slučajevi zbog nedostatka testova, netestiranja, nesavršenosti testova, preopterećenja zdravstvenog sistema i nemogućnosti pravovremene dijagnoze i lečenja, kašnjenja i greške u prijavljivanju i kodiranju smrti, pojave odloženog mortaliteta povezanog sa posledicama preležanog COVID-19, kao što su gljivične infekcije opasne po život i ishemijski događaji (moždani udar, infarkt miokarda itd.), cirkulatorne komplikacije itd.) [Mathers et al., 2015; De Visscher, 2020; Kumar & Mishra, 2021; Santi et al., 2021; Bhaskaran et al., 2021; Clerici et al., 2021].

Takođe, kao najpouzdaniji pokazatelji opterećenja društva bolešću, informacije o mortalitetu dodatno pomažu u elaboraciji mogućih scenarija zdravstvenog stanja stanovnika praćenjem efekata sprovedenih preventivnih mera i aktivnosti. Na primer, već je sredinom prve godine trajanja pandemije, u uticajnom časopisu *Nature* objavljeno da je strategija kolektivnog imuniteta (poznat kao imunitet „stada” ili „krda”) efikasna samo kada je populacija vakcinisana pre pojave bolesti [De Visscher, 2020]. Naime, ukoliko već postoji ogroman broj zaraženih ljudi, smrtonosni uticaj COVID-19 se ne može zaustaviti strategijom javnog zdravlja zasnovanom samo na postizanju kolektivnog imuniteta. Strategija javnog zdravlja zasnovana na zadržavanju („zaravnjivanje krive”) takođe se smatra neadekvatnom i izuzetno smrtonosnom, ukoliko se ne sprovedu mere za smanjenje stope reprodukcije broja COVID-19 slučajeva ispod 1 [De Visscher, 2020].

Ranim uvođenjem i uspešnim sprovođenjem mera socijalnog distanciranja, opterećenje smrtnošću se može značajno smanjiti [De Visscher, 2020]. Nasuprot tome, kršenje ovih mera, čak i od strane malog broja ljudi (npr. zatvaranje barova, ali dozvoljavanje privatnih zabava), može se katastrofalno odraziti na stope mortaliteta.

Poslednji dostupni podaci SZO pokazuju da su, od 31. decembra 2019. do 28. februara 2022. godine, prijavljena 430.257.564 slučaja COVID-19, uključujući 5.922.047 smrtnih slučajeva.⁹ U ovom periodu, najviše potvrđenih smrtnih slučajeva prijavljeno je u regionima Amerike (2.618.433), Evrope (1.861.528) i jugoistočne Azije (760.452). Najmanje potvrđenih smrtnih slučajeva je prijavljeno u Africi (169.480), zapadnom Pacifiku (179.818) i istočnom Mediteranu (332.323). Najviše su prijavljivale Sjedinjene Američke Države, Indija, Brazil, Francuska, Velika Britanija, Ruska Federacija, Nemačka i Turska. Poslednjeg dana februara 2021. godine, prijavljeno je 10.809 novih smrtnih slučajeva u svetu, što odgovara šestini ukupno prijav-

⁹ Broj slučajeva je prijavljen u skladu sa primenjenim definicijama slučajeva i strategijama testiranja u pogođenim zemljama. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard, <https://covid19.who.int/> Pristupljeno 28. 2. 2022.

ljenih smrti za sedam poslednjih dana (62.715). U Evropi, zemlje sa najmanjim kumulativnim brojem umrlih slučajeva od COVID-19 jesu Monako (51) i Lihtenštajn (74).

Može se očekivati da će procene mortaliteta tokom pandemije COVID-19 ponovo biti revidirane da bi se u obzir uzele nove informacije i dokazi, posebno o drugim činiocima koji doprinose opterećenosti društva prevremenim, kao i povećanim mortalitetom zbog COVID-19.

Mortalitet u Srbiji tokom pandemije COVID-19

Iako postoje dobri izvori podataka na nacionalnom i lokalnom nivou o smrtnosti stanovnika Srbije tokom pandemije, u literaturi se retko nailazi na ekstenzivne naučne analize. U Srbiji, smrt usled oboljenja COVID-19 definiše se kao smrt koja potiče od verovatnog ili potvrđenog slučaja oboljenja COVID-19, koja ima klinički odgovarajuće karakteristike i kada ne postoji jasan alternativni uzrok smrti koji ne može biti povezan sa bolešću COVID-19 (npr. trauma) [IZJS & WHO 2010, Međunarodne smernice za potvrđivanje i klasifikaciju, 2022].

Posle stručne revizije preliminarnih procena [Vasić, 2021], na osnovu zvaničnih podataka Republičkog zavoda za statistiku [2021a], Stevanović i saradnici [2022] su zaključili da je u 2020. godini u Srbiji registrovan mortalitet veći od očekivanog za 13,5%, čemu je doprinelo povećanje broja umrlih lica zbog bolesti cirkulatornog (+2,9%) i respiratornog sistema (+27,7%), a COVID-19 se umetnuo kao treći vodeći uzrok smrti, sa 6.629 i 3.727 smrtnih slučajeva kod muškaraca i žena. Prema dosadašnjim saznanjima, u Srbiji je najviše umrlih lica bilo u zapadnoj Srbiji (+31%) i regionu Beograda (+29%), a manje u Vojvodini (+25%) i istočnoj i južnoj Srbiji (+24%) [Republički zavod za statistiku, 2021b]. Prateći podatke za 2021. godinu, zabeleženi mortalitet je daleko veći od svih mortaliteta u poslednjih 20 godina [Stevanović et al., 2022].

Međutim, u Beogradu je, u 2020. godini, bolest COVID-19 bila drugi vodeći uzrok smrti [Rosić & Šantrić Milićević, 2021], sa udelom

od 10,5% u ukupnom mortalitetu (13% ukupno umrlih muškaraca i 8% ukupno umrlih žena). Stopa smrtnosti od bolesti COVID-19 bila je 158,78 na 100.000 stanovnika (211,7 za muški pol i 111,4 za ženski pol) [Rosić & Šantrić Milićević, 2021]. Da je COVID-19 doprineo i prevremenom mortalitetu, govore podaci da je bio osnovni uzrok smrti za čak 33% odnosno 16% svih umrlih muškaraca starosti 20–24 godine odnosno 45–49 godina, kao i za čak 29% svih umrlih žena starosti 25–29 godina.

Za ceo period pandemije (od marta 2020. godine do kraja februara 2022. godine), u Srbiji je prijavljeno 15.199 umrlih lica od COVID-19 [Portal otvorenih podataka Republike Srbije, 2022], što se uklapa u procenu Instituta za zdravstvenu metriku i evaluaciju, a koja iznosi 15.029,82 (interval neizvesnosti: 14.903,54–15.277,5) [IHME, 2022]. Iako su vrednosti stope fatalnosti COVID-19 skakale tokom pikova pandemije, ukupna stopa od 0,8% izračunava se na osnovu dostupnih podataka o ukupnom broju pozitivnih slučajeva i umrlih od COVID-19 [IZJS, 2022].

Posebno zabrinjavajući su dokazi da uz povećan kumulativni mortalitet tokom pandemije COVID-19 u Srbiji, postoji i prevremen mortalitet uzrokovan oboljenjem COVID-19, što sugeriše neophodnost verifikacije i ažuriranje procena i kontinuitet u informisanju nadležnih lica i službi [Stevanović & Šantrić Milićević, 2021].

Zaključak i preporuke

Razorna pretnja kao što je pandemija nametnula je strategiju kontrole štete i pažljiv menadžment rizicima svim donosiocima odluka na svim nivoima odgovornosti (organizacionom, sistemskom, subnacionalnom, nacionalnom, regionalnom, globalnom), uključujući i individualni (lični i porodični). Nepoznanice u vezi sa COVID-19 i dalje će nametati pitanje dovoljnosti znanja i mogućnosti zajednice i individue da sačuvaju živote i, u tom svetlu, delotvornosti i isplativosti poznatih i novih preventivnih i protektivnih mera koje su na

snazi širom sveta. S tim u vezi, za evaluaciju uspešnosti uvedenih promena, dragocena su kontekstualno specifična i dobro dizajnirana istraživanja koja nacionalnim i lokalnim vlastima, kao i nevladinim i zdravstvenim organizacijama, mogu da obezbede informacije o mehanizmima za smanjenje mortaliteta tokom pandemije COVID-19. Sprovesti takva istraživanja jeste izazov za svaku zajednicu, ali bi ona mogla pružiti dodatne informacije za donošenje zdravstvenih i drugih društvenih odluka u vezi sa konkretnim neophodnim politikama i intervencijama usmerenim na redukovanje povećane smrtnosti, prevremene smrtnosti i smrtnosti koja se može izbeći, tokom ove ili nove pandemije u skorijoj budućnosti.

1

Jačanje aktivnosti u oblasti istraživanja i javnozdravstvenog odgovora na mortalitet tokom pandemije. Da bi kreatori politike imali dovoljno širok spektar političkih opcija za odgovor na pandemiju COVID-19, potrebno je snažno podržati istraživanja o smrtnosti tokom pandemije dizajnirana tako da posvećuju pažnju analizi efekata socijalno-ekonomskih nejednakosti i efekata sprovedenih javnozdravstvenih mera na mortalitet stanovnika, koristeći složene pokazatelje.

2

Harmonizacija istraživačke metodologije i instrumenata sa međunarodnim standardima. U cilju međunarodnog poređenja javnozdravstvenog odgovora na rizik od mortaliteta tokom pandemije, treba usvojiti pristup koji koristi harmonizovanu metodologiju, standardizovane namenske instrumente istraživanja i međunarodno priznate kriterijume za standardizaciju stopa mortaliteta, kao i postojeće međunarodne klasifikacije varijabli.

3

Dodatna ulaganja u istraživanje i merenje opterećenja društva bolešću. Istraživanje opterećenja društva bolešću donosiocima odluka olakšava sveobuhvatno i sistematično sagledavanje prioriteta u javnom zdravlju zajednice, zasnovano na naučnim dokazima.

Literatura

Bhaskaran, K., Bacon, S., Evans, S. J., Bates, C. J., Rentsch, C. T., MacKenna, B., Tomlinson, L., Walker, A. J., Schultze, A., Morton, C. E., Grint, D., Mehrkar, A., Eggo, R. M., Ingleby, P., Douglas, I. J., McDonald, H. I., Cockburn, J., Williamson, E. J., Evans, D., Curtis, H. J., ... Goldacre, B. (2021). Factors associated with deaths due to COVID-19 versus other causes: population-based cohort analysis of UK primary care data and linked national death registrations within the OpenSAFELY platform. *The Lancet regional health. Europe*, 6(100109). <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100109>

Clerici, B., Muscatello, A., Bai, F., Pavanello, D., Orlandi, M., Marchetti, G. C., Castelli, V., Casazza, G., Costantino, G., & Podda, G. M. (2021). Sensitivity of SARS-CoV-2 Detection With Nasopharyngeal Swabs. *Frontiers in public health*, 8 (593491). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.593491>

Clift, A. K., Coupland, C., Keogh, R. H., Diaz-Ordaz, K., Williamson, E., Harrison, E. M., Hayward, A., Hemingway, H., Horby, P., Mehta, N., Bengler, J., Khunti, K., Spiegelhalter, D., Sheikh, A., Valabhji, J., Lyons, R. A., Robson, J., Semple, M. G., Kee, F., Johnson, P., ... Hippisley-Cox, J. (2020). Living risk prediction algorithm (QCOVID) for risk of hospital admission and mortality from coronavirus 19 in adults: national derivation and validation cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 371, m3731. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3731>

Cecchi, F., & Roberts, L. (2005). Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies. *Network Paper*, 52. <https://odihpn.org/wp-content/uploads/2005/09/networkpaper052.pdf>

De Visscher A. (2020). The COVID-19 pandemic: model-based evaluation of non-pharmaceutical interventions and prognoses. *Nonlinear dynamics*, 101(3), 1871–1887. <https://doi.org/10.1007/s11071-020-05861-7>

Dong, E., Du, H., & Gardner, L. (2020). An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet. Infectious diseases*, 20(5), 533–534.

Eurostat. (2022). *Standardised preventable and treatable mortality (sdg_03_42)* [Data set]. European Statistical System (ESS). https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_42/default/table?lang=en

IJZS. (2022). *Korona virusna bolest COVID-19 (27.02.2022)*. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. <https://www.batut.org.rs/download/aktuelno/270222.pdf>.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Website. <https://www.healthdata.org/>. Pristupljeno 20. 2. 2022.

IZJS & WHO. (2010) *Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, 10. revizija. Knjiga 2. Priručnik za upotrebu*. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“.

Kumar A K, A., & Mishra, N. (2021). Mortality during the COVID-19 pandemic: the blind spots in statistics. *The Lancet. Infectious diseases*, 22(4), 428-429. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00767-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00767-2)

Lewnard JA, Mahmud A, Narayan T, Wahl B, Selvavinayagam TS, Mohan B C, Laxminarayan R. (2021). All-cause mortality during the COVID-19 pandemic in Chennai, India: an observational study. *Lancet Infectious Disease*, 22(4), 463–472. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00746-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00746-5).

Mackenbach, J.P. (2006). *Health Inequalities: Europe in Profile*. Health & Consumer Protection Directorate Genera. https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_e_n.pdf

Mackenbach, J. P., Bopp, M., Deboosere, P., Kovacs, K., Leinsalu, M., Martikainen, P., Menvielle, G., Regidor, E., & de Gelder, R. (2017). Determinants of the magnitude of socioeconomic inequalities in mortality: A study of 17 European countries. *Health & place*, 47, 44–53. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.07.005>

Mathers, C. D., Fat, D. M., Inoue, M., Rao, C., & Lopez, A. D. (2005). Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(3), 171–177. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/269355/PMC2624200.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Mathur, R., Rentsch, C. T., Morton, C. E., Hulme, W. J., Schultze, A., MacKenna, B., Eggo, R. M., Bhaskaran, K., Wong, A., Williamson, E. J., Forbes, H., Wing, K., McDonald, H. I., Bates, C., Bacon, S., Walker, A. J., Evans, D., Inglesby, P., Mehrkar, A., Curtis, H. J., ... OpenSAFELY Collaborative (2021). Ethnic differences in SARS-CoV-2 infection and COVID-19-related hospitalisation, intensive care unit admission, and death in 17 million adults in England: an observational cohort study using the OpenSAFELY platform. *Lancet (London, England)*, 397(10286), 1711–1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00634-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00634-6)

SZO. *Međunarodne smernice za potvrđivanje i klasifikaciju (šifriranje) Kovid-19 kao uzroka smrti*. [Internet]. https://www.batut.org.rs/download/Uputstvo_Uzrok_Smrti_COVID-19%20SZO.pdf.

Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. (2022). *Statistički podaci o KOVID-19 u Srbiji*. <https://covid19.rs/>. Pristupljeno 20. 2. 2022.

Morgan, O. W., Aguilera, X., Ammon, A., Amuasi, J., Fall, I. S., Frieden, T., Heymann, D., Ihekweazu, C., Jeong, E. K., Leung, G. M., Mahon, B., Nkengasong, J., Qamar, F. N., Schuchat, A., Wieler, L. H., & Dowell, S. F. (2021). Disease surveillance for the COVID-19 era: time for bold changes. *Lancet (London, England)*, 397(10292), 2317–2319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01096-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01096-5)

Pifarré I Arolas, H., Acosta, E., López-Casasnovas, G., Lo, A., Nicodemo, C., Riffe, T., & Myrskylä, M. (2021). Years of life lost to COVID-19 in 81 countries. *Scientific reports*, 11(3504). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-83040-3>

Rentsch, C. T., Kidwai-Khan, F., Tate, J. P., Park, L. S., King, J. T., Jr, Skanderson, M., Hauser, R. G., Schultze, A., Jarvis, C. I., Holodniy, M., Lo Re, V., 3rd, Akgün, K. M., Crothers, K., Taddei, T. H., Freiberg, M. S., & Justice, A. C. (2020). Patterns of COVID-19 testing and mortality by race and ethnicity among United States veterans: A nationwide cohort study. *PLoS medicine*, 17(9), e1003379. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003379>

Republički zavod za statistiku Srbije. (2021a). *Demografska statistika 2020*. Republički zavod za statistiku Srbije. <https://publikacije.stat.gov.rs/G2021/Pdf/G202114018.pdf>

Republički zavod za statistiku. (2021) Vitalni događaji 2020. *Saopštenje*, 71(180). <https://publikacije.stat.gov.rs/G2021/pdf/G20211180.pdf>.

Republički zavod za statistiku (2021b). Statistika stanovništva: živorođeni i umrli, januar–jun 2021, prethodni podaci. *Saopštenje*, 71(203). <https://publikacije.stat.gov.rs/G2021/Pdf/G20211203.pdf>

Republika Srbija, Portal otvorenih podataka. (2022). Dnevni izveštaj o KOVID-19 epidemiološkoj situaciji u Republici Srbiji [Internet]. <https://data.gov.rs/sr/datasets/covid-19-dnevni-izveshtaj-o-epidemioloskoj-situatsiji-u-republitsi-srbiji/>

Rosić, N., Šantrić Miličević, M. (2021). Mortalitet od KOVID-19 oboljenja u Beogradu. *Srpski medicinski časopis Lekarske komore*, 2(3), 236–248. doi: 10.5937/smclck2-3354

Santi, L., Golinelli, D., Tampieri, A., Farina, G., Greco, M., Rosa, S., Beleffi, M., Biavati, B., Campinoti, F., Guerrini, S., Ferrari, R., Rucci, P., Fantini, M. P., & Giostra, F. (2021). Non-COVID-19 patients in times of pandemic: Emergency department visits, hospitalizations and cause-specific mortality in Northern Italy. *PLoS one*, 16(3), e0248995. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248995>

Siegrist, J., Marmot, M. (eds.). (2006). *Social Inequalities in Health: New Evidence and Policy Implications*. Oxford University Press

Stevanović, A., Šantrić Miličević, M. (2021). Modelovanje kao način upravljanja neizvesnošću pandemije: procena smrtnosti u KOVID-19 pandemiji. *Srpski medicinski časopis Lekarske komore*, 2(3), 278–285. doi: 10.5937/smclck2-33796

Stevanović, A., Todorović, J., Nataša Rosić, N., Bjelobrč, G., Šantrić Miličević, M. (2022, January 24–26). *Differences between the registered and expected mortality in Serbia* [Conference presentation]. 2020. COST ACTION CA18218 4th MC meeting & 3rd WG meeting, online event. <https://www.burden-eu.net/docs/ca18218-m3wg-20220126-stevanovic.pdf>.

Vasić P. (2021). Preliminarna analiza efekata COVID-19 krize na agregat umiranja u Srbiji u 2020. godini. U I. Marinković, M. Galjak (ur.) *COVID-19: Socio-demografski procesi, izazovi i posledice pandemije: knjiga sažetaka* (str. 16–19). Institut društvenih nauka i Društvo demografa Srbije. https://idn.org.rs/wp-content/uploads/2021/06/IDN_Knjige_sazetaka_COVID_9_socio_demografski_procesi_final.pdf

World Economic Forum. (2020). *Workforce Principles for the COVID19 Pandemic. Stakeholder Capitalism in a Time of Crises* [White Paper]. World Economic Forum.

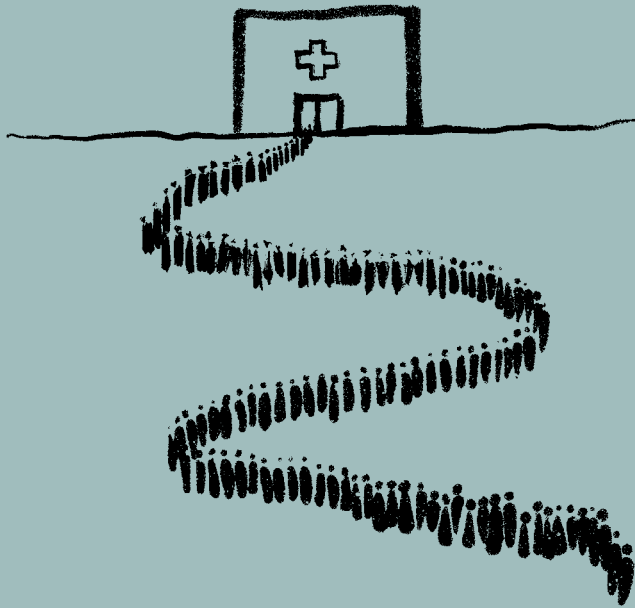
WHO. (2022). Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Retrieved February 20, 2022 from <https://covid19.who.int>

WHO. (2021a). *SCORE for health data technical package: global report on health data systems and capacity, 2020*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339125/9789240018709eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

WHO. (2021b). *The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths*. Working Paper 1. World Health Organization, Health Workforce Department.

WHO. (2003). *Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003*. <https://www.who.int/publications/m/item/summary-of-probable-sars-cases-with-onset-of-illness-from-1-november-2002-to-31-july-2003>. Accessed on February 20, 2022.

Williamson, E. J., Walker, A. J., Bhaskaran, K., Bacon, S., Bates, C., Morton, C. E., Curtis, H. J., Mehrkar, A., Evans, D., Inglesby, P., Cockburn, J., McDonald, H. I., MacKenna, B., Tomlinson, L., Douglas, I. J., Rentsch, C. T., Mathur, R., Wong, A., Grieve, R., Harrison, D., Goldacre, B. (2020). Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature*, 584(7821), 430–436. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2521-4>



NEZADOVOLJENE ZDRAVSTVENE POTREBE TOKOM PANDEMIJE COVID-19

dr Aleksandar Stevanović

Opšti pregled

Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije, zdravstveni sistem je skup svih organizacija, institucija i resursa posvećenih i usmerenih ka preduzimanju aktivnosti čija je osnovna svrha poboljšanje, očuvanje ili obnavljanje zdravlja ljudi (WHO, 2000). Pod ovim aktivnostima podrazumevamo, pre svega, obezbeđivanje i/ili pružanje zdravstvenih usluga. Nezadovoljene zdravstvene potrebe u tom smislu predstavljaju razliku između pretpostavljenih potreba stanovništva za zdravstvenim uslugama i ostvarenih zdravstvenih usluga u datom periodu (Carr & Wolfe, 1976).

Razlozi za stvaranje nezadovoljenih zdravstvenih potreba brojni su i raznovrsni. Grubo ih možemo podeliti na one koji potiču od karakteristika zdravstvenih sistema i one koji potiču od samih korisnika.

Kada govorimo o karakteristikama zdravstvenog sistema, najpre razmatramo dostupnost i pristupačnost zdravstvene zaštite (McLaughlin & Wyszewianski, 2002). Dostupnost označava postojanje i raspoloživost zdravstvene službe koja može da zadovolji potrebe korisnika. Pristupačnost podrazumeva realnu mogućnost da korisnik ostvari zdravstvenu zaštitu, uzimajući u obzir fizičke, ekonomske, socijalne i druge faktore.

Na primer, nezadovoljene zdravstvene potrebe mogu biti rezultat fizičke udaljenosti zdravstvenih institucija od korisnika, što je česta prepreka na koju nailazi seosko stanovništvo pri ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu. Zatim, liste čekanja za određene medicinske procedure mogu biti nerazumno dugačke, dok su iste usluge unutar privatnog zdravstvenog sektora finansijski nepriuštive većini korisnika. Na kraju, određena dijagnostička i/ili terapijska procedura može biti

u potpunosti nedostupna korisnicima usled nedostatka materijalnih, nematerijalnih i ljudskih resursa zdravstvenog sistema.

Sa druge strane, nezadovoljene zdravstvene potrebe mogu biti rezultat individualnih i demografskih karakteristika korisnika. Da bi se određena zdravstvena usluga ostvarila, najčešće mora da joj prethodi izražena potreba korisnika. Jasno je da će na percepciju zdravstvenih potreba značajno uticati nivo zdravstvene pismenosti osobe, njene demografske i socijalno-ekonomske karakteristike, a zatim i kulturološki i drugi društveni obrasci.

Uzmimo za primer osobu koja ima izražen strah od stomatoloških intervencija – ona će ređe potraživati usluge stomatologa i procenjivati svoje potrebe za stomatološkom zaštitom kao nezadovoljene. Slično, obavljanje preventivnih pregleda i intervencija u mnogome zavisi od prethodnih iskustava sa zdravstvenom zaštitom, stepena zdravstvene pismenosti i informisanosti o značaju intervencija poput skrininga, imunizacije i dr.

Bilo da uzrok leži u karakteristikama zdravstvenih sistema ili je posledica ličnih odluka korisnika, nezadovoljene zdravstvene potrebe dovode do značajnih nejednakosti u zdravlju (Carr & Wolfe, 1976). Zato je obezbeđivanje dostupnosti i pristupačnosti zdravstvene zaštite, zajedno sa podizanjem zdravstvene pismenosti i materijalnog statusa stanovništva, ključno za smanjenje nejednakosti u zdravlju.

Prethodno je rečeno da zdravstveni sistem predstavlja skup organizacija, institucija i resursa. Sve tri komponente postoje i razvijaju se unutar političko-ekonomskog uređenja države, što ima direktne posledice na uređenje zdravstvenog sistema, pre svega na njegovo upravljanje i finansiranje. U kapitalističkom modelu društvenog uređenja, naročito u zemljama izraženog *laissez-faire* kapitalizma, zdravstveni sistemi nisu izuzeti od pravila tržišne ekonomije i prestaju biti javno dobro (McKee & Stuckler, 2012; Zavras et al., 2016).

Tako svedočimo slabljenju ili gašenju javnih institucija i organizacija u korist privatnog kapitala – bilo da je reč o državnim univerzitetima, istraživačkim centrima ili kompanijama koje učestvuju u školo-

vanju zdravstvenih radnika i/ili razvijanju zdravstvenih tehnologija. Isti trend vidimo i kod resursa javnog zdravstvenog sistema: tranziciju ka slobodnom tržištu prate propadanje i privatizacija infrastrukture, zemljišta, patentnih prava, opreme i dr. Ipak, najdramatičnije posledice po performanse zdravstvenog sistema nastaju usled nedostatka zdravstvenog kadra. Migracije zdravstvenog kadra predstavljaju ozbiljan problem za zemlje u razvoju, čije stanovništvo ostaje bez kompetentnih nosilaca zdravstvene službe – lekara i medicinskih tehničara (Stilwell et al., 2004).

Imajući u vidu sve navedeno, procenjuje se da će u budućnosti nezadovoljene zdravstvene potrebe rasti i to prevashodno na račun osoba lošijeg socijalno-ekonomskog statusa. Porast očekivanog trajanja ljudskog života uzrokuje sve veći broj zahteva za uslugama zdravstvene službe. Takav trend, u kombinaciji sa deficitom zdravstvenog kadra, uzrokujeće rast cena i smanjenje pristupačnosti zdravstvenih usluga. Upravo zato, nezadovoljene zdravstvene potrebe predstavljaju jedan od vrlo važnih pokazatelja nejednakosti u zdravlju i konkretnih problema sa kojima se suočavaju različite društvene grupe.

Nezadovoljene zdravstvene potrebe tokom pandemije COVID-19

Pandemija COVID-19 uslovlila je dodatno opterećenje zdravstvenih sistema širom sveta. Veliki broj novoizaraženih osoba dovodi do proporcionalno velikog broja obolelih, te se zdravstvene službe suočavaju sa kontinuiranim prilivom pacijenata koji zahtevaju hitnu medicinsku pomoć i zbrinjavanje (Blumenthal et al., 2020). Sa druge strane, opterećenju doprinose zastoj u realizaciji standardnih zdravstvenih usluga, kao i potrebe za novim uslugama, koje su posledica fizičkog distanciranja i/ili smanjenja socijalnih interakcija, najpre u domenu mentalnog zdravlja (Coley & Baum, 2021). Sposobnost zdravstvenih sistema da se prilagode dramatičnim promenama u broju i vrsti pacijenata koji zahtevaju negu odražava se na registrovanu smrtnost tokom pandemije (Kapitsinis, 2021).

Budući da su materijalni i ljudski resursi zdravstvenih sistema ograničeni, neophodno je balansiranje u pogledu ostvarivanja uobičajenih zdravstvenih potreba stanovništva i novih zdravstvenih potreba koje su posledica pandemije COVID-19.

Na početku pandemije, najveći broj zemalja usmerio je pun kapacitet svoje zdravstvene službe ka kontroli širenja virusa i smanjenju smrtnosti od COVID-19. U domenu standardnih zdravstvenih potreba stanovništva, ostvarene su samo esencijalne zdravstvene usluge kod pacijenata koji su životno ugroženi.

U daljem toku pandemije, situacija je postala povoljnija zahvaljujući većoj dostupnosti lekova i medicinske opreme, kao i reorganizaciji zdravstvene službe u skladu sa najnovijim naučnim saznanjima. Najveći pomak ka smanjenju pritiska na zdravstvene sisteme napravila je mogućnost primarne prevencije COVID-19 raspoloživim vakcinama.

Svetska zdravstvena organizacija upozorila je u više navrata da veliki priliv COVID-19 pacijenata tokom „epidemijskih talasa“ značajno ometa rad zdravstvene službe i dovodi do prekida u ostvarivanju standardnih zdravstvenih usluga (WHO, 2020, 2021). U ovom trenutku, nedostaju velika istraživanja u pogledu obima i strukture nezadovoljenih zdravstvenih potreba stanovništva tokom pandemije. Takva istraživanja bi potencijalno objasnila registrovane promene u smrtnosti od određenih bolesti ili ukupan višak smrtnosti registrovan tokom pandemije. Još važnije, istraživanja bi ukazala na slabosti u organizaciji zdravstvene službe i doprinela spremnosti zdravstvenih sistema da odgovore na buduće krize.

Tokom 2021. godine, objavljen je sistematski pregled naučnih radova u vezi sa uticajem pandemije COVID-19 na korišćenje zdravstvenih usluga (Moynihan et al., 2021). Odabrano je preko 80 naučnih radova koji se pretežno bave iskustvima zdravstvenih sistema razvijenih zemalja do sredine 2020. godine. Rezultati sistematskog pregleda govore da je u više od 95% analiziranih slučajeva došlo do

smanjenja korišćenja usluga zdravstvene zaštite. Najveće smanjenje u odnosu na prepandemijski period registrovano je kod broja poseta lekaru (-42,3%), a zatim i kod broja bolničkih prijema (-28,4%), odnosno dijagnostičkih (-31,4%) i terapijskih (-29,6%) procedura.

Zanimljiva opservaciona studija na temu nezadovoljenih zdravstvenih potreba dolazi iz Grčke (Kondilis et al., 2021). Gledajući početak pandemije, Grčka je ostvarila manje stope zaražavanja, hospitalizacije i smrtonosti od COVID-19 u poređenju sa ostalim državama Evropske unije. Ovo je velikim delom omogućeno strogim merama višenedelnog zatvaranja (eng. *lockdown*), koje su u periodu od januara do novembra 2020. godine u Grčkoj zbirno iznosile čak 74 dana. Statistička analiza podataka iz državnog zdravstvenog sistema pokazala je značajno smanjenje broja ostvarenih usluga u poređenju sa prepandemijskim periodom. Smanjenje se registruje u broju bolničkih prijema (-17,3%), broju poseta centrima urgentne medicine (-30,4%), kao i broju ostvarenih hirurških procedura (-23,1%).

Studija preseka sprovedena u Italiji tokom 2020. godine pokušala je da identifikuje razloge za odlaganje zdravstvenih usluga (Gualano et al., 2021). Analiza više od 1.500 upitnika ukazuje da je svakom trećem ispitaniku (32,4%) zdravstvena služba odložila zakazanu zdravstvenu uslugu i da je svaki deseti ispitanik (13,2%) samostalno doneo odluku o odlaganju zdravstvene usluge u strahu od zaražavanja koronavirusom.

Značajan broj do sada objavljenih radova bavi se nezadovoljenim zdravstvenim potrebama u domenu dijagnostike i terapije onkoloških oboljenja tokom pandemije. Tako studija iz Engleske (Maringe et al., 2020) pokušava da odredi broj izgubljenih godina života usled zastoja u skriningu, dijagnostici i terapiji odabranih onkoloških oboljenja. Modelujući ove gubitke u okviru tri različita scenarija, autori studije predviđaju više od 3.500 dodatnih smrtnih ishoda, odnosno oko 60.000 izgubljenih godina života za četiri tipa karcinoma tokom prvih pet godina od postavljanja dijagnoze.

Nezadovoljene zdravstvene potrebe u Srbiji

Prema dostupnim podacima iz *Zdravstveno-statističkog godišnjaka Republike Srbije*, koji izdaje Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“, u Srbiji je tokom 2019. godine ukupan broj poseta lekaru u ordinaciji iznosio 24.534.555, a prosečan broj poseta po lekaru opšte medicine (u ordinaciji) iznosio je 7.024. Tokom 2020. godine zabeležen je značajno manji broj poseta u ordinaciji, koji iznosi 20.478.890 (-16,53%), odnosno 5.571 poseta u ordinaciji po lekaru (IPHS, 2019, 2020).

Ukupan broj utvrđenih oboljenja, stanja i povreda u službi opšte medicine tokom 2019. godine iznosio je 9.976.106, dok je 2020. taj broj iznosio 8.869.066. To znači da je registrovano preko milion oboljenja, stanja i povreda manje nego u prepandemijskom periodu (-11,1%).

U vezi sa zdravstvenom zaštitom žena, dostupni podaci govore da je u 2019. godini ostvareno 1.460.195 poseta ginekologu u ordinaciji. U 2020. godini broj takvih poseta se značajno smanjio i iznosi 1.038.382 (-28,9%). Dodatno zabrinjava što je broj ostvarenih sistematskih pregleda žena opao za 35,8% i to sa 360.197 pregleda 2019. godine na 231.190 pregleda 2020. godine.

Kada je reč o preventivnim (sistematskim i kontrolnim) pregledima dece, njihov broj u 2019. godini iznosi 694.920, dok je u 2020. godini broj pregleda smanjen za 22,31% i iznosi 539.859.

Veliki pad u broju ostvarenih poseta lekaru (pedijatru) registruje se među decom školskog uzrasta. Služba za zdravstvenu zaštitu školske dece 2019. godine ostvarila je 3.175.155 poseta u ordinaciji. Tokom 2020. godine taj broj je iznosio 1.965.494, što je umanjenje od 38,1%.

Tokom 2019. godine broj utvrđenih oboljenja, stanja i povreda u Službi stomatološke zdravstvene zaštite iznosio je 1.664.190, dok je u 2019. godini taj broj iznosio 1.279.091. To znači da je dijagnostikovano 385.099 utvrđenih oboljenja, stanja i povreda manje, odnosno umanjenje od 23,1%.

Kada je reč o dijagnostici tumora, Služba primarne zdravstvene zaštite tokom 2019. godine dijagnostikovala je 215.125 slučajeva tumora (38,42 na 1.000 stanovnika). Tokom 2020. godine broj dijagnostikovanih tumora u Službi primarne zdravstvene zaštite iznosio je 183.503 (33,02 na 1.000 stanovnika). Reč je o smanjenju broja utvrđenih dijagnoza tumora za 29.622 (-14,7%), što naročito zabrinjava, budući da svako kašnjenje u dijagnostici ovih oboljenja utiče na prognozu bolesti, ali i na troškove lečenja i rehabilitacije.

Prema dostupnim podacima, u bolnicama Srbije, u 2019. godini stacionarno lečenje je ostvarilo ukupno 1.546.857 osoba. Međutim, 2020. godine broj osoba lečenih u bolnicama Srbije iznosi 1.277.202. To znači da je ostvareno za 269.655 (-17,4%) bolničkih prijema manje u odnosu na prepandemijsku godinu. Naročito je važno razmotriti strukturu obolelih prema grupama bolesti. Tokom 2019. godine, zbog tumora je lečeno 178.877 osoba, dok je u 2020. godini taj broj opao na 132.836, što čini umanjeno od 25,7%. Sličan trend se vidi među obolelima od bolesti sistema krvotoka: 158.584 osobe su lečene u 2019. godini, a naredne, 2020. godine – 101.871 osoba, odnosno za 35,8% manje.

Trenutno dostupne analize planiranih i ostvarenih usluga zdravstvene zaštite tokom pandemije nisu ohrabrujuće. Tokom 2019. godine, preventivnim pregledima unutar primarne zdravstvene zaštite obuhvaćeno je do 8% odraslih osiguranih lica. Međutim, u 2020. godini taj procenat se praktično prepolovio i iznosi samo 4%. Skrining za kolorektalni karcinom je u prvoj godini pandemije obuhvatio samo 3% odraslih lica starosti od 50 do 74 godine, u odnosu na 7% u 2019. godini. Pad u broju pregleda beleži se i kod ranog otkrivanja dijabetesa tipa 2 (sa 4,6% u 2019. godini na 2,6% u 2020. godini) i ranog otkrivanja simptoma depresije kod odraslih (sa 3,4% u 2019. godini na 2% u 2020. godini) (Dukić & Savković, 2021).

Podaci Gradskog zavoda za javno zdravlje u Beogradu govore da je u 2020. godini zabeležen pad u broju ostvarenih pregleda na nivou

primarne zdravstvene zaštite. Konkretno, u 2019. godini obavljani su: 508.231 sistematski pregled, zatim 167.860 kontrolnih pregleda kod lekara i 7.396.674 ukupnih poseta lekaru. Tokom 2020. godine beleži se pad po sva tri osnova posete lekaru i to: 433.265 sistematskih pregleda (-14,7%), 109.351 kontrolni pregled (-34,9%) i 5.868.593 (-20,7%) ukupne posete lekaru. Ukupan broj oboljenja i stanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Beogradu u 2019. godini iznosio je 4.412.059, dok je u 2020. godini taj broj 3.358.629, odnosno za 23,9% je manji.

Interesantno je zapaziti da privatni sektor zdravstvene zaštite u Beogradu, prema dostupnim podacima, nije preprečio značajne izmene u ukupnom broju poseta lekaru u ordinaciji. Tokom 2019. godine ostvareno je 1.349.409 pregleda, dok su u 2020. godini ostvarena 1.245.912 pregleda, što je za samo 7,7% manje. Međutim, ako se osvrnemo na službu opšte medicine u privatnom sektoru, primećuje se čak i porast u broju poseta lekaru u ordinaciji i to sa 77.278 poseta u 2019. godini, na 86.513 posete u 2020. godini (+11,95%).

Na primeru Grada Beograda, možemo se osvrnuti i na stomatološku zdravstvenu zaštitu: tokom 2019. godine obavljeno je ukupno 933.856 poseta stomatologu i pružene su 149.953 usluge definitivnog ispuna zuba. U 2020. godini ukupan broj poseta stomatologu iznosi 614.958 (-34,1%), a broj usluga definitivnog ispuna zuba je 104.038 (-30,6%).

Da bismo razumeli dodatnu važnost ovakvih podataka, osvrnimo se na poslednje istraživanje koje je, 2017. godine, u Srbiji sprovedeno na temu prediktora nezadovoljenih zdravstvenih potreba (Popovic et al., 2017). Pomenuto istraživanje govori da 14,9% odraslog stanovništva Srbije prijavljuje neku vrstu nezadovoljene zdravstvene potrebe. Nezadovoljene zdravstvene potrebe najčešće prijavljuju ispitanici koji su završili samo osnovnu školu i ispitanici koji žive u najsiromašnijim domaćinstvima. Pri samoproceni zdravlja, primećuje se da je učestalost nezadovoljenih zdravstvenih potreba najviša kod ispitanika koji svoje zdravlje opisuju kao veoma loše, naročito u slučaju postojanja hronične bolesti. Utvrđene su i regionalne razlike – zdravstvene po-

trebe stanovnika Beograda i drugih velikih gradova značajno su ređe nezadovoljene u poređenju sa ostatkom Srbije. Razlozi za ovakvo stanje većinom potiču od karakteristika zdravstvenog sistema (58,2%), a obrazloženje koje ispitanici najčešće ističu jeste finansijska nedostupnost zdravstvene zaštite (36,6%). Ostali razlozi uključuju: fizičku udaljenost zdravstvene službe, postojanje liste čekanja, nedostatak vremena za posetu lekaru, strah od lekara i zdravstvenih ustanova i dr.

Zaključak i preporuke

Aktuelna pandemija COVID-19 značajno je uticala na rad zdravstvenog sistema Srbije. Reorganizacija zdravstvene službe u cilju zbrinjavanja velikog broja COVID-19 pacijenata dovela je do smanjenja broja ostvarenih zdravstvenih usluga (posete lekaru u ordinaciji, preventivni i kontrolni pregledi, bolnički prijemi). Ova razlika, koja predstavlja nezadovoljene zdravstvene potrebe, može se dugoročno odraziti na zdravlje stanovništva, a naročito na porast nejednakosti u zdravlju. Budući da su nezadovoljene zdravstvene potrebe i pre pandemije bile najučestalije kod osoba nižeg socijalno-ekonomskog statusa i slabijeg zdravstvenog stanja, potrebno je pružiti prilagođenu i sistemsku podršku stanovništvu, kako bi se osigurala jednakost u dostupnosti i pristupačnosti usluga zdravstvene zaštite.

Identifikovanje ranjivih društvenih grupa. Potrebna je detaljna procena zdravlja i zdravstvenih potreba stanovništva, te poređenje rezultata sa periodom pre pandemije. Potrebno je odrediti koji sociodemografski faktori utiču na ograničenu pristupačnost zdravstvenoj zaštiti, odnosno koji su sistemski razlozi za nezadovoljene zdravstvene potrebe među ranjivim društvenim grupama.

Podrška aktivnostima primarne zdravstvene zaštite. Primarna zdravstvena zaštita predstavlja stub očuvanja i unapređenja javnog zdravlja. Lekari opšte medicine su opterećeni velikim brojem pregleda, ali i vođenjem obimne medicinske

2

dokumentacije. Potrebna je evaluacija i reorganizacija rada primarne zdravstvene zaštite, kao i ulaganje u ljudske i materijalne resurse mreže domova zdravlja i zdravstvenih stanica.

Jačanje aktivnosti u domenu prevencije i promocije zdravlja. Budući da je tokom pandemije smanjen broj obavljenih

3

preventivnih zdravstvenih usluga, potrebno je snažno podržati aktivnosti i kampanje obavezne imunizacije i nacionalnih skrining programa. Dodatna sredstva treba uložiti u podizanje zdravstvene i digitalne pismenosti stanovništva svih uzrasnih kategorija.

Koordinacija sa privatnim zdravstvenim sektorom. Podaci ukazuju na to da privatni zdravstveni sektor beleži porast u broju ostvarenih zdravstvenih usluga. Potrebna je dodatna kontrola i evaluacija rada privatnog zdravstvenog sektora. Republički fond za zdravstveno osiguranje mora prepoznati kapacitete privatnog zdravstvenog sektora, makar u trenucima velikog opterećenja javnog zdravstvenog sistema.

4

Uvođenje savremene medicinske dokumentacije. U cilju planiranja aktivnosti zdravstvene službe i formulisanja javnozdravstvenih politika, neophodni su kvalitetni i relevantni podaci o zdravlju stanovništva. Digitalizacija medicinske dokumentacije se mora realizovati u dogovoru sa predstavnicima zdravstvenih radnika/radnica i istraživača/istraživačica, odnosno mora voditi ka većoj transparentnosti i kvalitetu zdravstvenih podataka.

5

Dodatna ulaganja u zdravstveni sistem. Ulaganja u zdravstveni sistem ne smeju biti fokusirana na kapitalne infrastrukturne projekte u velikim gradovima. Kapitalna ulaganja moraju biti decentralizovana i obuhvatiti potrebe slabije razvijenih regiona i okruga. Infrastrukturna ulaganja nisu dovoljna da bi se obezbedila adekvatna pristupačnost zdravstvene zaštite, već je potrebno bolje planiranje i upravljanje svim materijalnim i ljudskim resursima zdravstvenog sistema.

6

Literatura

Blumenthal, D., Fowler, E. J., Abrams, M., & Collins, S. R. (2020). Covid-19 — Implications for the Health Care System. *New England Journal of Medicine*, 383(15), 1483–1488. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2021088>

Carr, W., & Wolfe, S. (1976). Unmet Needs as Sociomedical Indicators. *International Journal of Health Services*, 6(3), 417–430. <https://doi.org/10.2190/MCGO-UH8D-OAG8-VFNU>

Coley, R. L., & Baum, C. F. (2021). Trends in mental health symptoms, service use, and unmet need for services among U.S. adults through the first 9 months of the COVID-19 pandemic. *Translational Behavioral Medicine*, 11(10), 1947–1956. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibab030>

Dukić, D., & Savković, S. (2021). Abstract: Impact of COVID-19 on coverage of the adult population of Serbia with preventive medical examinations during 2020. Abstract Book of the 4th Congress of Social Medicine with international participation, 335–337. ISBN 978-86-6061-128-6.

Gualano, M. R., Corradi, A., Voglino, G., Bert, F., & Siliquini, R. (2021). Beyond COVID-19: a cross-sectional study in Italy exploring the covid collateral impacts on healthcare services. *Health Policy*, 125(7), 869–876. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.03.005>

Institute of Public Health of Serbia. (2019). *Health Statistical Yearbook of Republic of Serbia 2019*. <https://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2019a.pdf>

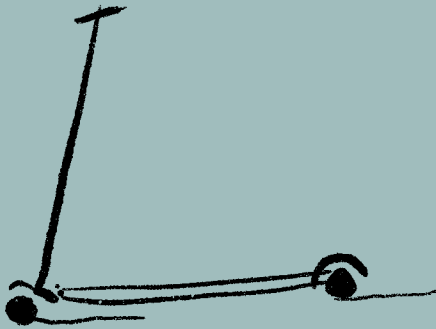
Institute of Public Health of Serbia. (2020). *Health Statistical Yearbook of Republic of Serbia 2020*. <https://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2020.pdf>

Kapitsinis, N. (2021). The underlying factors of excess mortality in 2020: a cross-country analysis of pre-pandemic healthcare conditions and strategies to cope with Covid-19. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1197. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07169-7>

Kondilis, E., Tarantilis, F., & Benos, A. (2021). Essential public healthcare services utilization and excess non-COVID-19 mortality in Greece. *Public Health*, 198, 85–88. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.06.025>

Maringe, C., Spicer, J., Morris, M., Purushotham, A., Nolte, E., Sullivan, R., Rachet, B., & Aggarwal, A. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *The Lancet. Oncology*, 21(8), 1023–1034. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30388-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30388-0)

- McKee, M., & Stuckler, D. (2012). The crisis of capitalism and the marketisation of health care: the implications for public health professionals. *Journal of Public Health Research, 1*(3), 236–239. <https://doi.org/10.4081/jphr.2012.e37>
- McLaughlin, C. G., & Wyszewianski, L. (2002). Access to care: remembering old lessons. *Health Services Research, 37*(6), 1441–1443. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12171>
- Moynihan, R., Sanders, S., Michaleff, Z. A., Scott, A. M., Clark, J., To, E. J., Jones, M., Kitchener, E., Fox, M., Johansson, M., Lang, E., Duggan, A., Scott, I., & Albarqouni, L. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. *BMJ Open, 11*(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045343>
- Popovic, N., Terzic-Supic, Z., Simic, S., & Mladenovic, B. (2017). Predictors of unmet health care needs in Serbia; Analysis based on EU-SILC data. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187866>
- Stilwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Vujcic, M., Adams, O., & Dal Poz, M. (2004). Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bulletin of the World Health Organization, 82*(8), 595–600. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15375449>
- WHO. (2020). *COVID-19: operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak: interim guidance, 25 March 2020*. World Health Organization.
- WHO. (2021). *Analysing and using routine data to monitor the effects of COVID-19 on essential health services: practical guide for national and subnational decision-makers: interim guidance, 14 January 2021*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338689>
- World Health Organization. (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems - Improving Performance*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281>
- Zavras, D., Zavras, A. I., Kyriopoulos, I.-I., & Kyriopoulos, J. (2016). Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. *BMC Health Services Research, 16*(1), 309. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1557-5>



Uvod

Zaštita i unapređenje zdravlja dece predstavljaju jedan od Ciljeva održivog razvoja (UN, 2015) i istovremeno se mogu istaći kao aktivnosti od suštinskog značaja za unapređenje zdravstvenog statusa populacije, ali i kao osnova od koje zavise drugi aspekti društva, poput ekonomske stabilnosti i napretka države.

Zdravlje dece, posebno odojčadi i dece do pet godina, ukazuje na zdravlje cele populacije, stepen razvijenosti zdravstvene službe i društva u celini, te se pri definisanju ciljeva u oblasti zdravlja najčešće koriste pokazatelji njihovog zdravstvenog stanja. Deca imaju različite potrebe i specifičnosti u korišćenju zdravstvene službe, koje proističu iz karakteristika životnog doba (rast i razvoj). Adolescencija i mladost su složeni periodi; oni nose brojne razvojne promene, koje su ponekad lakše, ponekad nagle, a dešavaju se u raznim aspektima života. Osim unapređenja kognitivnog funkcionisanja, emotivne zrelosti i promena u društvenim relacijama sa vršnjacima i odraslima, tu su i druge važne promene u životu mladih ljudi, kao što je suočavanje sa raznim izazovima i društvenim normama. Takođe, nove sposobnosti, mogućnosti i izazovi, zajedno sa novim pravima i obavezama, umnogome doprinose njihovom zdravstvenom statusu.

Istraživanja širom sveta pokazala su da sticanje loših navika počinje već u detinjstvu (Grantham-McGregor et al., 2007). Zato je sagledavanje izloženosti faktorima rizika tokom detinjstva i perioda mladosti od velikog značaja, kako bi se na vreme prevenirale promene u organizmu koje dovode do bolesti i, u krajnjem slučaju, smrti. Upravo su hronične nezarazne bolesti vodeći uzroci oboljevanja i umiranja širom sveta. Prevremena smrtnost, kao i produženi životni vek sa hroničnom nezaraznom bolešću predstavljaju sve veće opterećenje za zdravstvene sisteme, ekonomski razvoj i dobrobit velikog dela stanovništva (GBD 2017 Causes of Death Collaborators, 2018).

Tokom proteklih nekoliko decenija, napravljen je dramatičan napredak u poboljšanju zdravstvenog stanja dece, kao i u smanjenju stope smrtnosti dece širom sveta. Među ostalim ohrabrujućim statistikama, broj dece koja umiru pre pete godine života prepolovljen je od 2000. do 2017. godine, a pored toga, danas preživljava više majki i dece nego ikada ranije (WHO, 2022). Međutim, ostaje još mnogo posla na daljem poboljšanju zdravstvenih rezultata za decu. Svet se nalazi pred dvostrukim mandatom. Više od polovine smrtnih slučajeva dece jeste posledica stanja koja bi se mogla lako sprečiti ili lečiti, ako bi se obezbedio pristup zdravstvenoj zaštiti i poboljšao kvalitet njihovog života. U isto vreme, deci se takođe mora obezbediti stabilno okruženje u kojem mogu da napreduju, uključujući dobro zdravlje i ishranu, zaštitu od pretnji i pristup mogućnostima za učenje i rast. Ulaganje u decu je jedna od najvažnijih stvari koje društvo može da učini da izgradi bolju budućnost.

Svet je 2020. godine doživeo izazov kakav se ne pamti u skorijoj istoriji – zdravstvenu krizu usled nove vrste koronavirusa SARS-CoV-2, koji izaziva bolest COVID-19. Gotovo svi nivoi funkcionisanja društva pretrpeli su velike i suštinske promene. Najvidljivije i trenutne promene pogodile su zdravstveni sistem i finansije svih zemalja, te način života, obrazovanja i rada običnih ljudi. U kontekstu pandemije, deca i mladi nisu prepoznati kao posebno rizična grupa, već kao potencijalni prenosioci virusa, koji mogu veoma brzo da šire COVID-19 među onima sa kojima su u kontaktu.

Zdravstvene posledice epidemije COVID-19 u Republici Srbiji

Kada se svet 2020. godine suočio sa pandemijom¹⁰ nove vrste koronavirusa SARS-CoV-2, koji izaziva bolest COVID-19, zdravstvene

¹⁰ Pandemija zarazne bolesti je obolevanje od zarazne bolesti koja prelazi državne granice i širi se na veći deo sveta ili svet u celini, ugrožavajući ljude u svim zahvaćenim područjima.

organizacije i zdravstveni radnici bili su prvi na udaru ove novootkrivene bolesti. Rani odgovor na COVID-19 u Srbiji bio je zasnovan na postojećem čvrstom okviru Zakona o javnom zdravlju („Sl. glasnik RS”, br. 15/2016). Adekvatni sistemi za hitno reagovanje i nadziranje bolesti, visokokvalifikovani timovi javnozdravstvenih profesionalaca u Institutu za javno zdravlje i mreži od 24 regionalna zavoda za javno zdravlje pomogli su da se odloži početak i intenzitet izbijanja epidemije u Republici Srbiji. Prvi slučaj COVID-19 u Republici Srbiji, u Vojvodini, potvrđen je 6. marta 2020. godine. U Republici Srbiji, vanredno stanje povodom epidemije virusa koji izaziva COVID-19 uvedeno je 15. marta 2020. godine Odlukom o proglašenju vanrednog stanja. Ministar zdravlja Srbije je 19. marta doneo Naredbu o proglašenju epidemije zarazne bolesti COVID-19 („Sl. glasnik RS”, br. 37/202) na teritoriji čitave zemlje, a epidemija je trenutno i dalje aktuelna.

Od momenta proglašenja vanrednog stanja, pa sve do njegovog ukidanja 6. maja 2020. godine Odlukom o ukidanju vanrednog stanja („Sl. glasnik RS”, br. 65/2020), vrtići, škole i univerziteti su zatvoreni sa ciljem da se spreči dalje širenje virusa. Čitav obrazovni sistem prebacio se na nastavu i učenje na daljinu, što je uticalo na preko 1,2 miliona dece i mladih širom zemlje (VS, 2020).

Nedavne studije (UNDP, 2020) izveštavaju o glavnim efektima epidemije COVID-19 u Srbiji. Srbija je pokazala kratkoročnu otpornost na promene izazvane pandemijom i sposobnost oporavka, ali uprkos tome, efekti pandemije mogu u narednom periodu imati dalji negativan uticaj. Pored direktnih uticaja virusa na zdravstveno stanje pojedinca, zbog širenja bolesti uzrokovane koronavirusom (COVID-19), deca su pogođena fizičkim distanciranjem, karantinom i zatvaranjem škola širom zemlje. Pojedina deca i mladi ljudi se možda osećaju izolovanije, uznemirenije i nesigurnije. Takođe, deca mogu da osećaju strah ili tugu zbog uticaja virusa na članove porodice, što se reflektuje na njihovo zdravstveno stanje. Mladi su, zbog svih životnih mogućnosti i izazova koji su pred njima, posebno osetljivi i podložni različitim uticajima i nepovoljnim iskustvima.

Zbog svega navedenog, od suštinskog je značaja obratiti posebnu pažnju na analizu situacije pre i tokom epidemije COVID-19 u našoj zemlji i utvrditi koji su aspekti i potrebe najviše pogođeni među decom i mladim osobama.

Podaci o vitalnim događajima

Kada je o zdravlju dece reč, u periodu od 2016. do 2020. godine, u Srbiji se uočava trend pada nataliteta. Stopa živorođenih u 2020. godini je najniža u poslednjih 10 godina i iznosi 8,9 na 1.000 stanovnika. Takođe, i stopa prirodnog priraštaja na 1.000 stanovnika je u 2020. godini značajno smanjena (-8,0) u odnosu na godinu pre početka epidemije, 2019. (-5,3) (IJZ, 2021).

Stopa smrtnosti odojčadi¹¹ je značajan i osetljiv indikator koliko zdravstvenog stanja i zdravstvene zaštite stanovništva, toliko i stanja u socioekonomskoj i drugim sferama društva. U poslednjih 5 godina, stopa smrtnosti odojčadi, nakon kontinuiranog pada, pokazuje porast u 2020. u odnosu na 2019. godinu i iznosi 5 na 1.000 živorođenih (IJZ, 2021).

Pokazatelji obolevanja

U populaciji predškolske dece (0-6 godina) ukupan broj utvrđenih oboljenja, stanja i povreda u godini pandemije značajno je manji nego u godini koja je prethodila i to skoro za trećinu (31,3%). U strukturi morbiditeta nije bilo značajne razlike u dva vremenska perioda koja se posmatraju. Najčešće su registrovane bolesti sistema za disanje, simptomi, znaci i patološki klinički i laboratorijski znaci (neklasifikovani) i zarazne i parazitarne bolesti (IJZ, 2021; IJZ, 2020). Podaci Gradskog zavoda za javno zdravlje u Beogradu pokazuju da se broj povreda dece predškolskog uzrasta (0-6 godina) registrova-

¹¹ Stopa smrtnosti odojčadi je broj umrle dece do jedne godine starosti na 1.000 živorođenih tokom kalendarske godine.

nih u primarnoj zdravstvenoj zaštiti smanjio tokom 2020. u odnosu na 2019. godinu (84,7/1.000 u 2020, naspram 107/1.000 u 2019. godini). Stopa hospitalizacije dece predškolskog uzrasta iznosila je 4,7/1.000 u 2020. godini, i manja je u odnosu na prethodnu godinu (5,7/1.000 u 2019. godini). Dečaci su značajno češće nego devojčice bili na bolničkom lečenju usled preloma lobanje i kostiju lica, preloma podlaktice i butne kosti (Andrić et al., 2021).

Među školskom decom (7–15 godina), ukupan broj oboljenja, stanja i povreda utvrđenih u službi za zdravstvenu zaštitu školske dece, tokom 2020. godine za 39,1% je manji nego tokom prethodne godine (1.432.309 naspram 2.352.391). Struktura morbiditeta nije izmenjena uprkos novonastaloj situaciji i proglašenoj epidemiji COVID-19 u Republici Srbiji. Najčešće bolesti su bolesti sistema za disanje, koje učestvuju sa nešto više od jedne trećine u ukupnom obolevanju, zatim neklasifikovani simptomi, znaci i patološki klinički i laboratorijski znaci (10%) i zarazne i parazitarne bolesti (8%) (IJZ, 2021; IJZ, 2020).

U populaciji dece školskog uzrasta u Beogradu, stopa povređivanja (65,2/1.000) i stopa hospitalizacije usled povreda (3,5/1.000) u 2020. godini manje su u poređenju sa prethodnom godinom (141,9 odnosno 5,5/1.000). Dečaci su češće nego devojčice bili hospitalizovani usled svih vrsta povreda koje zahtevaju hospitalizaciju. U toku epidemije COVID-19, došlo je i do opadanja broja registrovanih povreda u Beogradu, što se može objasniti manjim brojem poseta ustanovama zdravstvene zaštite usled aktuelne epidemiološke situacije. Deca su bila manje fizički aktivna i ređe izložena situacijama koje doprinose nastanku povreda. S obzirom na to da su povrede najučestalije u dečjem uzrastu, od velikog je značaja zadržati fokus na važnosti prevencije povreda u detinjstvu (Andrić et al., 2021).

Posmatrajuću sumarno decu i mlade, stopa incidencije dijabetesa u populaciji od 0 do29 godina bila je nešto viša u 2020. godini nego u 2019. (11,3 naspram 10,9 na 100.000 stanovnika) (IJZ, 2021; IJZ, 2020).

Pokazatelji korišćenja zdravstvenih usluga

Služba za zdravstvenu zaštitu predškolske dece (0–6 godina). Posmatrajući usluge pružene tokom 2020. godine i godine koja prethodi pandemiji, uočava se da je u službi za zdravstvenu zaštitu predškolske dece ostvaren manji broj poseta u ordinaciji lekara i to za čak 35,3%. Ovome je umnogome doprinelo zatvaranje vrtića zbog proglašenja vanrednog stanja, ograničavanje kretanja i novonastala situacija u kojoj su kontakti među ljudima svedeni na najmanju moguću meru. Takođe je ostvareno za 22,3% manje preventivnih (sistematskih i kontrolnih) pregleda dece, i za 28,7% kućnih poseta lekara i ostalih medicinskih radnika (IJZ, 2021; IJZ, 2020).

Služba za zdravstvenu zaštitu školske dece (7–18 godina). Ukupan broj ostvarenih poseta u ordinaciji lekara, tokom 2020. godine je za 38,1% manji u odnosu na 2019. godinu. Vrlo sličan obrazac kao i u slučaju predškolske dece uočen je i u službama za zdravstvenu zaštitu školske dece, gde je broj poseta (u ordinaciji) na jednog lekara iznosio 3.222 u 2020. godini, a čak 5.154 u 2019.

Kada je reč o mladima¹², više od polovine njih (54%) imalo je ograničen pristup zdravstvenim uslugama zbog epidemije. Naveli su da su im uskraćene usluge kao što su izabrani lekar u domu zdravlja u preventivne svrhe (25%), ginekolog (14%), specijalista (14%), lekar u svrhu lečenja (12%), psihološko savetovanje (4%) i reproduktivno savetovanje (1%), dok je 30% njih izjavilo da postoje i druge usluge kojima nisu mogli da pristupe, a koje ne spadaju ni u jednu od datih kategorija. Većina mladih (79%) potvrdila je da im zbog novonastale situacije nisu bile potrebne službe za mentalno zdravlje, dok je među onima kojima je takva pomoć bila potrebna, 88% izjavilo da se nikome nije obraćalo za pomoć (UNICEF, 2020).

12 Omladina ili mladi u Republici Srbiji obuhvata populacionu grupu lica od 15 do 29 godina, odnosno do navršanih 30 godina, kako je definisano u Zakonu o mladima („Sl. glasnik RS“, br. 50/2011).

Nezadovoljene potrebe za uslugama zdravstvene zaštite

Kako bi doprineo temeljnom ispitivanju efekata pandemije na porodice sa decom (0 do 17 godina starosti) u Srbiji, UNICEF je u periodu 2020–2021. sproveo longitudinalno istraživanje takvih porodica koje žive na teritoriji Srbije. Prvi talas istraživanja sproveden je u aprilu 2020. godine, drugi talas u julu 2020. godine, a treći i poslednji talas u martu 2021. godine. Uočen je znatno lakši pristup uslugama zdravstvene zaštite kako vreme odmiče. Naime, u 2021. godini 48% dece bilo je u mogućnosti da dobije sve neophodne zdravstvene usluge i taj procenat predstavlja značajan pomak u odnosu na drugi talas, kada je ova mogućnost registrovana kod 24% dece.

Dostupnost je vidljiva i kada se posmatra populacija dece kojoj su bile potrebne usluge zdravstvene zaštite: od 55% dece kojoj su ove usluge bile potrebne, 87% njih je uspelo i da ih ostvari (72% u drugom i 70% u prvom talasu). Bez promena u odnosu na prethodne talase ostala je usluga lekara specijaliste, kao vrsta medicinske usluge koja najčešće izostaje, i to zbog toga što zdravstveni centar nije pružao potrebnu uslugu ili zbog nedostupnosti zdravstvenog radnika (UNICEF, 2021).

Iako je u poslednjem talasu istraživanja zabeleženo značajno poboljšanje dostupnosti usluga zdravstvene zaštite, analizom dostupnosti usluga u pojedinačnim domaćinstvima kroz vreme, utvrđeno je da su usluge zdravstvene zaštite tokom barem jednog talasa najviše izostajale u slučaju najmlađe dece do 6 godina starosti (21%), a bile su nešto dostupnije u slučaju starije dece (12% dece starosti 7–12 godina nije imalo pristup neophodnim zdravstvenim ustanovama tokom bar jednog talasa istraživanja, kao i 11% dece starosti 13–17 godina) (UNICEF, 2021).

Pandemija nije značajno uticala na korišćenje usluga privatnih lekara. U periodu pre pandemije, 37% dece do 12 godina starosti koristilo je usluge privatnih lekara, a u poslednja tri meseca, te usluge je

koristilo 16% dece. Usluge privatnih lekara se češće koriste u gradskim područjima, u regionu Beograda, od strane roditelja sa visokom stručnom spremom i visokim prihodima (UNICEF, 2021).

Mentalno blagostanje

Kod skoro petine dece (17%) pandemija je uticala na pogoršanje mentalnog stanja, pa je ono ocenjeno lošije nego u periodu pre pandemije, što predstavlja negativan pokazatelj dugotrajnog efekta pandemije i izmenjenih okolnosti u kojima deca žive. Čini se da su u pogledu mentalnog zdravlja najugroženija starija deca, odnosno da opasnost po narušavanje mentalnog zdravlja usled pandemije raste sa uzrastom. U istraživanju UNICEF-a sprovedenom u tri vremenske tačke (mart 2020, jul 2020. i mart 2021. godine), rezultati pokazuju da je tokom poslednjeg talasa istraživanja primetan porast broja dece koja se suočavaju sa poteškoćama vezanim za koncentraciju: ovaj problem je registrovan kod 29% dece, dok je iste probleme u drugom talasu (jul 2020. godine) imalo 22% dece (UNICEF, 2021; UNICEF, 2020).

Osim dece, mladi su takođe pogođeni epidemijom. Trećina mladih identifikuje pogoršanje sopstvenog mentalnog zdravlja u kontekstu vanrednog stanja. Više od polovine mladih ocenilo je svoje osećanje ugroženosti usled vanrednog stanja prosečnom ocenom 3 i višom (od maksimalnih 5). U ovom smislu, ugroženije su se osećale mlade žene i mladi koji žive u većim gradovima, a osećaj ugroženosti raste i sa nivoom obrazovanja (KOMS, 2020a).

Alternativni izveštaji o položaju i potrebama mladih u Republici Srbiji ukazuju na činjenicu da je tokom vremena pandemija imala negativan uticaj na mlade. Dok je nešto manje od trećine mladih (29,6%) tokom 2020. godine izjavilo da izolacija tokom vanrednog stanja nije loše uticala na njih, već godinu dana kasnije, u 2021. godini, mladi većinski (52,3%) smatraju da je pandemija loše uticala na njih (KOMS, 2021; KOMS, 2020b).

Zaključak i preporuke

1

Multisektorska saradnja je potrebna kako bi se osigurao kontinuitet zdravstvenih usluga za decu i mlade i na taj način sačuvalo i unapredilo njihovo zdravlje. Ova pandemija dodatno pojačava siromaštvo, nejednakost i ugroženost, kojima je izloženo mnoštvo porodica i dece. Smetnje u funkcionisanju društva (nedostatak resursa, promene u obrazovanju, prelazak na drugačije režime rada) usled epidemije COVID-19 imaju veliki uticaj na decu: na njihovo zdravlje i blagostanje i njihovu budućnost.

2

Jačanje mehanizama psihosocijalne podrške za mlade. S obzirom na činjenicu da se mentalno zdravlje mladih pogoršalo tokom trajanja epidemije, potrebno je povećati dostupnost psihosocijalne podrške za mlade (ne mora biti usko specijalizovana psihijatrijska pomoć, već krizno savetovanje) i organizovati krizna savetovanja ili onlajn radionice/seminare kako bi se predstavile veštine prevazilaženja stresa vezanog za aktuelne psiho-socijalne izazove sa kojima se susreću. Rad u online okruženju omogućava značajno širi obuhvat i potencijalno veću dostupnost ovakvih radionica/seminara/konsultacija.

3

Reorganizacija zdravstvene zaštite u domenu pružanja usluga lekara specijalista. U oblasti zdravstvene zaštite naročito treba poboljšati dostupnost specijalističkih zdravstvenih pregleda, što će verovatno biti moguće kada pandemija počne da slabi, ali uz dodatne napore kada je reč o reorganizaciji posla i alokaciji resursa.

4

Unapređenje aktivnosti promocije zdravlja i prevencije bolesti, kako u zdravstvenim ustanovama tako i u zajednici. Imajući u vidu smanjen broj preventivnih pregleda, neophodno je insistirati na tome da se i zdravstveni profesionalci i uticajni akteri u zajednici angažuju u aktivnostima promocije zdravlja. Posebno se treba osvrnuti na zdravstvenu zaštitu dece do 6 godina i proces imunizacije.

Literatura

Andrić A, Marković M, Tamburkovski G, Kovačević, Grujičić A, Stefanović N, Mladenović Janković S. (2021). Analiza povređivanja dece predškolskog i školskog uzrasta na teritoriji grada Beograda pre i u toku epidemije bolesti covid-19 [izlaganje]. 4. kongres socijalne medicine Srbije sa međunarodnim učešćem, Beograd, 2–3. 12. 2021.

UNICEF (2020). *UNICEF-ovdgovor na pandemiju Covid-19 u Srbiji*. Dečiji fond Ujedinjenih nacija. <https://www.unicef.org/serbia/media/15936/file>

UNICEF (2021). *Istraživanje o uticaju pandemije kovida-19 na porodice sa decom u Srbiji. Treći talas istraživanja*. UNICEF u Srbiji. <https://www.unicef.org/serbia/media/18641/file/SR%20-%20UNICEF%20COVID-19%20istrazivanje.pdf>

GBD 2017 Causes of Death Collaborators. (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392, 1736–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7)

Grantham-McGregor, S., Cheung, Y. B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L., Strupp, B., & International Child Development Steering Group. (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*, 369, 60–70. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4)

GZJZ. (2021). *Analiza zdravstvenog stanja stanovnika Beograda u 2020. godini*. Gradski zavod za javno zdravlje Beograd. <https://www.zdravlje.org.rs/publikacije/Analiza%20odabranih%20pokazatelja%20zdr%20stanja%20stanovnistva/Analiza%20zdravstvenog%20stanja%202020-bgd.pdf>

GZJZ. (2020). *Analiza zdravstvenog stanja stanovnika Beograda u 2019. godini*. Gradski zavod za javno zdravlje Beograd. <https://www.zdravlje.org.rs/publikacije/Analiza%20odabranih%20pokazatelja%20zdr%20stanja%20stanovnistva/Analiza%20zdravstvenog%20stanja%202019-bgd.pdf>

IJZS. (2020). *Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2019*. Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“.

IJZS. (2021). *Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2020*. Institut za javno zdravlje „Dr Milan Jovanović Batut“.

KOMS. (2020a). *Život mladih u Srbiji: Uticaj kovid-19 pandemije*. Krovna organizacija mladih Srbije. <https://koms.rs/wp-content/uploads/2020/12/Zivot-mladih-u-Srbiji-uticaj-kovid-19-pandemije.pdf>

KOMS. (2020b). *Alternativni izveštaj o položaju i potrebama mladih u Republici Srbiji 2020*. Krovna organizacija mladih Srbije. <https://koms.rs/wp-content/uploads/2020/09/Alternativniizves%CC%8Ctaj-o-polo%C5%8Caju-i-potrebama-mladih-u-RS-2020.pdf>

KOMS. (2021). *Alternativni izveštaj o položaju i potrebama mladih u Republici Srbiji 2020*. Krovna organizacija mladih Srbije. <https://koms.rs/wp-content/uploads/2021/08/Alternativni-izvestaj-o-polo%C5%8Caju-mladih-2021-4.pdf>

Naredba o proglašenju epidemije zarazne bolesti COVID-19 na teritoriji čitave zemlje, *Službeni glasnik RS*, br. 37/2020.

Odluka o ukidanju vanrednog stanja. *Službeni glasnik RS*, br. 65/2020.

UN. (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development* (21. oktobar 2015, A/RES/70/1). UN General Assembly. <https://www.refworld.org/docid/57b6e3e44.html>

UNDP. (2020). *Covid-19. Procena socio-ekonomskog uticaja*. Ujedinjene nacije Srbija, UNDP. https://serbia.un.org/sites/default/files/2020-11/seia_report-sr_0.pdf

Vlada Republike Srbije (VS). (2020). „Izveštaj o utvrđivanju činjenica za procenu socio-ekonomskog uticaja COVID-19 u Srbiji“, nacrt izveštaja (jul 2020).

Zakon o javnom zdravlju. *Službeni glasnik RS*, br. 15/2016. https://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_javnom_zdravlju.html

WHO. (2022). *Child health*. https://www.who.int/health-topics/child-health#tab=tab_1



Žene kao ranjiva grupa

Agenda 2030 za održivi razvoj nedvosmisleno poručuje da ne možemo postići održivi razvoj bez postizanja rodne ravnopravnosti (United Nations, 2018). Uprkos uloženim naporima da se smanje nejednakosti u zdravlju između polova, one u većem delu sveta nastavljaju da postoje, a nažalost, u nekim zemljama se i produbljuju. Prema izveštaju Svetskog ekonomskog foruma, nejednakosti u zdravlju između polova na globalnom nivou se, ukupno gledano, povećavaju (Hazel & Kleyman, 2020).

Na zdravlje žena utiču biološke karakteristike, kao što su hormoni i karakteristike reproduktivnog zdravlja, ali i rodne uloge žene, rodne odgovornosti i karakteristike i pozicija u društvu. Biološki faktori se odnose na bolesti koje su povezane sa oboljenjima ženskih reproduktivnih organa i na bolesti povezane sa polnim hormonima. Imunski sistem žena se smatra potentnijim i zbog toga žene bolje odgovaraju na vakcine, ali su i podložnije autoimunim oboljenjima. Razlike između polova uzrokovane biološkim karakteristikama ne smatraju se nepravičnim. Nepravičnosti se smatraju posledicom rodne nejednakosti, a ne polne (Heise et al., 2019). Ipak, sve veći broj istraživanja danas se bavi ispitivanjem interakcije između bioloških i socijalnih faktora i njihovim zajedničkim uticajem na zdravlje (Heise et al., 2019).

Rod utiče na izloženost faktorima rizika za obolevanje, na zdravstveno ponašanje, pristup zdravstvenoj zaštiti. Pored toga, postoji rodna pristrasnost u organizaciji sistema zdravstvene zaštite, kao i u kreiranju i sprovođenju istraživanja u medicini i u prikupljanju podataka o zdravlju (United Nations, 2018).

Razlike u zdravstvenom ponašanju između polova povezane su sa većom učestalošću izloženosti nasilju i poremećaja u ishrani. Na zdravlje žena negativan uticaj širom sveta ima nasilje partnera,

femicid, trgovina ljudima (Hazel & Kleyman, 2020) Žene širom sveta izložene su fizičkom, seksualnom, psihološkom i ekonomskom nasilju, što dovodi do dugoročnih posledica po njihovo fizičko i mentalno zdravlje (Hazel & Kleyman, 2020). Nasilje partnera je i dalje, u celom svetu, najšire zastupljen oblik nasilja, koji se često završava smrću, a dve trećine žrtava su žene (Hazel & Kleyman, 2020). Pored toga, žene imaju veću verovatnoću da na radnom mestu budu izložene dejstvu štetnih hemikalija kao što su boje za kosu, sredstva za čišćenje, prašina u tekstilnoj industriji, jer su žene češće zaposlene u ovim privrednim granama. Posledično, među ženama postoji veća prevalencija astme i oboljenja muskuloskeletnog sistema (Heise et al., 2019).

Čak i u visoko razvijenim zemljama, žene se ređe upućuju na obavezne skrininge i često ne dobijaju adekvatnu terapiju, posebno kada je reč o kardiovaskularnim oboljenjima (Heise et al., 2019). U zemljama u razvoju, sistem zdravstvene zaštite je često neadekvatno dostupan ženama, naročito imajući u vidu često odustvo finansijske autonomije (Heise et al., 2019) i one se često zbog toga okreću neformalnim načinima lečenja.

Na kraju, kultura i socijalni faktori zajednice utiču na finansiranje, sprovođenje istraživanja u oblasti medicine i zdravstvene zaštite, a pored toga, utiču i na primenu rezultata istraživanja. U velikom broju kliničkih istraživanja susrećemo se sa nejednakom zastupljenošću polova ili čak i potpunim odsustvom žena (Heise et al., 2019). Prema podacima iz jednog velikog sistematskog pregleda literature (Phillips & Hamberg, 2016), manje od polovine kliničkih istraživanja ima podjednaku zastupljenost oba pola. Dodatno, u veoma malom broju kliničkih istraživanja se ispituju razlike između polova (Phillips & Hamberg, 2016). Iako se ove nejednakosti mogu objasniti zaštitom žena, kao i dece, od rizika povezanih sa kliničkim istraživanjima, one dovode do generalizovanja rezultata istraživanja sprovedenih na muškarcima i na žene, time direktno šteteći populaciji koju smo želeli da zaštitimo (Heise et al., 2019).

Zdravlje žena tokom pandemije COVID-19

Tokom pandemije COVID-19, žene su bile posebno izložene povećanom riziku od obolevanja, posebno imajući u vidu da globalno 70% zdravstvenih radnika čine upravo žene (Kotlar et al., 2021). U SAD je svaka treća zaposlena žena, zaposlena u esencijalnim oblastima rada. Iako je rad u oblastima koje su početkom pandemije identifikovane kao esencijalne omogućavao sigurnost radnog mesta, istovremeno je povećavao rizik od širenja bolesti (Kotlar et al., 2021). I pored toga, čak i u visoko razvijenim zemljama, žene su činile većinu radnika koji su tokom pandemije ostali bez posla (Kotlar et al., 2021). Uz to, brojna istraživanja su i pre pandemije ukazivala na dominantnu ulogu žena u kućnim poslovima i brizi o deci. Opterećenje kućnim poslovima je poraslo tokom pandemije. Istraživanja u Kanadi i Australiji su pokazala da žene, u poređenju sa muškarcima, provode oko 50 sati nedeljno više u brizi o deci (Kotlar et al., 2021).

U nekoliko zemalja je takođe pokazana povećana učestalost porodičnog nasilja tokom perioda strogih zatvaranja (UN Women, 2020; Viveiros & Bonomi, 2020; Wanqing, 2020). Trebalo bi naglasiti i da je stvaran broj slučajeva porodičnog nasilja tokom perioda zatvaranja verovatno veći od prijavljenog, jer je na smanjenje broja prijavljenih slučajeva sigurno uticao i strah od širenja bolesti u kontaktu sa policijom ili socijalnim službama (Kotlar et al., 2021).

Trudnice kao posebno osetljiva društvena grupa

Trudnice predstavljaju posebnu grupu među ženama i posebno ranjivu društvenu grupu (Heise et al., 2019). U ovom kontekstu, značajno je obratiti pažnju i na medicinske i na nemedicinske faktore rizika koji na to utiču. Trudnice se smatraju ranjivom grupom ukoliko su suočene sa fizičkim, psihološkim, i/ili socijalnim faktorima rizika zajedno sa nedostatkom podrške ili nedostatkom razvijenih mehani-

zama odbrane (Heise et al., 2019). Ranjivost trudnica može postojati pre trudnoće ili se može pojaviti tokom trudnoće, porođaja ili babinja.

Poboljšanje pristupa zdravstvenoj zaštiti tokom perioda trudnoće i porođaja svakako je dovelo do značajnog smanjenja smrtnosti tokom trudnoće i porođaja širom sveta, naročito u razvijenim zemljama, sa izuzetkom Sjedinjenih Američkih Država (SAD) (Cliffe et al., 2019). Odnos maternalne smrtnosti se smanjuje, ali nedovoljno brzo da bi se postigao prvi potcilj trećeg cilja u Agendi održivog razvoja (smanjiti odnos maternalnog mortaliteta na globalnom nivou do 70/100.000 do 2030. godine). Odnos maternalne smrtnosti u Evropi i Severnoj Americi je 13/100.000 živorođene dece, i predstavlja smanjenje u odnosu na 25/100.000 živorođene dece, koliko je iznosio 1990. godine. Međutim, u Srbiji, kao i u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD), odnos maternalne smrtnosti se nije smanjio, već se povećao u periodu od 1990. godine. Prema podacima baze podataka „Zdravlje za sve“ Svetske zdravstvene organizacije, odnos maternalne smrtnosti se u Srbiji povećao sa 14/100.000 1990. godine na 17/100.000 2017. godine (WHO, 2022). U istom vremenskom periodu, u SAD je odnos maternalne smrtnosti povećan sa 12/100.000 na 14/100.000, što predstavlja povećanje za oko 14%. Povećanje u Srbiji iznosi skoro 18% (UN, 2018; WHO, 2022)

Trudnice tokom pandemije COVID-19

Od početka pandemije COVID-19, trudnice su bile izložene naročitom riziku od razvoja umerenog ili teškog psihološkog distresa (Preis et al., 2020). Tokom pandemije, u naročito povećanom riziku od razvoja poremećaja mentalnog zdravlja bile su žene koje su tokom pandemije bile u prvoj trudnoći, mlađe žene, žene prethodno izložene nasilju, one sa finansijskim poteškoćama i one sa komplikacijama trudnoće. Na psihološki distres trudnih žena tokom pandemije naročito je uticao osećaj nespremnosti na rođenje deteta tokom krize

situacije kakva je pandemija, kao i strah od infekcije novorođenčeta virusom SARS-CoV-2 (Preis et al., 2020).

Poznato je da su trudne žene osetljivije na respiratorne viruse, kao i da u kontaktu sa ovim virusima u većem procentu razvijaju upalu pluća (Castro et al., 2020). Tokom pandemije COVID-19, trudnice su bile izložene povećanom riziku od komplikacija same bolesti COVID-19, riziku od razvoja neželjenih ishoda trudnoće, povećanom riziku od razvoja poremećaja mentalnog zdravlja, ali i promenama u dostupnosti zdravstvenih usluga i načinima pristupa zdravstvenoj zaštiti (Castro et al., 2020; Kotlar et al., 2021)

Koliko je pandemija uticala na odlaganje i smanjenje dostupnosti zdravstvene zaštite, toliko je značajno smanjena i dostupnost prenatalne i postporođajne zdravstvene zaštite (Kotlar et al., 2021). Podaci nam danas pokazuju da su tokom pandemije kontrole ženama u prvom trimestru trudnoće savetovane ređe nego u periodu pre pandemije, a broj poseta lekaru tokom trudnoće se smanjio skoro tri puta (Kotlar et al., 2021). Da bi se omogućio kontinuitet u pružanju zdravstvene zaštite tokom trudnoće, u Ujedinjenom Kraljevstvu je trudnicama omogućen širi pristup aparatima za merenje krvnog pritiska, kao i kućnim testovima za pregled urina. Omogućen je i pristup lekarima putem telemedicine, ali su pacijenti uprkos tome smatrali da je kvalitet zdravstvene zaštite pružene trudnicama tokom pandemije značajno opao. Svi problemi sa dostupnošću zdravstvene zaštite su naglašeniji u zemljama u razvoju (Kotlar et al., 2021).

Studije sprovedene u visoko razvijenim zemljama (Ujedinjeno Kraljevstvo) i u zemljama u razvoju (Nepal) pokazale su značajno višu učestalost mrtvorodenosti tokom pandemije u odnosu na prepandemijski period. Ipak, potrebno je naglasiti da nije pronađena povezanost između mrtvorodenosti i bolesti COVID-19 kod majke, što govori u prilog tome da je uticaj na trudnice i na novorođenčad izraženiji zbog preraspodele resursa u sistemu zdravstvene zaštite nego zbog samog oboljenja (Kotlar et al., 2021).

Rodne nejednakosti u Republici Srbiji: dosadašnja istraživanja

Među socijalno-ekonomskim determinantama zdravlja u Republici Srbiji, kod žena je uočena veća učestalost niskog obrazovanja (46,2% kod žena naspram 32,2% kod muškaraca). Pored toga, u istraživanju sprovedenom na reprezentativnom nacionalnom uzorku populacije u Srbiji, pokazano je da je učestalost samoprocene zdravlja kao lošeg ili prosečnog među ženama veća nego među muškarcima (Janković et al., 2010). Ovo je takođe pokazano u istraživanjima koja su ispitivala rodnu ravnopravnost u Srbiji 2014, 2016. i 2018. godine. Javne politike u Srbiji su u skladu sa usmerenjem Srbije ka Evropskoj uniji. Indeks rodne ravnopravnosti je u Srbiji 2014. iznosio 52,4/100, dok je 2021. iznosio 58 te se, ipak, može reći da u Srbiji postoji napredak u postizanju rodne ravnopravnosti tokom poslednje decenije (Babović, 2014; Babović & Petrović, 2021).

U Srbiji takođe postoji razlika između polova u očekivanom trajanju zdravog života i to u korist žena. Pored toga, pokazano je da se ovaj jaz povećava (Babović & Petrović, 2021).

Izloženost nasilju je problem u Republici Srbiji, posebno imajući u vidu da je svaka peta žena doživela fizičko ili seksualno nasilje nakon navršene 15 godine, a 5% žena je prijavilo izloženost fizičkom i/ ili seksualnom nasilju tokom prethodnih 12 meseci. Psihičkom nasilju je bila izložena skoro polovina žena u Srbiji i to najčešće od strane partnera, a seksualno uzmemiravanje je prijavilo više od dve petine žena (Babović & Petrović, 2021).

Tokom pandemije COVID-19, 7% žena u Srbiji ostalo je bez posla, u poređenju sa 4% muškaraca (UNFPA & UN Women Serbia, 2020). Žene su u višem procentu prijavljivale da je pandemija uticala na povećanu učestalost simptoma anksioznosti i depresije, što se može povezati sa većim procentom žena u profesijama koje su najviše izložene pandemiji (zdravstveni radnici), kao i sa većim opterećenjem žena u kući i obavezama oko kuće i porodice tokom pandemije

(UNFPA & UN Women Serbia, 2020). Takođe je pokazano da je razlika između polova u Srbiji najizraženija u ruralnim područjima, gde je skoro jedna trećina žena (u poređenju sa jednom šestinom muškaraca) navela teškoće u pristupu zdravstvenoj zaštiti (UNFPA & UN Women Serbia, 2020). Skoro jedna trećina žena u Srbiji navela je da se tokom pandemije povećala učestalost diskriminacije i porodičnog nasilja, dok je isto naveo dva puta manji procenat muškaraca (Pajvančić et al., 2021; UNFPA & UN Women Serbia, 2020).

U studiji koja je ispitala uticaj pandemije COVID-19 na mentalno zdravlje trudnica u Bosni i Hercegovini i Republici Srbiji pokazana je veća učestalost straha, anksioznosti, neizvesnosti među trudnicama tokom pandemije (Tutnjević & Lakić, 2021).

Zaključak i preporuke

Nejednakosti u zdravlju između polova se u većem delu sveta produbljuju. Na zdravlje žena širom sveta utiču partnersko nasilje i femicid, sistemska diskriminacija, trgovina ljudima. Partnersko nasilje je globalno najšire zastupljen oblik nasilja, koji se često završava smrću, a dve trećine žrtava su žene. Skoro jedna trećina žena u Srbiji navodi da je tokom pandemije povećana učestalost diskriminacije i porodičnog nasilja.

Tokom pandemije COVID-19, žene su bile izložene povećanom riziku od infekcije, što je posledica činjenice da žene globalno čine više od dve trećine zdravstvenih i drugih esencijalnih radnika.

Trudnice se smatraju ranjivom grupom ukoliko su suočene sa fizičkim, psihološkim i/ili socijalnim faktorima rizika zajedno sa nedostatkom podrške ili nedostatkom razvijenih mehanizama odbrane. Od početka pandemije COVID-19, trudnice su bile izložene naročitom riziku od razvoja umerenog ili teškog psihološkog distresa. To posebno zabrinjava, budući da se u Srbiji odnos maternalne smrtnosti povećao za oko 18%, u periodu od 1990. do 2017. godine. Tokom

pandemije COVID-19, trudnice su bile izložene povećanom riziku od komplikacija same bolesti COVID-19, riziku od razvoja neželjenih ishoda trudnoće, povećanom riziku od razvoja poremećaja mentalnog zdravlja, ali i promenama u dostupnosti zdravstvenih usluga i načinima pristupa zdravstvenoj zaštiti. Konkretno, tokom pandemije, ženama u prvom trimestru trudnoće kontrole su savetovane ređe nego u periodu pre pandemije, a broj poseta lekaru tokom trudnoće se smanjio skoro tri puta. Identifikovana je značajno veća učestalost mrtvorođenosti tokom pandemije u odnosu na prepandemijski period. Ipak, potrebno je naglasiti da nije pronađena povezanost između mrtvorođenosti i bolesti COVID-19 kod majke, što govori u prilog tome da je uticaj na trudnice i novorođenčad izraženiji zbog realokacije resursa u sistemu zdravstvene zaštite nego zbog samog oboljenja.

1

Poboljšati pristup sistemu zdravstvene zaštite. Pokazano je da je ženama u velikom broju zemalja otežan pristup sistemu zdravstvene zaštite, posebno u uslovima nedostatka finansijske autonomije. Žene se često ne upućuju na obavezne skrininge ili ne dobijaju adekvatnu terapiju, te je razvoj mehanizama za povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite ženama, pored povećanja nivoa svesti zdravstvenih radnika o značaju redovnih skrininga, kao i pravovremeno lečenje, od neizmernog značaja za očuvanje i unapređenje zdravlja žena.

2

Kreirati i sprovesti istraživanja u oblasti medicine sa podjednakim uključivanjem oba pola i ispitivanjem razlika između polova. Na ovaj način bi se obezbedio dovoljan broj dokaza o efikasnosti i bezbednosti primene lekova među ženama, za šta nam sada nedostaju adekvatni podaci iz kliničkih istraživanja.

Raditi na prevenciji nasilja nad ženama. Žene širom sveta su izložene fizičkom, seksualnom, psihološkom i ekonomskom nasilju, posebno od strane od strane partnera, riziku od

3

femicida i trgovine ljudima. Nasilje partnera je najšire zastupljen oblik nasilja, a smatra se da je njegova učestalost značajno porasla tokom perioda strogih zatvaranja tokom pandemije COVID-19.

Savetovati žene u periodu pre trudnoće, pružiti podršku trudnicama od začeća i mladim majkama nakon porođaja.

4

Olakšavanje pristupa zdravstvenoj zaštiti smanjuje smrtnost tokom trudnoće i porođaja, a tokom perioda pandemije, pristup je značajno otežan, a učestalost prenatalnih kontrola smanjena. Potrebno je organizovati sistem zdravstvene zaštite tako da se trudnicama ne uskraćuje pristup neophodnim uslugama.

Literatura:

Babović, M. (2014). *Indeks rodne ravnopravnosti u Srbiji*. Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva. https://www.rodnaravnopravnost.gov.rs/sites/default/files/2016-12/Indeks_rodne_ravnopravnosti_2016.pdf

Babović, M., & Petrović, M. (2021). *Indeks rodne ravnopravnosti u Republici Srbiji*. Tim za socijalno uključivanje i smanjenje siromaštva. https://socijalnoukljucivanje.gov.rs/wp-content/uploads/2021/10/Indeks_rodne_ravnopravnosti_u_RS_2021.pdf

Castro, P., Matos, A. P., Werner, H., Lopes, F. P., Tonni, G., & Araujo Júnior, E. (2020). Covid-19 and Pregnancy: An Overview. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, 42(7), 420–426. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1713408>

Cliffe, C., Miele, M., & Reid, S. (2019). Homicide in pregnant and postpartum women worldwide: a review of the literature. In *Journal of Public Health Policy*, 40(2). Palgrave Macmillan UK. <https://doi.org/10.1057/s41271-018-0150-z>

Hazel, K. L., & Kleyman, K. S. (2020). Gender and sex inequalities: Implications and resistance. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 48(4), 281–292. <https://doi.org/10.1080/10852352.2019.1627079>

Heise, L., Greene, M. E., Opper, N., Stavropoulou, M., Harper, C., Nascimento, M., Zewdie, D., Darmstadt, G. L., Greene, M. E., Hawkes, S., Henry, S., Heymann, J., Klugman, J., Levine, R., Raj, A., & Rao Gupta, G. (2019). Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *The Lancet*, 393(10189), 2440–2454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30652-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30652-X)

Janković, J., Simić, S., & Marinković, J. (2010). Inequalities that hurt: Demographic, socio-economic and health status inequalities in the utilization of health services in Serbia. *European Journal of Public Health*, 20(4), 389–396. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp189>

Kotlar, B., Gerson, E., Petrillo, S., Langer, A., & Tiemeier, H. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. In *Reproductive Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6>

Pajvančić, M., Petrušić, N., Nikolin, S., Vladislavljević, A., & Bačanović, V. (2021). *Gender Analysis of COVID-19 Response in the Republic of Serbia*. OSCE Mission to Serbia and Women's Platform for Development of Serbia. <https://www.osce.org/files/f/documents/9/0/459382.pdf>

Papapanou, M., Papaioannou, M., Petta, A., Routsis, E., Farmaki, M., Vlahos, N., & Siri-statidis, C. (2021). Maternal and neonatal characteristics and outcomes of covid-19 in pregnancy: An overview of systematic reviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 1–20. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020596>

Phillips, S. P., & Hamberg, K. (2016). Doubly blind: A systematic review of gender in randomised controlled trials. *Global Health Action*, 9(1). <https://doi.org/10.3402/gha.v9.29597>

Preis, H., Mahaffey, B., Heiselman, C., & Lobel, M. (2020). *Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information.* January.

Tutnjević, S., & Lakić, S. (2021). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on pregnant women in Bosnia and Herzegovina and Serbia. *PsyArXiv*, 9(9), 66–68. <https://doi.org/10.11216/kokusaijosei1988.9.66>

UN Women. (2020). COVID-19 and Ending Violence Against Women and Girls. *UN Women Headquarters*, 10. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/issue-brief-covid-19-and-ending-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=5006>

UNFPA, & UN Women Serbia. (2020). *Employed women in Serbia more likely to have lost jobs than men during the coronavirus pandemic, new study reveals.* <https://eeca.unfpa.org/en/news/employed-women-serbia-more-likely-have-lost-jobs-men-during-coronavirus-pandemic-new-study>

United Nations. (2018). Turning Promises Into Action : Gender Equality in the 2030 Agenda. In *United Nations*. <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2018/sdg-report-gender-equality-in-the-2030-agenda-for-sustainable-development-2018-en.pdf?la=en&vs=4332>

Viveiros, N., & Bonomi, A. E. (2020). Novel Coronavirus (COVID-19): Violence, Reproductive Rights and Related Health Risks for Women, Opportunities for Practice Innovation. *Journal of Family Violence*. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00169-x>

Wanqing, Z. (2020). *Domestic Violence Cases Surge During COVID-19 Epidemic.* <https://www.sixthtone.com/news/1005253/domestic-violence-cases-surge-during-covid-19-epidemic>

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2022). *European Health for all database.* <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/>



Opšti pregled

U prvim nedeljama od proglašenja pandemije COVID-19, u martu 2020. godine, nije bilo dovoljno podataka o prevalenciji ove bolesti, zbog velikog broja asimptomatskih slučajeva, ali je u javnosti preovladavao utisak da su svi ljudi podjednako u riziku, bez obzira na starost (Jones, 2020). Na početku pandemije su svi iskusili, u manjoj ili većoj meri, zbunjenost, strah i neizvesnost, kao prirodne reakcije na opasnost koja do tada nije bila poznata – od zaraze virusom SARS-CoV-2, kao i od toka i posledica bolesti COVID-19, koju ovaj virus izaziva. Dužina trajanja tih novih životnih okolnosti bila je nepoznata, a pratili su ih brojni specifični problemi, nastajali tokom procesa organizacije društvenih sistema u vreme vanrednog stanja, koje je, na neki način, zaustavilo čitavu planetu. Ipak, iako su teški slučajevi bolesti registrovani i kod vrlo mladih ljudi, pri čemu je mnogima bila potrebna intenzivna nega, a neki su i preminuli, epidemiološki podaci su nedvosmisleno ukazivali na to da će populacija starijih osoba poneti najteže breme pandemije. Shodno tome, Svetska zdravstvena organizacija je ljude starijeg životnog doba identifikovala kao posebno ugrožene bolešću COVID-19 (WHO, 2020).

Zbog većeg rizika i mogućih fatalnih posledica bolesti, sve preporuke usmeravane ka ljudima starijeg životnog doba u prvoj fazi pandemije bile su vrlo restriktivne. Strogo socijalno distanciranje i zabrana kretanja u cilju smanjenja rizika od prenošenja virusa SARS-CoV-2 predstavljali su poseban izazov za starije ljude širom sveta, kada su se iznenada, i u neizvesnom trajanju, potpuno promenile njihove uobičajene životne okolnosti i bili ugroženi svi oblici neformalne ili formalne socijalne podrške koju su do tada dobijali. Studija sprovedena na početku pandemije u Sjedinjenim Američkim Državama otkrila je da starije osobe navode upravo nedostatak društvenog kontakta kao svoj najveći izazov u vezi sa pandemijom (Heid et al., 2020).

COVID-19 u starijoj životnoj dobi

Dokazi dobijeni iz brojnih studija ukazivali su na to da je starost, sama po sebi, najznačajniji faktor rizika za težak oblik bolesti COVID-19 i lošije zdravstvene ishode. Postojeće fiziološke promene povezane sa starenjem, smanjenje imunološke funkcije i prisustvo većeg broja hroničnih stanja i bolesti u starosti čine starije osobe podložnijim tome da, na prvom mestu, budu inficirane virusom, ali i da imaju veću verovatnoću da će tok bolesti biti težak, sa ozbiljnim komplikacijama i lošijim ishodom. Osim starosti, glavni faktori rizika za teži oblik bolesti jesu i: muški pol, gojaznost, pušenje ili prisustvo različitih hroničnih bolesti, kao što su hipertenzija, dijabetes melitus tipa 2, kao i drugih težih bolesti i stanja (Chen Yet al., 2021). Stariji ljudi sa već dijagnostikovanom malignom bolešću bili su posebno vulnerabilni zbog već smanjene otpornosti usled svoje osnovne bolesti, hirurških komplikacija, imunosupresivnog učinka lečenja (učinci hemioterapije, kortikosteroida ili radioterapije), lošeg opšteg stanja, ili ispoljene neuhranjenosti. Ovi stariji ljudi su imali povećani rizik od infekcije virusom SARS-CoV-2, ozbiljnije kliničke slike, češće su lečeni u jedinicama intenzivne nege i kod njih se bolest češće završavala smrtnim ishodom (Battisti et al., 2020).

Prvi publikovani nalazi iz Kine, na osnovu analize podataka o više od 72.000 slučajeva obolelih od ove bolesti, ukazali su na jasne razlike u stopama letaliteta u odnosu na starost: letalitet u opštoj populaciji bio je 2,3%, sa porastom do 8% kod ljudi starosti od 70 do 79 godina i skoro 15% kod onih preko 80 godina života (Wu Z et al., 2020). Gledajući region Evrope, preko 95% smrtnih slučajeva od COVID-19 odnosilo se na ljude starije od 60 godina, od čega je više od polovine bilo među ljudima preko 80 godina starosti (WHO, 2020a). Posebno je bio zabrinjavajući podatak da se gotovo polovina svih smrtnih slučajeva od COVID-19 u Evropi dogodila u ustanovama

socijalne zaštite za zbrinjavanje starijih osoba (WHO, 2020).

Iako su sva društva imala cilj da javnozdravstvenim merama zaštite svoje populacije od COVID-19, izveštaj Ujedinjenih nacija iz 2020. godine ukazivao je na velike razlike u njihovom odgovoru: neke zemlje su uspešno suzbijale virus u ranoj fazi (na primer Kambodža, Kina, Tajland ili Vijetnam), druge zemlje su smanjivale veliku početnu epidemiju, ali je stanovništvo i dalje bilo izloženo riziku od rasta broja obolelih (na primer Francuska, Španija i Turska), dok su pojedine zemlje, od početka, imale vrlo nepovoljne i rastuće stope infekcije (kao na primer Brazil, Indija i Sjedinjene Američke Države) (UN, 2020). Osim pomenutih razlika, ovaj izveštaj je ukazao na velike varijacije među zemljama u stopama mortaliteta od COVID-19 u populaciji starijih ljudi. U zemljama koje su dozvolile produžene periode nekontrolisanog prenosa virusa i koje su kasnile sa uvođenjem mera za kontrolu epidemije u populaciji, stope smrtnosti od COVID-19 kod ljudi u starijem životnom dobu bile su najveće, a to je bio početni scenario i u pojedinim evropskim zemljama, kao i u Sjedinjenim Američkim Državama. Sve zemlje koje su relativno rano uvele efikasne mere suzbijanja ili ublažavanja širenja bolesti uspele su da smanje stope prenosa u populaciji u celini i time ograniče broj smrtnih slučajeva od COVID-19 i među starijim osobama.

Rizik od socijalne izolacije i zdravlje starijih ljudi u vreme COVID-19

Starije osobe su pod povećanim rizikom da budu socijalno izolovane u odnosu na ostatak populacije i u uobičajenim uslovima. Starost prate brojne okolnosti koje uvećavaju rizik od socijalne izolacije, a one uključuju opadanje ekonomskih i socijalnih resursa usled završetka profesionalnih aktivnosti, smanjenje socijalnih interakcija, funkcionalna ograničenja, smanjenje mobilnosti, ali i promene u strukturi i funkcionisanju porodice, kao što su nestajanje višegenera-

cijskih porodica, smrt supružnika i drugih bliskih osoba.

Više prospektivnih studija je ukazalo na to da se socijalna izolacija, procenjena nekim od objektivnih pokazatelja (smanjenje socijalne mreže, smanjenje svih društvenih interakcija, samački život ili kombinacija nekih od navedenih faktora), povezuje sa višestrukim negativnim efektima po zdravlje i kvalitet života starijih osoba – lošijim opštim zdravljem, češćom pojavom depresije, povećanim rizikom od kognitivnog pada i demencije, kao i sa povećanim rizikom od smrtnog ishoda (Courtin, E., & Knapp, M., 2015). Nasuprot tome, povezanost objektivne socijalne izolacije sa osećanjem usamljenosti (emocionalna izolacija) nije toliko jasna. Usamljenost se zapravo odnosi na način na koji starija osoba percipira socijalnu izolaciju i oseća nepovezanost sa drugima, i oslikava više nezadovoljstvo društvenim interakcijama, a ne nužno i njihovo odsustvo (Wilson et al., 2007). Nalazi Holt-Lunstada i saradnika izazvali su veliku pažnju pre više od deset godina, kada su pokazali da su rizici po zdravlje povezani sa dugotrajnom socijalnom izolacijom ekvivalentni štetnim efektima pušenja i gojaznosti (Holt-Lunstad et al., 2010).

Postoje brojni radovi u kojima se govori o posledicama socijalne izolacije na zdravlje i kvalitet života ljudi tokom epidemije SARS-a (*Severe Acute Respiratory Syndrome*). Rezultati tih istraživanja davali su osnove za pretpostavke da se i tokom pandemije COVID-19 mogu očekivati slični nalazi. U vreme epidemije SARS-a, period socijalne izolacije ljudi dovodio je do povećanja rizika od emocionalnih problema, stresa, lošeg raspoloženja, razdražljivosti i nesаницe (DiGiovanni et al., 2004; Lee et al., 2005), a registrovana je i veća učestalost depresije i dugotrajnih psihijatrijskih poremećaja kod odraslih osoba koje su preživele bolest (Mak et al., 2009). Rad autorâ iz Hongkonga ukazao je na još jednu tešku posledicu iz vremena SARS-a, u odnosu na populaciju starijih osoba – na povećanje stope samoubistava u određenom, posebno vulnerabilnom segmentu te populacije (Yip et al., 2010).

Starije osobe koje su funkcionalno i zdravstveno očuvane, svojim

učešćem u društvenom životu šire zajednice mogu ostvariti mnoge koristi za svoje zdravlje i kvalitet života. Socijalna participacija je važna komponenta koncepcije uspešnog ili aktivnog starenja, i čini je svako aktivno učešće u životu zajednice u kojoj se živi, kao na primer, putem aktivnosti u edukativnim, verskim, sportskim, kulturnim, rekreativnim, političkim ili volonterskim društvenim organizacijama (Sirven et al., 2008). Veliki broj studija iz različitih zemalja, već decenijama, pokazuju da je to faktor koji ima protektivni efekat na zdravlje starijih osoba i da im unapređuje kvalitet života. Starije osobe koje se uključuju u društvene aktivnosti imaju viši nivo fizičkih aktivnosti, funkcionalne sposobnosti i očuvanije kognitivne sposobnosti. Osim toga, imaju bolju dinamičku ravnotežu i mišićnu snagu, zdravu funkciju pluća i manje invalidnosti i hroničnih upala nego oni bez društvenog učešća (Sepúlveda-Loyola, 2020).

Znajući za koristi povezanosti sa zajednicom u starijem životnom dobu, neizbežno se pitamo hoće li se, i na koji način, ispoljiti efekti uskraćivanja socijalne participacije tokom perioda pandemije COVID-19, u odnosu na mentalno i fizičko zdravlje u ovoj populacionoj grupi. U tom smislu, dobro je pogledati nalaze narativnog pregleda u kome su sagledani rezultati svih do tada publikovanih studija koje su tragale za odgovorom na to istraživačko pitanje, i koji je obuhvatio ispitanike starijeg životnog doba iz Evrope, Azije i Amerike (Sepúlveda-Loyola et al., 2020). Prevalencija anksioznosti povezane sa smanjenom socijalnom participacijom tokom ove pandemije, u pojedinačnim studijama se kretala od 8,3% do gotovo 50%, depresije – od 14,4% do 47,2%, a poremećaj spavanja se registrovao kod 18,2% do 36,4% ispitanika. Rizik od ovih negativnih efekata izolacije bio je veći kod starijih žena, kod osoba sa negativnom percepcijom starenja, kod osoba koje su više vremena bile izložene vestima o COVID-19 i čiji su bližnji bili zaraženi i bolesni, kao i kod starijih osoba sa već prisutnim dugogodišnjim zdravstvenim problemima. Osim toga, ovaj narativni pregled je ukazao na to da socijalno distanciranje zbog

pandemije COVID-19 može biti povezano i sa negativnim posledicama ne samo na mentalno već i na fizičko zdravlje starijih osoba, pre svega usled značajnog smanjenja nivoa fizičke aktivnosti. Egaljić Mihajlović i saradnici su publikovali nalaze iz Srbije i dokumentovali negativan uticaj smanjene društvene participacije i mera fizičkog distanciranja na mentalno blagostanje starijih osoba, bez obzira na to da li osoba živi u urbanim ili ruralnim sredinama i da li boravi u staračkom domu ili u svojoj kući. Ipak, starije osobe koje žive u staračkim domovima imale su viši nivo depresije od onih koji su period socijalne izolacije proveli u svojim domovima (Egaljić Mihajlović et al., 2021).

Mere fizičkog distanciranja od drugih ljudi su na različit način pogađale starije ljude koji su živeli potpuno sami, bili smešteni u ustanove za dugotrajnu negu ili socijalnu zaštitu, u odnosu na iskustva starijih ljudi koji su živeli sa nekim u domaćinstvu, pa i u višegeneracijskim porodicama. Nalazi iz istraživanja su očekivani i ukazuju na to da su ove mere posebno pogađale starije osobe zavisne od negovatelja, kojima je neophodna pomoć u svakodnevnim aktivnostima zbog bolesti, invaliditeta ili kognitivnog pada, a posebno ukoliko su u toku pandemije boravile u ustanovama za dugotrajnu negu ili u ustanovama socijalne zaštite (Gorenko et al., 2021). U smernicama Svetske zdravstvene organizacije za sprečavanje i upravljanje pandemijom u ustanovama socijalne zaštite (WHO, 2020c), navodi se da bi insistiranje na zabrani poseta moglo negativno uticati na korisnike domova, na njihova ljudskih prava i dostojanstvo. Donosiocima odluka je sugerisano da razmotre sve načine, kako bi obezbedili najveći nivo bezbednosti poseta, ali da ih nije neophodno sprečavati. Osim toga, iz SZO su stizala upozorenja da će mere koje dovode do smanjenja broja osoblja zbog bolesti i obustave porodičnih poseta povećati socijalnu izolaciju starijih ljudi i rizik od nasilja. Procenjuje se da je od početka pandemije zlostavljanje nad starijim licima u ustanovama socijalne zaštite poraslo čak desetostruko (WHO, 2020c).

Podrška starijim ljudima, njihovim porodicama i negovateljima

predstavljala je važan deo sveobuhvatnog odgovora zemalja na pandemiju. Autori jedne studije iz Engleske su vrlo ilustrativno naveli da je fizičko „zaključavanje“ starijih ljudi dovelo do „otključavanja“ socijalnog kapitala čitave zajednice (Brown & Reid, 2021), u kome se ogledala snaga porodice, prijateljstva, komšijskih veza, postojanje grupa podrške i volontera, kao i organizovanih institucionalnih mehanizama pomoći. Tokom vremena naglašenog socijalnog distanciranja, izolacije i karantina, starijim ljudima je bilo neophodno obezbediti sve što im omogućava da dostojanstveno i bezbedno žive, da sačuvaju samostalnost u obavljanju svakodnevnih životnih aktivnosti, funkcionalni kapacitet, kvalitet života i zdravlje. U tom smislu, trebalo im je omogućiti negu, lekove, adekvatno snabdevanje hranom, sredstvima za održavanje lične higijene i higijene prostora u kome žive, novcem i drugim osnovnim potrebama za život. Osim pomentog, starijim ljudima je trebalo pružiti prilagođene i tačne informacije o tome kako da ostanu fizički i mentalno zdravi tokom pandemije, kako da smanje svoj rizik od socijalne izolacije i šta da rade ako se razbole. Pandemiju COVID-19 pratila je i poplava informacija vezanih za uzroke bolesti, načine prenosa, simptome, posledice, lekove ili vakcine, putem svih medija i društvenih mreža. Deo informacija je svakodnevno stizao od zvaničnih institucija ili autoriteta u oblasti javnog zdravlja, ali su se u isto vreme širile i druge informacije, nedovoljno proverene, čije prave izvore nije bilo moguće ustanoviti. U kvalitativnom istraživanju među starijim stanovnicima Engleske, izdvojio se stav da je društvo moglo više da učini za poboljšanje kvaliteta njihovog života tokom pandemije, da ih je zaštitilo od „previše informacija“ (Brown & Reid, 2021).

Ipak, u zadovoljavanju svih navedenih potreba starijih ljudi nije se smelo zaboraviti da je za ove ljude potreba za socijalizacijom i komuniciranjem podjednako važna. Do sada je publikovano više nalaza o delotvornosti različitih strategija u cilju pomoći starijim ljudima da prevaziđu izazove i teskobu socijalne izolacije, posebno tokom po-

četnog perioda pandemije, koji je karakterisalo potpuno zatvaranje društva. Od samog početka pandemije, savremene komunikacione tehnologije bile su ključne za prevazilaženje brojnih prepreka u organizaciji svakodnevnog života, emocionalnoj podršci, ali i u primanju i razmenjivanju informacija. Pandemija COVID-19 samo je još više naglasila činjenicu, prisutnu svugde u svetu, da stariji ljudi imaju ograničeniji pristup informaciono-komunikacionim tehnologijama, kao i da imaju niži nivo digitalne pismenosti, u odnosu na mlađu populaciju (Martínez-Alcalá et al., 2021). Starije osobe se suočavaju sa više prepreka u pristupu novim tehnologijama (finansijske prepreke, nedostatak veština, ograničenje ili invaliditet i drugo), a istraživanja sugerišu i da mnogi jednostavno ne shvataju relevantnost ovih tehnologija i činjenicu da su one postale vrsta javnog prostora koji im nudi ogromne potencijalne koristi (olakšano korišćenje usluga iz oblasti zdravstvene i socijalne zaštite, obrazovanja, finansija i druge) (Todorović et al., 2019). Osim toga, i zdravstveni radnici, pružaoci socijalnih usluga, članovi porodice i članovi zajednice koji brinu o starijim osobama takođe moraju biti podržani resursima koji su im potrebni da komuniciraju sa starijim osobama bez ličnog kontakta. Ipak, nalazi skorašnje studije autora iz SAD rađene u populaciji starijih ljudi koji su tokom pandemije COVID-19 živeli u samačkim domaćinstvima ukazuje na činjenicu da tehnološki posredovana komunikacija ne može da zameni lično prisustvo bliskih ljudi, i da samo takav kontakt pruža toliko potrebnu bezrezervnu socijalnu i emocionalnu podršku (Fingerman et al., 2021).

Mere usmerene na prevenciju socijalne izolacije starijih osoba

Udeo starijih osoba u populaciji stanovnika Srbije je vrlo visok i, na osnovu poslednjih dostupnih procena stanovništva prema starosti, iznosi 21,1% (RZS, 2021). Iako je životna situacija starijih ljudi u Srbiji veoma različita i zavisi od brojnih faktora, u uslovima vanred-

nog stanja i brzine kojom su mere donošene, nije primenjen osetljiv pristup u procenjivanju potreba za specifičnim merama, već su one bile opšteg karaktera, jedino se razlikujući po tome da li su se odnosile na starije osobe koje žive u svojim domovima (sa porodicom ili same) ili se nalaze u ustanovama za kolektivni smeštaj (Pajvančić et al., 2020). Vlada Srbije je 18. 3. 2020. godine uvela dvadesetčetvoročasovnu zabranu kretanja u gradovima za sve ljude starije od 65 godina. U sredinama gde ima manje od 5.000 stanovnika, ta uredba se odnosila na ljude koji su stariji od 70 godina. Ova razlika je napravljena nakon procene da je žarište virusa u urbanim sredinama.

Od uvođenja vanrednog stanja, u jedinicama lokalne samouprave organizovala se pomoć starijim sugrađanima, koju je pružala mreža volontera, a organizovane su i linije za pomoć starijima. Mere su tokom vremena slabile, ali su ukupno trajale dva meseca, do 7. 5. 2020, kada su stariji ljudi obuhvaćeni istim merama kao i svi drugi građani. U izveštaju publikovanom 2020, dat je pregled svih javnih politika koje su imale uticaje na populaciju starijih ljudi u Srbiji, sa nizom preporuka za kreatora javnih politika i civilno društvo, a koje bi trebalo da doprinesu smanjenju ranjivosti i rizika za starije osobe u budućim epidemijama, vanrednim situacijama i krizama (Todorović, 2020).

Pajvančić i saradnici ukazuju na to da je u merama namenjenim starima bilo nedostataka, što je moglo uvećavati njihovu percepciju socijalne izolacije. Autori ovog izveštaja tvrde da je informisanje o merama koje su usvajali organi lokalne vlasti bilo neujednačeno, posebno u manjim jedinicama lokalne samouprave i za starije osobe u selima; da je model informisanja starijih osoba putem sajtova javnih ustanova neadekvatan, budući da je starijim osobama internet često nedostupan, ili nemaju računar, ne umeju da ga koriste i iz sličnih razloga; da su javna obraćanja zvaničnika putem medija, korišćenjem neprimerene retorike, u više navrata povređivala ustavna prava starijih ljudi kao što su pravo na dostojanstvo ličnosti i pravo psihičkog integriteta. Osim toga, linije za pomoć starijim sugrađanima u nekim

opštinama nisu bile dostupne u vreme opšte zabrane kretanja, što je izazivalo velike probleme, naročito onda kada je zabrana kretanja trajala tokom vikenda, a i radnim danima su telefoni većine lokalnih službi uglavnom bili dostupni samo u prepodnevnom časovima. Iako je nakon donošenja Naredbe o ograničenju i zabrani kretanja lica na teritoriji Republike Srbije, 18. 3. 2020. godine, predviđena mogućnost da MUP izda posebnu dozvolu za kretanje neformalnim negovateljima starijih osoba, ova procedura je bila komplikovana i neefikasna, pa mnogi i nisu bili u mogućnosti da organizuju kontinuiranu pomoć i podršku starijim licima o kojima brinu (Pajvančić et al., 2020). Ograničenje slobode kretanja tokom vanrednog stanja i mera na osnovu koje su osobe starije od 65 godina mogle jednom nedeljno, od 3 do 7 ujutro, da odlaze u kupovinu predstavljaju ilustrativan primer ograničenja osnovnih ljudskih prava starijih ljudi. Osim toga, Pajvančić i saradnici (naglašavaju činjenicu da je u procesu kreiranja mera zaštite i podrške stanovništvu izostao proces konsultacija sa organizacijama civilnog društva, pa i onima koje se bave unapređenjem položaja starih osoba (Pajvančić et al., 2020).

Pandemija COVID-19 je u fokus pažnje javnosti iznela nedostatke sistema socijalne zaštite starijih ljudi u Srbiji i raskorak između potreba i mogućnosti, kao i nedovoljnu razvijenost socijalnih usluga, posebno u ruralnim i siromašnijim opštinama. Starijim osobama koje su se na početku pandemije našle u državnim ili privatnim domovima za stare, najpre su strogo bile zabranjene posete, a nakon nekoliko meseci, Krizni štab je ponovo dozvolio porodicama korisnika da ih vide, ali pod strožim procedurama. Srodnici starije osobe morali su da se najave rukovodiocima ustanova i da zajedno dogovore termin posete, u zavisnosti od slobodnih termina. Posete su tada mogle da traju najduže 15 minuta, na otvorenom, uz strogo poštovanje svih mera zaštite, ali se i sa tom praksom prekinulo kako su se vremenske prilike pogoršavale. Zabrana poseta lišila je korisnike domova velikog dela neformalne nege koju uobičajeno pružaju porodica i druge

bliske osobe, kao i najvažnijih socijalnih interakcija. Postala je vidljivija neujednačenost uslova u domovima za stare, i još veća odgovornost stručnih radnika u celom sistemu, kojih je nedovoljno, rade pod prevelikim opterećenjem i u povećanom su riziku da će doživeti sagorevanje na poslu (Kalašić Milićević, 2020). U takvom kontekstu, korisnici domova za stare postajali su najranjiviji deo populacije starijih osoba u Srbiji, koji je i inače bio u najvećem riziku od socijalne izolacije.

Treba ukazati na činjenicu da je tokom vanrednog stanja u Srbiji bilo dirljivih primera brižnih komšijskih odnosa prema starijim sugrađanima, humanosti i međugeneracijske solidarnosti, a da je civilni sektor dao veliki doprinos u pomoći i podršci starijim osobama (Pajvančić et al., 2020). Kao primer takvih aktivnosti, neizostavno pominjemo Crveni krst Srbije, koji je tokom prvog talasa pandemije i mera u odgovoru na nju delio pakete hrane i higijenskih artikala osobama starijim od 65 godina, a uz tu pomoć i liflete koji su se ticali socijalne uključenosti starijih i preporuka za ponašanje u skladu sa epidemiološkim merama. Podela paketa i lifleta podrazumevala je i davanje direktne volonterske psihološke prve pomoći i psihosocijalne podrške. Pored ovih aktivnosti, u sedištu Crvenog krsta Srbije, kao i u opštinskim organizacijama, otvorene su telefonske linije za pružanje esencijalnih informacija i psihosocijalne podrške na daljinu. Ove usluge su pružali obučeni volonteri i bile su namenjene opštoj populaciji, ali je većina korisnika spadala u stariju generaciju. Grupe samopomoći za starije utemeljene pre pandemije, kada su predstavljale najuspešniji model socijalne uključenosti starijih u društvo, tokom ovog perioda su se transformisale i svoje aktivnosti nastavile i dalje razvijale putem telefona i digitalnih aplikacija za komuniciranje. U okviru ovih grupa, stariji volonteri Crvenog krsta Srbije, kojima je kretanje bilo ograničeno u ovom periodu, volontirali su na daljinu i pružali informacije i podršku svojim vršnjacima.

U periodu pandemije, kao i svuda u svetu, i u Srbiji se video značaj korišćenja različitih komunikacijskih tehnologija u mnogim

domenima života, ali, kao što je već rečeno, za naše starije ljude bilo je mnogo ograničenja. Dok je za populaciju mlađih i radno aktivnih ljudi održavanje kontakata na daljinu postalo uobičajeni način komuniciranja i obavljanja brojnih aktivnosti (druženje, obrazovanje, rad na daljinu, konferencije, kulturne manifestacije i drugo), ove tehnologije nisu bile podjednako dostupne i bliske starijim osobama. U poređenju sa mlađim generacijama, domaćinstva starijih ljudi imaju manje finansijskih mogućnosti i značajno su ređe opremljena kompjuterom, internetom, kao i „pametnim“ mobilnim telefonima, sa svim alatka koje su na raspolaganju. Polazne osnove za ovakve tvrdnje dobili smo 2019. godine, kada su publikovani nalazi da čak 43% ispitanika starijeg životnog doba u Srbiji ne koriste internet, pa samim tim, ta činjenica postaje još jedan osnov za produblјivanje nejednakosti u društvu i razvoj „digitalne isključenosti“ i socijalne izolacije (Todorović et al., 2019).

U Srbiji postoji usluga teleasistencije za starije ljude, na komercijalnoj osnovi, ali se vrlo slabo koristi i još uvek u propisima nije prepoznata kao mera socijalne zaštite. Teleasistencija podrazumeva pružanje podrške na daljinu, 24 časa 365 dana u godini, starijim, kao i bolesnim i nemoćnim osobama koje žive same, bez porodičnog staranja, i može biti značajan resurs u prevenciji socijalne izolacije najranjivijeg dela populacije starijih osoba. Da bi pružanje pomoći bilo adekvatno, angažovano je posebno edukovano medicinsko osoblje na poziciji operatera (osoblje srednje, više i visoke stručne spreme), a kompanija koja pruža ovu uslugu ima čitav niz zdravstvenih i socijalnih podataka o svakom korisniku, kao i navedene kontakte koje treba alarmirati u kriznim situacijama. Korisnik preko uređaja malih dimenzija, koji stalno nosi sa sobom, pritiskom na dugme ostvaruje dvosmernu glasovnu komunikaciju sa sagovornikom, koji je uvek dostupan i spreman da po potrebi pozove lekara, da smiri stariju osobu i pruži joj ohrabrenje, tačnu informaciju, savet i da pomogne na razne druge načine. Nije poznato u kojoj meri su stariji ljudi u Sr-

biji upoznati sa ovom uslugom, ali je i njena trenutna cena za većinu starijih ljudi finansijski nedostupna (3.000 dinara za mesec dana). Pojedine opštine (poput Rakovice, Čukarice, Obrenovca ili Srbobrana), učestvuju u finansiranju usluge teleasistencije za svoje najugroženije stanovnike. Publikovano istraživanje o korišćenju ove usluge u Srbiji tokom pandemije pokazuje da je bio povećan broj poziva korisnika operativnom centru i da su se stariji ljudi najčešće javljali upravo zbog potreba za dobijanjem psihološke podrške, kako bi bolje prebrodili osećaj usamljenosti i socijalne izolacije (Manić, 2021).

Stavovi starijih osoba u Srbiji prema riziku od socijalne izolacije

U Srbiji je do sada sprovedeno nekoliko studija na osnovu kojih možemo da sagledamo iskustva starijih ljudi, koji su period vanrednog stanja i zabrane kretanja tokom pandemije COVID-19 proveli u svojim kućama. Kvalitativno istraživanje grupe autora sa Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu osvetljava iskustva ljudi i kvalitet života na samom početku pandemije, na osnovu koga se mogao sagledati i položaj starijih ljudi (Džamonja Ignjatović et al., 2021). Nalazi su jasno ukazali na to da su osobe starije od 65 godina bile u posebno teškoj situaciji i da je ograničenje kretanja i socijalnih interakcija imalo dalekosežan negativni uticaj na njihovo zdravlje i fizičku kondiciju. Stariji koji su ovladali korišćenjem interneta imali su više mogućnosti za održavanje socijalnih kontakata. Restriktivne mere su za starije ljude predstavljale poseban izvor frustracije i većina ispitanika ih je doživljavala kao opresivne i neosnovane. Osim toga, nemogućnost napuštanja kuće povećavala je napetost, dok je za njih posebno iritantan bio paternalizujući odnos prema starijima, koji su percipirali i kao odnos nepoštovanja i poniženja. Komunikacija sa bliskim osobama i njihova podrška bili su ključni mehanizmi prevazilaženja teških trenutaka izolacije i umanjenje doživljaja izolovanosti, što je uključivalo razmenu iskustava i raspoloživih informacija putem

telefona ili društvenih mreža, kao alternative za kontakte uživo (Džamonja Ignjatović et al., 2021). Grupa autora sa Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu i Instituta za javno zdravlje Republike Srbije takođe je sprovedla kvalitativnu studiju čiji je cilj bio da se ispitaju iskustva i percepcije policijskog časa kod starijih ljudi u Srbiji, 15 meseci nakon prestanka ove mere (Gazibara et al., 2021). Većina ispitanika je nedostatak društvenih interakcija i fizičke aktivnosti okarakterisala kao najteži izazov u tom periodu, ali je opravdavala uvođenje policijskog časa kao važnu preventivnu meru u populaciji za koju je stopa mortaliteta od COVID-19 bila najveća. Iako je i u ovoj studiji bilo ispitanika koji su navodili da se sećaju da su bili izuzetno frustrirani zbog ograničenja i smatrali ih nepotrebnim, policijski čas je za starije ljude koji su učestvovali u ovom istraživanju ipak bio odgovarajuća preventivna mera u toku prve faze pandemije COVID-19.

Najsveobuhvatniji pregled uticaja COVID-19 na život starijih osoba u Srbiji – na zdravlje, ljudska prava, blagostanje i vulnerabilnost – možemo sagledati na osnovu nalaza istraživanja u kome su učestvovali starije osobe, eksperti, pružaoci usluga, predstavnici nezavisnih regulatornih tela i donosilaca odluka (Todorović, 2020). U izveštaju ovog istraživanja, navode se podgrupe starijih ljudi u Srbiji koje su bile posebno vulnerabilne tokom perioda socijalne izolacije u vreme pandemije COVID-19: osobe koje žive u samačkim domaćinstvima bez podrške članova porodice, žrtve nasilja nad starima, starije osobe u seoskim sredinama, starije osobe zavisne od tuđe nege i pomoći, starije osobe u ustanovama za smeštaj, starije osobe bez prihoda ili sa niskim penzijama, starije osobe sa hroničnim zdravstvenim problemima i kognitivnim oštećenjima, starije osobe beskućnici, starije osobe koje su ranije primale usluge socijalne zaštite, ali ih sada ne primaju, kao i starije osobe romske nacionalnosti. Mišljenja o izazovima mera izolacije starijih građana bila su podeljena – od stava da je ograničenje kretanja starijih osoba pozitivna mera, kao mera zaštite od infekcije i bolesti, do percepcije da je ta mera negativno uticala na

njihove fizičke aktivnosti, fizičko i mentalno zdravlje (Todorović, 2021).

Pandemija COVID-19 predstavlja kolektivno traumatično iskustvo, sa složenim društvenim, medicinskim, etičkim, ekonomskim, političkim i drugim implikacijama. Nakon svih takvih događaja, rade se analize i procene, pišu se izveštaji i publikuju radovi, a krajnji cilj treba da bude još bolje predviđanje, planiranje i postupanje u slučaju neke sledeće vanredne situacije, posebno s obzirom na zaštitu najranjivijih segmenata populacije, a među njima su uvek ljudi starije životne dobi.

Zaključak i preporuke

Pandemija COVID-19 je razotkrila mogućnosti našeg kolektivnog odgovora na javnozdravstvenu krizu velikih razmera i načine na koji porodice, zajednice, institucije i politike prepoznaju sveobuhvatne potrebe starih i brinu o njima. Vanredno stanje u društvu dovelo je i do radikalne promene u načinu života starijih ljudi, a ograničenje kretanja i smanjenje svih društvenih interakcija predstavljalo je njihov najveći izazov. Pandemija COVID-19 je imala veliki uticaj na mentalno zdravlje i socijalno blagostanje svih starijih osoba, ali su pojedini segmenti ovog dela populacije bili vulnerabilniji. Mere fizičkog distanciranja su posebno pogađale starije osobe koje su živele same, one kojima je neophodna pomoć u svakodnevnim aktivnostima, zbog hronične bolesti ili kognitivnog pada, kao i one koje su u toku pandemije boravile u ustanovama socijalne zaštite. Publikovani radovi ukazuju da je rizik od negativnih efekata socijalne izolacije bio veći kod starijih žena, kod osoba sa negativnom percepcijom starenja, kod osoba koje su više vremena bile izložene vestima o COVID-19 i čiji su bližnji bili zaraženi i bolesni, kao i kod starijih osoba sa već prisutnim dugogodišnjim zdravstvenim problemima.

Problem socijalne izolacije starijih ljudi u Srbiji tokom pandemije i posledice po njihovo zdravlje jesu aktuelno istraživačko pitanje, pa u ovom trenutku imamo publikovane izveštaje i radove iz kojih mo-

žemo dobiti dosta podataka na ovu temu, a sa sigurnošću možemo pretpostaviti da će u bliskoj budućnosti biti još više nalaza. Iako su stavovi starijih ispitanika u Srbiji prema opravdanosti mera tokom vanrednog stanja bili podeljeni, nedostatak društvenog kontakta svima je bio veliki izazov, sa ozbiljnim poteškoćama u prevazilaženju posledica po njihovo zdravlje i kvalitet života.

1

Usmeravanje pažnje na zaštitu starijih osoba od socijalne izolacije, kršenja njihovih ljudskih prava, diskriminacije i nasilja tokom trajanja javnozdravstvenih kriza. Donošenje politika i preporuka treba da bude zasnovano na najboljim raspoloživim dokazima o efektima određenih protektivnih mera na kvalitet života i zdravlje ove populacione grupe, i u saradnji sa relevantnim organizacijama civilnog društva.

2

Evaluiranje efekata sprovedenih mera zaštite starijih osoba tokom pandemije COVID-19. Ovi nalazi i iskustva bili bi od koristi donosiocima odluka u budućim epidemijama, vanrednim situacijama ili krizama.

3

Unapređivanje položaja i pomoći neformalnim negovateljima. Neformalno negovateljstvo ima nemerljiv društveni značaj i procenjuje se da je ova „radna snaga“ najmanje dva puta brojnija od profesionalaca angažovanih u dugotrajnoj nezi. Tokom pandemije, neformalni negovatelji pružili su najvažniju podršku zdravstvenom sistemu, izneli najveći deo kućne nege starijih lica i prevenirali njihovu socijalnu izolaciju.

4

Unapređivanje digitalne pismenost starijih ljudi. Stariji ljudi bi u većoj meri mogli da koriste mogućnosti informaciono-komunikacionih tehnologija (IKT) tokom javnozdravstvenih kriza. Zajednica treba da stvori mogućnosti i ponudi obuke prilagođene različitim nivoima iskustva starijih osoba sa IKT, kao i na osnovu njihovih drugih mogućnosti (zdravstvenih i kognitivnih), kako bi i stariji ljudi imali pravovremeni pristup, veštine i tehničku pomoć da se snađu u korišćenju ovih resursa.

5

Prilagođavanje sadržaja informacija i vidova informisanja potrebama starijih ljudi. Na taj način bi stariji ljudi primali blagovremene, tačne i jasne informacije o svim značajnim pitanjima tokom trajanja epidemije i bili zaštićeni od lažnih ili neproverenih informacija.

6

Unapređivanje postojećih resursa i razmatranje mogućnosti inovativnih pristupa podrške starijim ljudima. Linije za pomoć starijim licima pri jedinicama lokalnih samouprava jesu izuzetno značajni postojeći resursi, koje je potrebno učiniti još pristupačnijima. Inovativni pristup, kao što je teleasistencija, od posebnog je značaja za ljude koji žive sami, i treba razmatrati mogućnosti takvog vida podrške.

7

Oснаživanje i promovisanje volonterizma, grupa za samopomoć, kao i svih drugih formalnih i neformalnih oblika pomoći starijim ljudima u zajednici. Sve navedeno bilo je vrlo delotvorno u zaštiti starijih ljudi od socijalne izolacije tokom trajanja pandemije COVID-19.

8

Promovisanje primera komšijske i međugeneracijske solidarnosti i humanosti. Ovakvi primeri čine mrežu podrške starijim ljudima i treba ih učiniti vidljivijima, kako bi se zajednica osnaživala i uvećavala svest o značaju socijalnog kapitala.

Literatura

Battisti, N., Mislang, A. R., Cooper, L., O'Donovan, A., Audisio, R. A., Cheung, K. L., et al. (2020). Adapting care for older cancer patients during the COVID-19 pandemic: Recommendations from the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) COVID-19 Working Group. *Journal of geriatric oncology*, 11(8), 1190–1198. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2020.07.008>

Brown, H., & Reid, K. (2021). Navigating Infodemics, Unlocking Social Capital and Maintaining Food Security during the COVID-19 First Wave in the UK: Older Adults' Experiences. *International journal of environmental research and public health*, 18(14), 7220. <https://doi.org/10.3390/ijerph18147220>

Chen, Y., Klein, S.L., Garibaldi, B.T., Li, H., Wu, C., Osevala, N.M., Li, T., Margolick, J.B., Pawelec, G., Leng, S.X. (2021). Aging in COVID-19: Vulnerability, immunity and intervention. *Ageing Research Reviews*, 65, 101205. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101205>

Courtin, E., & Knapp, M. (2015). Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>

DiGiovanni, C., Conley, J., Chiu, D., & Zaborski, J. (2004). Factors influencing compliance with quarantine in Toronto during the 2003 SARS outbreak. *Biosecure Bioterror*, 2(4), 265–272. doi:10.1089/bsp.2004.2.265 33.

Džamonja Ignjatović, T., Stanković, B., Ignjatović, N., Vuletić, T., & Nikitović, T. (2021). Iskustva i kvalitet života na početku pandemije Kovida 19 u Srbiji: kvalitativna studija. U Džamonja Ignjatović, T., (Ur). *Odgovor psihologije kao nauke i struke na izazove krize izazvane pandemijom kovida: zbornik radova* (str. 11–28). Filozofski fakultet Univerzitetu u Beogradu.

Egeljić-Mihailović, N., Brkić-Jovanović, N., Krstić, T., Simin, D., Milutinović, D. (2022). Social participation and depressive symptoms among older adults during the Covid-19 pandemic in Serbia: A cross-sectional study. *Geriatric Nursing*, 44, 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.12.014>

Fingerman, K. L., Ng, Y. T., Zhang, S., Britt, K., Colera, G., Birditt, K. S., & Charles, S. T. (2021). Living Alone During COVID-19: Social Contact and Emotional Well-being Among Older Adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 76(3), e116–e121. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa200>

Gazibara, T., Maksimovic, N., Dotlic, J., Jeremic Stojkovic, V., Cvjetkovic, S., & Milic, M. (2021). Experiences and aftermath of the COVID-19 lockdown among community-dwelling older people in Serbia: A qualitative study. *Journal of evaluation in clinical practice*, 1–10. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/jep.13641>

Gorenko, J.A., Moran, C., Flynn, M., Dobson, K., & Konnert, C. (2021). Social Isolation and Psychological Distress Among Older Adults Related to COVID-19: A Narrative Review of Remotely-Delivered Interventions and Recommendations. *Journal of Applied Gerontology*, 40(1), 3–13. doi: 10.1177/0733464820958550

Haider, I. I., Tiwana, F., & Tahir, S. M. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on adult mental health. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(COVID19-S4). <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2756>

Heid, A. R., Cartwright, F., Wilson-Genderson, M., & Pruchno, R. (2020). Challenges experienced by older people during the initial months of the COVID-19 pandemic. *The Gerontologist*. doi:10.1093/geront/gnaa138

Jeffrey E. Stokes & Sarah E. Patterson (2020) Intergenerational Relationships, Family Caregiving Policy, and COVID-19 in the United States, *Journal of Aging & Social Policy*, 32(4–5), 416–424, doi: 10.1080/08959420.2020.1770031

Jones, D.S. (2020). History in a Crisis – Lessons for Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 1–2. doi:10.1056/NEJMp2004361.

Kalašić Miličević, A., Terzin, Đ., & Gavrilović, A. (2020). Zdravstveno-socijalni problemi starih u uslovima pandemije u Srbiji. U: Marinković, I., Galjak, M. (Ur.). *COVID-19: Socio-demografski procesi, izazovi i posledice pandemije. Knjiga sažetaka* (str. 47–50). Institut društvenih nauka, Centar za demografska istraživanja.

Lee, S., Chan, L.Y.Y., Chau, A.M.Y., Kwok, K.P.S., & Kleinman, A. (2005). The experience of SARS related stigma at Amoy Gardens. *Social Science & Medicine*. 61(9), 2038–2046. doi:10.1016/j.socscimed.2005.04.010

Mak, I. W. C., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G. C., & Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General Hospital Psychiatry*, 31(4), 318–326. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.03.001>

Manić, Ž. (2021). Značaj teledijagnostike za starije u Srbiji tokom pandemije KOVIDA 19. U Dragišić Labaš, S. (Ur.). *Društveni aspekti starenja u vreme pandemije kovida 19: zbornik radova* (str. 31–48). Univerzitet u Beogradu – Filozofski fakultet.

Martínez-Alcalá CI, Rosales-Lagarde A, Pérez-Pérez YM, Lopez-Noguerola JS, Bautista-Díaz ML and Agis-Juarez RA (2021) The Effects of Covid-19 on the Digital Literacy of the Elderly: Norms for Digital Inclusion. *Frontiers in Education*, 6. doi:10.3389/educ.2021.716025

Pajvančić, M., Petrušić, N., Nikolin, S., Vladislavljević, A., & Baćanović, V. (2020). *Rodna analiza odgovora na COVID-19 u Republici Srbiji. Socijalna zaštita i mere za osjetljive grupe: starije osobe*. Misija OEBS-a u Srbiji i Ženska platforma za razvoj Srbije 2014–2020. <https://www.osce.org/files/f/documents/3/9/459391.pdf>

Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *The journal of nutrition, health & aging*, 24(9), 938–947. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1469-2>

Sirven, N., & Debrand, T. (2008). Social participation and healthy ageing: An international comparison using SHARE data. *Social Science & Medicine*. 67(12), 2017–2026. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.056

Todorović, N., Vračević, M., Bašić, G., Miljković, N., & Matijević, B. (2019). *Starenje i digitalna uključenost: polazna studija sa preporukama*. Crveni krst Srbije. <https://www.redcross.org.rs/media/6183/starenje-i-digitalna-ukljucenost-web.pdf>.

Todorović, N. (2020). *Older persons in the Republic of Serbia and research of the impact of COVID-19 and subsequently introduced mitigation measures on the health, rights, and overall well-being and vulnerability of older people COVID-19 pandemic*. UNFPA. <https://serbia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/older-persons-and-covid-19-01-12.pdf>.

United Nations. (2020). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Differential success in mitigating the pandemic (UN DESA/PD). In *How COVID-19 is changing the world: a statistical perspective. Vol. II*. https://unstats.un.org/unsd/ccsa/documents/covid19-report-ccsa_vol2.pdf

WHO. (2020). Statement – Older people are at highest risk from COVID-19, but all must act to prevent community spread. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements/statement-older-people-are-at-highest-risk-from-covid-19,-but-all-must-act-to-prevent-community-spread>

WHO. (2020a). Statements, press and ministerial briefings. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/statements>

WHO (2020b). Health care considerations for older people during COVID-19 pandemic. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-and-statistics/health-care-considerations-for-older-people-during-covid-19-pandemic>

WHO (2020c). Preventing and managing COVID-19 across long-term care services. Policy brief. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333074/WHO-2019-n-CoV-Policy_Brief-Long-term_Care-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Wilson, R.S., Krueger, K.R., Arnold, S.E., et al. (2007). Loneliness and Risk of Alzheimer Disease. *Arch Gen Psychiatry*, 64(2), 234–240. doi:10.1001/archpsyc.64.2.234

Wu, Z., & McGoogan, J.M. (2020). Characteristics and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*, 323(13),1239–1242. doi:10.1001/jama.2020.2648

Yip, P.S.F., Cheung, Y.T., Chau, P.H., Law, & Y.W. (2010). The impact of epidemic outbreak: The case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong. *Crisis*, 31(2), 86–92. doi:10.1027/0227-5910/a000015



Uvod

Nejednakosti u zdravlju su razlike u zdravstvenim ishodima i iskustvima u korišćenju zdravstvene zaštite koje nastaju kao rezultat okolnosti u svakodnevnom životu ljudi. Nejednakosti u zdravlju koje potiču od društvenih nejednakosti jesu nepravične, i u ovom tekstu, pod pojmom „nejednakosti“ uvek će se podrazumevati „nepravičnosti“. Nejednakosti u zdravlju zahtevaju društvenu reakciju i postojanje društvene volje da se izvrši uticaj na njih, primenom različitih mera socijalne politike u cilju eliminisanja nejednakosti. Ključni faktor i prvi korak za uspešno delovanje ka smanjenju nejednakosti u zdravlju jeste njihovo prepoznavanje, odnosno dokumentovanje razlika. U proteklih dvadesetak godina, sproveden je veliki broj istraživanja širom sveta u kojima su jasno ustanovljene i precizno „izmerene“ nejednakosti u zdravstvenom stanju pojedinaca, u odnosu na njihov socijalno-ekonomski status i društvenu poziciju, što je prepoznala i Svetska zdravstvena organizacija (SZO) (WHO, 2008). Iako je sasvim jasno da rod (rodna pripadnost), društvena klasa, etnička pripadnost i brojni drugi faktori itekako dovode do nejednakosti i u zdravlju, u dosadašnjem diskursu i konceptualizaciji na globalnom nivou nedovoljno pažnje je posvećeno činjenici da seksualna orijentacija i rodni identitet (SORI) takođe mogu da generišu nejednakosti u zdravlju koje su nepravične. Osobe koje imaju istopolnu seksualnu orijentaciju, zatim osobe čiji rod nije u skladu sa biološkim polom, ili nije jasno tj. dihotomno determinisan (transrodne osobe), kao i druge osobe sa varijacijama u tom spektru (engl. **Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and other persons**, LGBT+ osobe) često imaju zdravstvene ishode koji su gori u odnosu na opštu populaciju, s obzirom na sve aspekte zdravlja: fizičko, mentalno i socijalno blagostanje (McDermott, Nelson, & Weeks, 2021; Westwood et al., 2020).

Veza između zdravlja, seksualne orijentacije i rodnog identiteta

Povezanost seksualne orijentacije i rodnog identiteta sa zdravstvenim ishodima, kod LGBT+ osoba dominantno je uslovljena društvenim razlozima, odnosno različitim stepenom (ne)prihvatanja LGBT+ osoba u datom okruženju (Fish, Almack, Hafford-Letchfield, & Toze, 2021). LGBT+ osobe su u velikom broju društava širom sveta, nažalost, često izložene brojnim predrasudama, stigmati i diskriminaciji, koja počinje od samog trenutka identifikovanja osoba kao takvih, proteže se tokom celog života i ima značajan uticaj na mogućnost LGBT+ osoba da ostvare svoj puni zdravstveni potencijal i uživaju psihičko, fizičko i socijalno blagostanje na isti način kao i druge tj. heteroseksualne i „cisrodne“ osobe, kod kojih rodni identitet korespondira sa biološkim ili polnim identitetom.

Neprikosnovenost ljudskog dostojanstva i imperativ njegovog poštovanja i zaštite jasno su navedeni u Članu 1 Povelje o osnovnim pravima Evropske unije (EU) (2000), a u Članu 21 garantuje se pravo na nediskriminaciju po bilo kom osnovu, uključujući i seksualnu orijentaciju. Princip jednakog tretmana predstavlja temeljnu vrednost EU, čime se obezbeđuje i poštovanje ljudskog dostojanstva i puno i ravnopravno učešće u privrednom, kulturnom i društvenom životu. U poslednje vreme, u velikom broju zemalja sprovodi se registrovanje i praćenje kršenja osnovnih prava LGBT+ osoba i uspostavljaju standardi za nediskriminaciju, čija se primena dosledno prati. Međutim, podaci sa terena pokazuju da je stigmatizovanje ove populacione grupe još uvek prisutno: preko 80% učesnika istraživanja u zemljama EU saopštilo je da postoje negativni komentari i zlostavljanje mladih LGBT+ osoba još u osnovnim školama (FRA, 2021).

Da bi se dobili egzaktni podaci o nejednakostima u zdravlju kod pripadnika LGBT+ populacije u odnosu na opštu populaciju, odnosno da bi se izvršilo adekvatno poređenje, potrebna su istraživanja koja istovremeno obuhvataju obe ciljne grupe, ili barem koriste iste me-

todološke pristupe u kvantifikovanju različitih pokazatelja zdravlja. Većina informacija kojima danas raspoložemo potiče iz ciljanih istraživanja u ovoj populacionoj grupi, a njihovim poređenjem sa podacima, tj. pokazateljima u opštoj populaciji, mogu se izvući određeni zaključci o nejednakostima u zdravlju kod LGBT+ populacije.

Situacija u EU i u svetu

U pregledu međunarodne literature uočava se da su u najrazvijenijim zemljama sveta sprovedena istraživanja koja su uspešno kvantifikovala i dokumentovala različite aspekte zdravlja pripadnika LGBT+ populacije, i ukazala na to da su oni daleko nepovoljniji u poređenju sa istim tim pokazateljima u populaciji koja je heteroseksualno orijentisana. Tako, na primer, u Velikoj Britaniji, već nekoliko godina unazad, a poslednji put u 2020. godini, publikuju se godišnji izveštaji u kojima se prikazuju i prate nejednakosti u zdravlju i zdravstvenim ishodima u LGBT+ populaciji (LGBT Foundation, 2020). Tokom celokupnog životnog veka – u periodu mladosti i adolescencije, u adultnom periodu, kao i u starijem životnom dobu – ova populaciona grupa se suočava sa značajnim izazovima za zdravlje, u većoj meri nego što je to prisutno kod heteroseksualne populacije. Naime, 55% muškaraca koji se izjašnjavaju kao gej, biseksualne ili transrodne osobe nije dovoljno aktivno kako bi održali dobro zdravlje, u poređenju sa 33% muškaraca u opštoj populaciji (LGBT Foundation, 2020). U ovom izveštaju su navedene i velike razlike kada je reč o ishodima u domenu mentalnog zdravlja: tokom 2017. godine, 52% osoba iz LGBT+ populacije imala su depresiju, uključujući 67% transrodnih i 70% nebinarnih osoba. Alarmantni su i podaci o učestalosti pokušaja samoubistava među mladima koji su drugačiji: čak 45% transrodnih i 22% LGB mladih osoba uzrasta od 11 do 19 godina pokušala su da oduzmu sebi život, u poređenju sa 13% devojaka i 5% mladića uzrasta od 16 do 24 godine u opštoj populaciji, prema procenama Nacionalne

zdravstvene službe (engl. *National Health Services, NHS*) u Velikoj Britaniji (LGBT Foundation, 2020).

Izloženost pripadnika LGBT+ populacije interpersonalnom nasilju takođe je mnogo češća: 42,8% LBT žena je doživelo seksualno nasilje, što je duplo više u poređenju sa 20% svih žena u Velikoj Britaniji. Kada je reč o zloupotrebi alkohola, jedna od 6 LGBT+ osoba navodi da skoro svaki dan (pet ili više dana nedeljeno) konzumira alkohol, u poređenju sa jednom od 10 osoba u opštoj populaciji (LGBT Foundation, 2020).

Svi prethodno navedeni podaci se mogu pripisati sistemski različitim tretmanu i društvenom odnosu prema ovoj populacionoj grupi, u kome dominiraju stigma i diskriminacija uslovljene različitošću od opšte populacije. Pri tome, često je prisutna i *internalizovana stigma*, odnosno lični osećaj neadekvatnosti usled različitosti i introjektovanje ili „upijanje“ negativnih poruka iz okruženja i stereotipa koji vladaju o njima. To je naročito izraženo u homofobičnim okruženjima, i jedan je od osnovnih mehanizama razvoja anksioznosti i depresije u LGBT+ populacionoj grupi (Lingiardi, Baiocco, & Nardelli, 2012; Puckett & Levitt, 2015). Naime, svaka peta LGB osoba u Velikoj Britaniji, tokom 2017. godine iskusila je svojevrsno homofobno krivično delo iz mržnje, kao i čak 41% transrodnih osoba. Učestalost ovakvih iskustava još je veća u drugim okruženjima, a kako bi se barem delimično zaštitili od njih, dve trećine pripadnika LGBT+ populacije su, povremeno ili stalno, morale da skrivaju tu činjenicu tokom školovanja, odnosno pre navršanih 18 godina, što je ujedno i najranjiviji period za mlade (European Union Agency for Fundamental Rights, 2021).

Diskriminacija LGBT+ populacije zabeležena je čak i u zdravstvenim ustanovama. O nejednakom tretmanu i izloženosti neprijatnostima LGBT+ populacije u sistemu zdravstvene zaštite u Velikoj Britaniji, govori podatak da su skoro svaka četvrta LGBT+ osoba (23%) i čak 40% transrodnih osoba, u toku prethodnih 12 meseci svedočili pojavi negativnih komentara zdravstvenog osoblja o LGBT+ (LGBT Foundation, 2020).

Uticaj COVID-19 na LGBT+ populaciju

U protekle dve godine, na globalnom nivou sproveden je veliki broj istraživanja o tome kako je epidemija COVID-19 uticala na zdravstveno stanje ne samo obolelih osoba već opšte populacije u celini. Iako se relativno mali broj studija bavio uticajem COVID-19 na LGBT+ populaciju, ustanovljeno je da su njihovi zdravstveni ishodi bili gori u odnosu na opštu populaciju, po većini posmatranih parametara (Nowaskie & Roesler, 2022). U Sjedinjenim Američkim Državama, zabrinutost i stres zbog pandemije imali su negativan uticaj na mentalno zdravlje čak 74% LGBT+ osoba, u poređenju sa 49% onih koji nisu LGBT+ (Dawson, Kirzinger & Kates, 2021). Takođe, skoro polovina LGBT+ osoba (49%) epidemiju je ocenila kao „veliki negativni uticaj“, u poređenju sa duplo manje osoba koje nisu LGBT+ (23%) (Dawson, Kirzinger & Kates, 2021).

I u našoj sredini, nemogućnost kretanja usled epidemije COVID-19 i upućenost na suživot sa članovima porodice, koji često ne prihvataju drugačiju seksualnu i rodnu orijentaciju pripadnika LGBT+ populacije, predstavljali su faktor rizika za pojavu nasilja, kao i za razvoj situaciono uslovljenih poremećaja mentalnog zdravlja. Usled organizacije zdravstvene zaštite, koja je prioritetno bila orijentisana ka zbrinjavanju velikog broja obolelih od COVID-19, preventivne i specijalističko-konsultativne usluge skoro uopšte nisu bile dostupne, ili barem ne u dovoljnom obimu (Labris, 2020).

MSM populacija

U okviru LGBT+ grupe su i muškarci koji imaju seksualne odnose sa drugim muškarcima (MSM). U MSM populaciji, u periodu od 2009. do 2012. godine, prvi put je sprovedeno veliko evropsko istraživanje – *The European MSM Internet Survey* (EMIS) – u kojem je učestvovalo skoro 100.000 MSM iz 35 evropskih zemalja (EMIS-2010, 2013).

Sledeća studija EMIS sprovedena je 2017. godine (EMIS-2017), u još više evropskih zemalja, čak 50 (EMIS-2017, 2019). Studija EMIS-2017 je nastojala da unapredi harmonizaciju metodološkog pristupa i da generiše uporedive podatke između zemalja, kako bi se izvršilo planiranje intervencija zasnovanih na dokazima o zdravstvenim potrebama i olakšalo praćenje promena u ponašanju, morbiditetu, potrebama i intervencijama među MSM tokom vremena (EMIS-2017). U studiji EMIS iz 2017. godine učestvovala su ukupno 127.792 pripadnika MSM populacije, od čega i 1.041 učesnik iz Srbije, regrutovani u saradnji sa partnerskim organizacijama civilnog društva kao što su Udruženje „Duga“, „Crvena linija“, Omladina JAZAS-a Novi Sad i Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Ovakva studija i jedinstvena metodologija omogućava međusobnu uporedivost podataka između zemalja i praćenje zdravstvenog stanja MSM tokom vremena (EMIS-2017 naspram EMIS-2010), kao i razumevanje promena u ponašanju, potrebama i intervencijama koje utiču na incidenciju infekcije HIV-om, korišćenje zdravstvene službe i brojne druge.

MSM populacija je prepoznata kao ključna populaciona grupa u širenju HIV infekcije: čak 50% novoinficiranih HIV-om u 2017. godini u Evropi bili su MSM, mada se u nekim zemljama (Belgija, Holandija, Španija, Grčka, Švajcarska, Ujedinjeno Kraljevstvo) taj procenat i smanjio u odnosu na prethodni period (EMIS-2017), kada su MSM činili i do 70% novozaraženih HIV-om (EMIS-2017, 2019). Pohvalno je što rezultati pokazuju da su MSM svesni izloženosti i da vode računa o svom zdravlju: svaki drugi učesnik u istraživanju (56%) testirao se na HIV u prethodnih 12 meseci, a skoro svaki drugi (46%) – na druge polno prenosive infekcije, tokom istog perioda. Istovremeno, istraživanje EMIS-17 je identifikovalo da čak 41% MSM nije imao informaciju o preporuci da se vakciniše protiv virusa hepatitisa A i B, što ukazuje na još uvek nedovoljnu informisanost ove populacione grupe o preventivnim mogućnostima.

Lezbejska populacija u Srbiji i zdravlje

Kada je reč o populacionoj grupi žena koje imaju istopolnu seksualnu orijentaciju, u pregledu literature uočava se da se nejednakosti u zdravlju najčešće ispoljavaju u pogledu faktora rizika: fizičke neaktivnosti, prekomerne telesne težine, pušenja, zloupotrebe supstanci, kao i niže učestalosti korišćenja preventivnih usluga za rano otkrivanje karcinoma, u odnosu na heteroseksualnu populaciju žena (American Cancer Society, 2021; Top Health Issues for LGBT Populations, 2012). Kao najčešće prepreke za rano otkrivanje karcinoma dojke, grlića materice, endometrijuma, kolorektuma, pluća i kože, navode se strah od diskriminacije od strane zdravstvenih radnika *per se*, ili usled prethodnih negativnih iskustava, kao i izostanak zdravstvenog osiguranja (usled nemogućnosti zvaničnog regulisanja građanskog statusa tj. venčavanja partnerki).

U našoj sredini, jedan od najvažnijih fokusa nejednakosti između lezbejki i heteroseksualnih žena jeste ostvarivanje biomedicinski potpomognute oplodnje, tj. (ne)mogućnost pristupa bankama reproduktivnih ćelija i ostvarivanje roditeljstva (Mršević, 2020). U nedavno objavljenoj publikaciji, navedeno je da 'lezbejke mogu da se pojave kao primateljke doniranih ćelija ali samo u kategoriji 'žene bez partnera', ako prikrivaju činjenice svog lezbejstva (postojanje homoseksualnih odnosa) i lezbejskog partnerstva" (Mršević, 2020), što ih implicitno stavlja u diskriminisanu poziciju.

Nejednakosti u Srbiji – pojedinačna istraživanja

Kada je reč o našoj zemlji, istraživanja su takođe pokazala da su pripadnici LGBT+ populacije u značajno većem riziku od pojava tegoba u domenu mentalnog zdravlja (Janković, Slijepčević, & Miletić, 2020). Naime, u ovom istraživanju, u kome su učestvovala 264 osobe regrutovane metodom „snežne grudve“, ozbiljni simptomi depresije su

bili prisutni kod 8,5% populacije koja se izjasnila kao homoseksualna, kod skoro svake pete osobe (19,6%) u populaciji koja se izjasnila kao biseksualna i kod svega 2,6% osoba u heteroseksualnoj populaciji. Sličan odnos se zadržao i kada je reč o umerenim simptomima depresije, koji su najčešće bili prisutni u biseksualnoj populaciji (30,4%), zatim u homoseksualnoj (18,1%), a najređe u heteroseksualnoj (11,3%). Relevatnost seksualne orijentacije za prisustvo depresivnih simptoma potvrđena je i nakon statističkog modelovanja potencijalnog uticaja i drugih faktora, kao što su pol, godine života, bračni status i stepen obrazovanja.

U istom radu istraživana je i pokušaj oduzimanja života (suicid), a podaci su pokazali sličnu distribuciju kao i kada je reč o depresivnim simptomima: čak svaka treća osoba homoseksualne orijentacije (33%) pokušala je da oduzme sebi život; skoro svaka šesta osoba biseksualne orijentacije (15,2%) i manje od 5% (4,8%) u heteroseksualnoj populaciji. Ove razlike su statistički visoko značajne. Da je seksualna orijentacija zaista, nezavisno od drugih pomenutih socijalno-demografskih faktora, povezana sa pokušajem oduzimanja sopstvenog života pokazali su viševarijantni statistički modeli: osobe homoseksualne i biseksualne orijentacije su, po ovom istraživanju, 27 odnosno 6 puta češće od osoba heteroseksualne orijentacije pokušale samoubistvo.

Kao što je spomenuto u pregledu međunarodne literature, sasvim je jasno da su navedene tegobe situacione i društveno uslovljene, odnosno da proističu iz neprihvatanja različitosti u datom okruženju. O stepenu neprihvatanja osoba LGBT+ populacije na Balkanu svedoče i istraživanja sprovedena u regionu, u sličnom kulturološkom kontekstu i društvenom okruženju. Tako je kvalitativno istraživanje sprovedeno u Bosni i Hercegovini pokazalo da su svi intervjuisani pripadnici muške homoseksualne orijentacije (ukupno dvanaest) bili izloženi različitim nivoima stigme, diskriminacije i predrasuda prema sebi u društvu, uključujući i iskustva tokom pružanja zdravstvenih

usluga, pri čemu su neki zdravstveni radnici iskazivali sasvim neprihvatljive i uvredljive stavove, neprimerene obrazovanim osobama (Stojisavljevic, Djikanovic, & Matejic, 2017). Neprihvatanje, osuda okoline, pa čak i nasilje prema ovoj populacionoj grupi često su prisutni i kod članova uže porodice, a nesigurnost i potreba za skrivanjem svoje seksualne orijentacije ili rodnog identiteta postaju deo svakodnevnog života i strategija preživljavanja u datoj sredini. Usled straha od diskriminacije i socijalne isključenosti, pripadnicima ove populacione grupe značajno je otežano uspostavljanje zdravih stilova života, kao i korišćenje preventivnih zdravstvenih usluga i sveobuhvatne zaštite zdravlja (Stojisavljevic, Djikanovic, & Matejic, 2021).

Kada je reč o nekim pokazateljima telesnog zdravlja, u Autonomnoj pokrajini Vojvodini primećena je epidemija infektivne bolesti hepatitisa B u populaciji muškaraca koji imaju seksualne odnose sa drugim muškarcima (MSM) (Duric, 2018). Prema nekim istraživanjima u svetu, broj inficiranih virusom hepatitisa B (HBV) na godišnjem nivou je 20 puta veći u MSM populaciji nego u opštoj populaciji, a istovremena infekcija (koinfekcija) sa HIV-om se javlja kod 6–10% MSM koji su inficirani HBV (Duric et al, 2018).

Zaključak i preporuke

Seksualna orijentacija i rodni identitet su u velikoj meri povezani sa zdravljem i zdravstvenim ishodom. Fizičko i psihičko zdravlje i socijalno blagostanje LGBT+ populacije se nalaze pod uticajem dominantnih društvenih stavova prema različitostima u društvu. Prepoznavanje i kvalitetno dokumentovanje te veze od ključnog je značaja za kreiranje globalnih i nacionalnih javnozdravstvenih politika koje su zasnovane na dokazima, a odnose se na unapređenje položaja LGBT+ populacije i njihovog zdravlja i pristupa zdravstvenoj zaštiti. Ostvarivanje osnovnog ljudskog prava na zdravlje i obezbeđivanje uslova za realizaciju punih zdravstvenih potencijala svakog pojedinca treba da bude imperativ i *conditio sine qua non* svakog savremenog društva.

1

Sprovođenje istraživanja zdravlja LGBT+ populacije. Jedan od prvih koraka jeste obezbeđivanje sredstava za sprovođenje metodološki dobro dizajniranih istraživanja u oblasti zdravlja LGBT+ populacije, u cilju identifikovanja nejednakosti u njihovom zdravlju u odnosu na heteroseksualnu i cisrodnu populaciju. Zagovaranje unapređenja položaja LGBT+ populacione grupe na nacionalnom nivou treba da bude zasnovano na koncepciji poštovanja osnovnih ljudskih prava, kao i na postojanju dokaza o postojećim razlikama u zdravlju.

2

Podizanje društvene svesti o ravnopravnosti svih članova društva i prihvatanje različitosti u svim njenim oblicima.

Imajući u vidu da društveni položaj LGBT+ populacije u našoj sredini još uvek nije sasvim izjednačen sa položajem heteroseksualne populacije, da je prisutna sistemska diskriminacija u mogućnostima ostvarivanja osnovnih građanskih prava, kao i neprihvatljiva stigma koju pripadnici LGBT+ često doživljavaju na svim nivoima, povezana sa određenim vidovima rizičnog zdravstvenog ponašanja i nepovoljnim zdravstvenim ishodima, koje uslovljava, prioritarna društvena akcija na nivou primarne prevencije treba da budu podizanje društvene svesti o ravnopravnosti svih članova društva i prihvatanje različitosti u svim njenim oblicima.

3

Promovisanje društvene tolerancije. Ovakva javnozdravstvena intervencija može da se sprovede putem različitih kampanja i promovisanja društvene tolerancije prema različitostima, ne samo u javnom prostoru i mas-medijima već i u obrazovnim sadržajima, od najranijeg uzrasta, a naročito u procesu obrazovanja budućih zdravstvenih radnika i radnica svih profila, koji će biti u prilici da svojim profesionalnim stavom i pružanjem adekvatne zdravstvene zaštite senzibilisane na različitosti kreiraju okruženje koje je prijateljsko i koje pruža podršku LGBT+ populaciji.

4

Kreiranje novih i unapređenje postojećih programa koji obezbeđuju i promovišu sveobuhvatno dobrovoljno poverljivo testiranje na polno prenosive infekcije (PPI) i druge bolesti od značaja. Na nivou sekundarne prevencije, odnosno ranog otkrivanja poremećaja zdravlja i blagovremenog otpočinjanja adekvatnog lečenja, neophodno je kreiranje novih i unapređenje postojećih programa koji obezbeđuju i promovišu sveobuhvatno dobrovoljno poverljivo testiranje na PPI. Redovno praćenje zdravstvenog stanja, lečenje akutnih poremećaja zdravlja, kao i dostupnost adekvatne terapije za HIV, od suštinskog su značaja za smanjenje nejednakosti u zdravlju.

5

Eliminacija diskriminacije na osnovu zdravstvenog statusa LGBT+ osoba. Preporuke za smanjenje nejednakosti u zdravlju između LGBT+ populacije i opšte populacije na tercijarnom nivou odnose se na destigmatizaciju ove populacione grupe i eliminaciju neopravdanog straha, koji je često prisutan u opštoj populaciji, od bolesti koje se ne šire uobičajenim društvenim kontaktima, naročito u kontekstu incificiranja HIV-om i oboljevanja od AIDS-a. Socijalna uključenost u sve sfere društva, a s obzirom na zdravstvene mogućnosti, treba da smanji osećaj izolovanosti koji imaju oboleli usled aktuelnog zdravstvenog stanja. Diskriminacija na osnovu HIV statusa i zaposlenja je neprihvatljiva i neopravdana u slučaju većine radnih mesta, a zakonska regulativa i njena primena, kao i Ustavom zagaranтовan tretman svih građana bez diskriminacije, treba da omoguće izgradnju društva u kome je ravnopravnost svih njegovih članova imperativ.

Literatura

American Cancer Society (2021, August 27). *Cancer facts for Lesbian and Bisexual Women*. <https://www.cancer.org/healthy/cancer-facts/cancer-facts-for-lesbian-and-bisexual-women.html>

World Health Organization (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health: Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*.

Dawson, L., Kirzinger, A., & Kates, J. (2021) *The Impact of the COVID-19 Pandemic on LGBT People*. KFF. <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/poll-finding/the-impact-of-the-covid-19-pandemic-on-lgbt-people/>

Duric, P. (2018). Hepatitis B Outbreak Among Men Who Have Sex with Men in the Autonomous Province of Vojvodina, Serbia. *LGBT Health* 5(1), 91–93. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0218>

EMIS-2010 (2013). *EMIS-2010: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men – Internet Survey: Findings from 38 countries*. European Centre for Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/EMIS-2010-european-men-who-have-sex-with-men-survey.pdf>

EMIS-2017 (2019). *EMIS-2017: The European Men-Who-Have-Sex-With-Men – Internet Survey: Key findings from 50 countries*. European Centre for Disease Prevention and Control.

European Union for Fundamental Rights (FRA) (2021). *LGBT persons' experiences of discrimination and hate crime in the EU and Croatia*. https://fra.europa.eu/sites/default/files/eu-lgbt-survey-factsheet_en.pdf

Fish, J., Almack, K., Hafford-Letchfield, T., & Toze, M. (2021). What Are LGBT+ Inequalities in Health and Social Support-Why Should We Tackle Them? *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3612. doi:10.3390/ijerph18073612

LGBT Foundation. (2020). *Hidden Figures: LGBT Health Inequality in UK*. <https://dxfy8lr-zbpywr.cloudfront.net/Files/b9398153-Occa-40ea-abeb-f7d7c54d43af/Hidden%2520Figures%2520FULL%2520REPORT%2520Web%2520Version%2520Smaller.pdf>

Janković, J., Slijepčević, V., & Miletić, V. (2020). Depression and suicidal behavior in LGBT and heterosexual populations in Serbia and their differences: Cross-sectional study. *PLOS ONE*, 15(6), e0234188. doi:10.1371/journal.pone.0234188

Labris (2020). *Analiza položaja LGBTI osoba tokom krize COVID-19 i preporuke za adekvatan odgovor države na društvene potrebe LGBTI zajednice*. Organizacija za lezbejska ljudska prava LABRIS.

Lingiardi, V., Baiocco, R., & Nardelli, N. (2012). Measure of internalized sexual stigma for lesbians and gay men: a new scale. *Journal of Homosexuality*, 59(8), 1191–1210. doi:10.1080/00918369.2012.712850

Nowaskie, D. Z., & Roesler, A. C. (2022). The impact of COVID-19 on the LGBTQ+ community: Comparisons between cisgender, heterosexual people, cisgender sexual minority people, and gender minority people. *Psychiatry research*, 309, 114391. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114391>

McDermott, E., Nelson, R., & Weeks, H. (2021). The Politics of LGBT+ Health Inequality: Conclusions from a UK Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(2), 826. doi:10.3390/ijerph18020826

Mršević, Z. (2020) *Analiza uslova i načina ostvarivanja biomedicinski potpomognute oplodnje u Srbiji*. Organizacija za lezbejska ljudska prava LABRIS.

Puckett, J. A., & Levitt, H. M. (2015). Internalized Stigma Within Sexual and Gender Minorities: Change Strategies and Clinical Implications. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 9(4), 329-349. doi:10.1080/15538605.2015.1112336

Stojisavljevic, S., Djikanovic, B., & Matejic, B. (2017). 'The Devil has entered you': A qualitative study of Men Who Have Sex With Men (MSM) and the stigma and discrimination they experience from healthcare professionals and the general community in Bosnia and Herzegovina. *PLOS ONE*, 12(6), e0179101. doi:10.1371/journal.pone.0179101

Stojisavljevic, S., Djikanovic, B., & Matejic, B. (2021). "Today one partner, tomorrow another one, and no one is suspicious that you are gay": a qualitative study of understanding HIV related risk behaviour among MSM in Bosnia and Herzegovina. *Journal of Homosexuality*, 1–18. doi:10.1080/00918369.2021.1943280

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2012). *Top Health Issues for LGBT Populations Information & Resource Kit* HHS Publication No. (SMA) 12-4684. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Center for Substance Abuse Prevention (CSAP). <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma12-4684.pdf> .

Westwood, S., Willis, P., Fish, J., Hafford-Letchfield, T., Semlyen, J., King, A., . . . Becares, L. (2020). Older LGBT+ health inequalities in the UK: setting a research agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(5), 408-411. doi:10.1136/jech-2019-213068

World Health Organization (2008). Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health-Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.



Uvod

Mentalno zdravlje je sastavni deo zdravlja, koje se, prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO), definiše kao „stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i nesposobnosti“ (WHO, 1946). Kao integralni deo zdravlja, mentalno zdravlje je stanje blagostanja u kojem pojedinac ostvaruje svoje sposobnosti, može da se nosi sa normalnim životnim stresovima, može da radi produktivno i da daje doprinos svojoj zajednici (WHO, 2020). Mentalno zdravlje je od suštinskog značaja za kolektivnu i individualnu sposobnost ljudi da razmišljaju, osećaju, komuniciraju jedni sa drugima, zarađuju za život i uživaju u životu. Unapređenje, zaštita i očuvanje mentalnog zdravlja mogu se smatrati jednim od glavnih zadataka svakog pojedinca, zdravstvene službe, ali i zajednica i društava širom sveta.

Slično zdravlju, jednoglasno je prihvaćeno da mentalno zdravlje nije samo odsustvo mentalne bolesti, a da bi se izbegle razlike među zemljama u vrednostima, kulturama, socijalnom poreklu, predložena je tzv. inkluzivna definicija koja mentalno zdravlje definiše kao „stanje unutrašnje ravnoteže koje omogućava pojedincima da koriste svoje sposobnosti u skladu sa univerzalnim vrednostima društva. Osnovne kognitivne i socijalne veštine; sposobnost prepoznavanja, izražavanja i prilagođavanja sopstvenih emocija, kao i empatije sa drugima; fleksibilnost i sposobnost suočavanja sa nepovoljnim životnim događajima i funkcionisanje u društvenim ulogama; i harmoničan odnos između tela i uma predstavljaju važne komponente mentalnog zdravlja koje doprinose, u različitom stepenu, stanju unutrašnje ravnoteže“ (Galderisi et al., 2015).

Nasuprot mentalnom zdravlju, koje uključuje efikasno funkcionisanje,

nisanje u svakodnevnim aktivnostima usmereno ka produktivnosti, zdravim odnosima i sposobnosti prilagođavanja promenama i suočavanju sa problemima, nalaze se mentalne bolesti (engl. *mental illness*) ili mentalni poremećaji (engl. *mental disorder*) ili psihijatrijski poremećaji (engl. *psychiatric disorder*) koji predstavljaju ponašanje ili obrazac mentalnog ponašanja koje uzrokuje značajan stres ili smetnje u individualnom funkcionisanju (Bolton, 2013).

Faktori koji doprinose mentalnim bolestima

Mentalne bolesti su povezane sa mnogim faktorima. Genetski i drugi biološki faktori (npr. abnormalno funkcionisanje nervnih puteva) primeri su faktora značajno povezanih sa mentalnim zdravljem. Postoje i različiti psihološki faktori koji se povezuju sa uzrocima mentalnih bolesti. Na primer, psihološka trauma, često kao rezultat emocionalnog, fizičkog ili seksualnog zlostavljanja, jeste kritičan etiološki faktor u razvoju mnogih mentalnih poremećaja u detinjstvu i odraslom dobu (Read & Ross, 2003). Zanemarivanje, posebno simptoma psihoze i shizofrenije, smatra se drugim psihološkim faktorom snažno povezanim sa problemima mentalnog zdravlja (Read et al., 2005). Stanje mentalnog zdravlja je posebno osetljivo među ljudima pogođenim humanitarnim krizama, ratom i konfliktima u zahvaćenim područjima i prirodnim katastrofama (npr. epidemije) (Charlson et al., 2019). Takođe, faktori životne sredine mogu da doprinesu i/ili da izazovu pojavu mentalne bolesti. Životni stresori, kao što su smrt, razvod, promena škole i finansijski problemi, mogu biti povezani sa negativnim posledicama po mentalno zdravlje (Williams & Ross, 2007). Kao drugi primeri faktora životne sredine navode se kulturalni, društveni faktori i faktori spoljašnje sredine (prenatalno izlaganje virusima, toksinima, alkoholu i/ili drogama; nedostaci u ishrani; hronični poremećaji zdravlja; prisustvo zagađivača; visoke temperature; ruralno geografsko područje).

Međutim, mentalno zdravlje ostaje zanemaren deo globalnih napora da se poboljša zdravlje. Poremećaji mentalnog zdravlja i bolesti zavisnosti čine 7% ukupnog opterećenja društva bolestima, izraženo u godinama života korigovanih u odnosu na nesposobnost (*Disability adjusted life years, DALY*); oni su uticali na više od milijardu ljudi širom sveta i bili su odgovorni za 19% svih godina života sa nesposobnošću (*Years of life with disability, YLD*) (Rehm & Shield, 2019). Ovo dovodi do više od bilion dolara ekonomskih gubitaka godišnje. Na osnovu ovih podataka, u 21. veku, jedan od ciljeva je najpre povećati broj godina bez nesposobnosti, radije nego samo produžiti očekivano trajanje života; zato mentalno zdravlje sve više dobija na značaju. Poznato je da se ljudi koji žive sa mentalnim problemima češće suočavaju sa drugim fizičkim zdravstvenim problemima (npr. infekcija HIV-om, tuberkuloza, hronične nezarazne bolesti), što uzrokuje prevremenu smrtnost od 10–20 godina. Globalno, godišnja prevalencija poremećaja mentalnog zdravlja u populaciji odraslog stanovništva procenjuje se na 17,6%, a prevalencija tokom života na 29,2% (Patel et al., 2018).

Otpriblike jedna od pet osoba u visoko razvijenim zemljama pati od trenutnog mentalnog poremećaja (18% u Nemačkoj, 17,3% u EU, 18,9% u SAD) (Müller et al., 2021). Istraživanja sugerišu da prevalencija mentalnih poremećaja raste u zemljama sa niskim i srednjim prihodima zbog rasta i starenja stanovništva. Mentalni poremećaji su povezani sa gubitkom produktivnosti, kao i sa povećanom upotrebom sistema zdravstvene zaštite i socijalnih usluga (Doran & Kinchin, 2019). Procene su da će mentalni poremećaji koštati globalnu ekonomiju 16 biliona dolara do 2030. godine (The Carter Center, 2018). Rano otkrivanje mentalnih poremećaja i omogućavanje brzog pristupa stručnoj pomoći zahtevaju finansijska ulaganja. Međutim, ako se uzme u obzir smanjenje broja dana nesposobnosti za rad i gubitka produktivnosti, moglo bi doći do uštede novca. Rezultati rada engleske službe za poboljšanje pristupa psihološkim terapijama

(English Improving Access to Psychological Therapies, IAPT) (Clark et al., 2018) u Velikoj Britaniji pokazali su da bi se omogućavanje šireg pristupa psihološkim terapijama u velikoj meri isplatilo smanjenjem drugih javnih troškova povezanih sa depresijom i anksioznošću (npr. medicinski troškovi i gubitak produktivnosti) i povećanjem prihoda (npr. kroz plaćanje poreza). Sugerisano je da bi druge zemlje, ako bi usvojile ovaj pristup, mogle imati koristi u pružanju usluga u oblasti mentalnog zdravlja (Clark, 2018).

Nejednakosti u mentalnom zdravlju

Kao što se termin nejednakosti u zdravlju odnosi na razlike u zdravlju između pojedinaca ili grupa (Kawachi et al., 2002) tako i nejednakosti u mentalnom zdravlju reflektuju razlike u mentalnom zdravlju pojedinaca ili grupa. Takođe, nejednakosti u mentalnom zdravlju se odnose i na razlike u kvalitetu zdravstvene zaštite, pristupu zdravstvenoj zaštiti i uslugama zaštite mentalnog zdravlja koje različite zajednice i populacije dobijaju. Nejednakosti u mentalnom zdravlju, kao i u zaštiti mentalnog zdravlja, jesu važna pitanja, zajedno predstavljaju etičke izazove, snažno su povezane i ugrađene u društveni i ekonomski kontekst zemlje i zajednice (Ngui et al., 2010).

Posledice nejednakosti u mentalnom zdravlju uključuju kontinuiranu nepotrebnu patnju i preranu smrt, povećanu stigmatu i marginalizaciju, nedostatak ulaganja u ljudske resurse i infrastrukturu za mentalno zdravlje i nedovoljno tretmana ili nedostatak tretmana za ljude koji pate od ovih stanja. Osobe sa poremećajima mentalnog zdravlja doživljavaju široko rasprostranjena kršenja ljudskih prava i diskriminaciju. Međutim, dešava se da kliničari i drugi profesionalci uključeni u lečenje poremećaja mentalnog zdravlja, pa čak i članovi porodice, netačno procenjuju i ne vrednuju mogućnosti pacijenata, što rezultira nepotrebним ograničenjima prava na rad, obrazovanje, stupanje u brak i učešće u ostalim društvenim tokovima.

Procene učestalosti nelečenih ozbiljnih mentalnih poremećaja, među svim mentalnim poremećajima, u zemljama u razvoju kreću se od 75% do 85%. Jaz u lečenju mentalnih poremećaja veliki je u svim zemljama. Na primer, u istraživanju na reprezentativnom uzorku u Francuskoj, 46,5% ispitanika sa bilo kojom vrstom mentalnog poremećaja izjavilo je da nije koristilo usluge koje se odnose na lečenje mentalnih poremećaja tokom života (u rasponu od 35,6% za poremećaje raspoloženja do 56,7% za poremećaje upotrebe supstanci) (Font et al., 2018). Procene su da adekvatan tretman, u zemljama sa visokim prihodima, dobija jedna od pet osoba sa depresivnim poremećajem, a u zemljama sa srednjim i niskim prihodima – jedna od 27 osoba (Thornicroft et al., 2017).

Studije su pokazale da su subklinički psihotični simptomi značajno povezani sa progresijom u psihotične poremećaje, ali i sa nepsihotičnim poremećajima (Bourgin et al., 2020; Pignon et al., 2018). Takođe, sledeća istraživanja o drugim subkliničkim simptomima sugerišu da „tuga“ kao subklinički simptom može da predskazuje kasniji razvoj težih poremećaja mentalnog zdravlja, među kojima je najčešći veliki depresivni poremećaj (Bourgin et al., 2020; Tebeka et al., 2018).

Do danas je zaštita mentalnog zdravlja imala mnogo zagovornika, ali su posvećenost donosilaca odluka i izdvajanje materijalnih sredstava bili nedovoljni za održivu implementaciju programa i povećanje obima usluga u oblasti mentalnog zdravlja. Postignut je određeni napredak u rešavanju izazova koje predstavljaju problemi mentalnog zdravlja, ali su napori nedovoljni i potrebno ih je povećati da bi se adekvatno podržale potrebe mentalnog zdravlja.

Pandemija COVID-19 i mentalno zdravlje

Od početka pandemije izazvane novim virusom SARS-CoV-2, koji se prvi put pojavljuje u Vuhanu, u Kini, krajem decembra 2019. godine, umrlo je više od 6 miliona ljudi. COVID-19 je imao ogroman društveni,

ekonomski i zdravstveni uticaj globalnih razmera. Međutim, uticaj pandemije neće biti jednak za sve populacije, već su određene društvene grupe posebno ranjive.

Verovatnoća za lošiji ishod ove bolesti povezana je sa pratećim komorbiditetima kao što su hipertenzija, dijabetes, koronarna bolest, hronične respiratorne bolesti, karcinomi i kompromitovani imunski sistem. I u uslovima pandemije, žene su više pogođene ekonomskim nepravdičnostima i posledičnim pogoršanjem mentalnog zdravlja. Suočavanje sa ekonomskim posledicama nedostatka finansijskih izvora i troškova zdravstvene zaštite posebno je uočljivo kod ljudi sa prethodno niskim primanjima. Pandemija je donela dodatno finansijsko opterećenje, zbog uočene finansijske nesigurnosti, bilo da je ona stvarna (npr. teškoće da se zadovolje osnovne potrebe zbog smanjenja plata) ili potencijalna (npr. strah od gubitka posla) (Claes et al., 2021).

Studije su pokazale da se tokom mera izolacije povećava nivo anksioznosti i straha od razboljevanja ili smrti, a dodatna anksioznost je bila povezana sa prekomernim i/ili netačnim informacijama koje su se širile u medijima i javnom prostoru (Lee et al., 2021). Preventivne mere za ublažavanje efekata pandemije, kao što je fizičko distanciranje, mogu smanjiti socijalnu podršku određenim kategorijama, najpre starijim osobama, osobama koje zavise od tuđe nege i pomoći i dr. (Claes et al., 2021). Pandemija je uticala i na blagostanje dece, što je naročito slučaj u siromašnim sredinama. Iskustva ranjivih grupa tokom pandemije COVID-19 detaljnije su obrađena u prethodnim poglavljima.

S obzirom na karakteristike pandemije (visoka zaraznost, smrtnost, odsustvo efikasnih tretmana, nedovoljno poznavanje porekla i toka bolesti, itd.) (Guan et al., 2020), uvedene su preventivne mere, npr. izolacija i/ili fizičko distanciranje, što je podrazumevalo zatvaranje stanovništva i prekid većine svakodnevnih aktivnosti. Na početku pandemije, prva istraživanja koja su ispitivala povezanost pandemije i mentalnog zdravlja sprovedena su u Kini, među opštom

populacijom, već krajem 2019. i početkom 2020. godine, zatim među osetljivim populacionim grupama, starima i studentima, kao i među zdravstvenim radnicima koji su nosili najveći teret pandemije (Qiu et al., 2020). Studije su pokazale da su žene, studenti i starije osobe ozbiljno pogođeni visokim nivoom anksioznosti i stresa. Žene su značajno češće razvijale psihološki distres i posttraumatske stresne poremećaje (Qiu et al., 2020). Zdravstveni radnici, posebno medicinske sestre, i studenti bili su najispitivanije grupe. Ovi ispitanici, posebno oni koji žive u gradovima sa visokom prevalencijom SARS-CoV-2, pokazali su više poremećaja u raspoloženju i kvalitetu sna nego opšta populacija (Cao et al., 2020; Pappa et al., 2020). Važno je napomenuti da su radnici migranti doživeli najveći stepen distresa u svim zanimanjima usled zabrinutosti zbog izloženosti virusu u javnom prevozu, pomeranja radnog vremena i kasnijeg uskraćivanja očekivanih prihoda.

Sa daljim tokom pandemije, njen uticaj na mentalno zdravlje se menjao, beleži se pad učestalosti posttraumatskog stresnog poremećaja, anksioznosti i depresivnosti, što se objašnjava, sa jedne strane, mehanizmima psihološke adaptacije, a sa druge – smanjenjem spoljašnjih pritisaka kao što je medijsko izveštavanje (Marić, 2021).

U Češkoj Republici, nekoliko meseci nakon početka pandemije, u maju 2020. godine sprovedeno je istraživanje o prevalenciji psihijatrijskih poremećaja i ti rezultati su upoređeni sa rezultatima dobijenim u novembru 2017. godine. Prevalencija onih ispitanika koji imaju simptome bar jednog mentalnog poremećaja porasla je za 10% u 2020. godini, sa početne vrednosti od oko 20% u 2017. godini. Pretpostavke su da je prevalencija mentalnih poremećaja u opštoj populaciji mogla biti i veća tokom kulminacije prvog pika pandemije, jer se stanovništvo suočilo sa neizvesnošću koja je tada bila najjača (Winkler et al., 2020).

U Norveškoj, od januara do septembra 2020. godine, sprovedeno je istraživanje koje je merilo prevalenciju trenutnih mentalnih

poremećaja i suicidalnosti, što je omogućilo poređenje sa podacima dobijenim u periodu pre pandemije (Knudsen et al., 2021). Pokazano je da se rasprostranjenost mentalnih smetnji u 2020. godini značajno smanjila od prepandemijskog perioda (15,3% u periodu januar–mart 2020. godine) do prvog pandemijskog perioda (8,7%; mart–maj 2020. godine), a zatim da su prevalencije bile slične između prepandemijskog perioda i narednih perioda pandemije (14,2% u junu–julu 2020. godine i 11,9% u julu–septembru 2020. godine). Nisu uočene značajne razlike u suicidalnim idejama ili u broju smrtnih slučajeva usled samoubistva u posmatranim periodima. Rezultati dobijeni u Norveškoj u suprotnosti su sa studijama u Češkoj Republici, Velikoj Britaniji i SAD, koje su otkrile povećanje stresa u prvom periodu pandemije. Objašnjenje ovakvih rezultata u Norveškoj leži u činjenici da je, do danas, Norveška imala nižu stopu prenošenja, hospitalizacija i smrtnih slučajeva povezanih sa COVID-19 od većine zemalja sa visokim dohotkom, a uvedene mere u borbi protiv COVID-19 bile su blaže i kraćeg trajanja.

Tokom pandemije u Srbiji je mentalno zdravlje opšte populacije ispitivano u istraživanju CoV2Soul.RS, koje je imalo za cilj da na nacionalnom reprezentativnom uzorku ispita učestalost poremećaja mentalnog zdravlja (Projekat CoV2Soul.RS). Pokazano je da je skoro svaki šesti ispitanik u radno aktivnoj populaciji u Republici Srbiji imao barem jedan od poremećaja mentalnog zdravlja u trenutku sprovođenja istraživanja. Pored toga, u odnosu na podatke iz istraživanja zdravlja stanovnika Srbije 2013. godine, učestalost depresivnosti je porasla skoro dva puta (sa oko 3% na tek nešto manje od 6%). Iako je, prema rezultatima ovog istraživanja, učestalost depresivnosti u Srbiji tokom pandemije COVID-19 bila niža u poređenju sa podacima iz već pomenutih istraživanja sprovedenih na nacionalnim uzorcima drugih evropskih zemalja, kao što su Češka Republika i Norveška, svakako je veoma značajno naglasiti da je učestalost depresivnosti porasla dva puta, te se može očekivati i porast potrebe za uslugama

iz oblasti zaštite mentalnog zdravlja. Teška suicidalnost je bila prisutna kod oko 0,2% ispitanika, što bi, prevedeno na populaciju Srbije, u apsolutnim brojevima činilo oko 18.000 ljudi koji su u trenutku istraživanja imali ozbiljne suicidalne namere. U tom smislu je neophodna objektivna procena dostupnih resursa u sistemu zdravstvene zaštite Republike Srbije, kako materijalnih i fizičkih, tako i ljudskih, kao i spremnost sistema da zadovolji potrebe korisnika za različitim uslugama u domenu zaštite mentalnog zdravlja.

Zaključak i preporuke

Mentalno zdravlje ostaje zanemaren aspekt globalnih napora da se poboljša zdravlje. Posledice nejednakosti u mentalnom zdravlju uključuju kontinuiranu nepotrebnu patnju i preranu smrt, povećanu stigmu i marginalizaciju, nedostatak ulaganja u ljudske resurse i infrastrukturu za mentalno zdravlje, odnosno izostanak ili nedovoljnu zastupljenost tretmana za osobe koje pate od ovih stanja. Osobe sa poremećajima mentalnog zdravlja neretko doživljavaju kršenja ljudskih prava i ozbiljnu diskriminaciju. COVID-19 je imao ogroman društveni, ekonomski i zdravstveni uticaj globalnih razmera. Žene, studenti i starije osobe su ozbiljno pogođeni visokim nivoom anksioznosti i stresa tokom pandemije COVID-19. Žene su češće razvijale psihološki distres i posttraumatske stresne poremećaje.

Skoro svaki šesti ispitanik u radno aktivnoj populaciji u Republici Srbiji, po istraživanju mentalnog zdravlja tokom pandemije, imao je barem jedan od poremećaja mentalnog zdravlja u trenutku sprovođenja istraživanja. U odnosu na podatke iz istraživanja zdravlja stanovnika Srbije 2013. godine, učestalost depresivnosti je porasla skoro dva puta (sa oko 3% na tek nešto manje od 6%).

Povećanje izdvajanja materijalnih sredstava za oblast zaštite mentalnog zdravlja. Potrebno je povećati izdvajanje materijalnih sredstava za održivu implementaciju programa

zaštite mentalnog zdravlja i povećanje obima usluga u oblasti mentalnog zdravlja u Srbiji, ali i u drugim zemljama, bez obzira na nivo ekonomske razvijenosti. Većina donosilaca odluka prepoznaje značaj mentalnog zdravlja, ali su izdvajanja ograničena, sa jedne strane, dok su, sa druge strane, ekonomski gubici povezani sa poremećajima mentalnog zdravlja procenjeni u bilionima dolara.

2

Unapređenje fizičkih i ljudskih resursa u oblasti zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja. Najpre je potrebno proceniti dostupne resurse u sistemu zdravstvene zaštite, kako materijalne, tako i fizičke i ljudske, namenjene pružanju usluga u oblasti mentalnog zdravlja, kao i spremnost sistema da zadovolji potrebe korisnika za tim uslugama. U odnosu na utvrđene potrebe, potrebno je prilagoditi broj lekara u službama zaštite mentalnog zdravlja, kao i dostupnost usluga i ustanova u ovoj oblasti.

3

Primeri dobre prakse u oblasti zaštite mentalnog zdravlja mogu biti sprovedeni u različitim okruženjima. Skorašnje studije su pokazale uspeh u poboljšanju kvaliteta života i kontroli bolesti kod pacijenata lečenih u različitim okruženjima, uključujući podršku u zajednici.

Literatura

Bolton, D. (2013). *What is Mental Disorder? An essay in philosophy, science, and values: An essay in philosophy, science, and values*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198565925.001.0001>

Bourgin, J., Tebeka, S., Mallet, J., Mazer, N., Dubertret, C., & Le Strat, Y. (2020). Prevalence and correlates of psychotic-like experiences in the general population. *Schizophrenia Research*, 215, 371–377. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.08.024>

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 287, 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>

Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394(10194), 240–248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)

Claes, N., Smeding, A., & Carré, A. (2021). Mental Health Inequalities During COVID-19 Outbreak: The Role of Financial Insecurity and Attentional Control. *Psychologica Belgica*, 61(1), 327–340. <https://doi.org/10.5334/pb.1064>

Clark, D. M. (2018). Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14(1), 159–183. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833>

Clark, D. M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S., & Janecka, M. (2018). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *The Lancet*, 391(10121), 679–686. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32133-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32133-5)

Conference, I. H. (2002). Constitution of the World Health Organization. 1946. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(12), 983–984. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/268688>

Doran, C. M., & Kinchin, I. (2019). A review of the economic impact of mental illness. *Australian Health Review*, 43(1), 43–48. <https://doi.org/10.1071/AH16115>

Font, H., Roelandt, J.-L., Behal, H., Geoffroy, P.-A., Pignon, B., Amad, A., Simioni, N., Vaiva, G., Thomas, P., Duhamel, A., Benradia, I., & Rolland, B. (2018). Prevalence and predictors of no lifetime utilization of mental health treatment among people with mental disorders in France: findings from the 'Mental Health in General Population' (MHGP) survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(6), 567–576. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1507-0>

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (n.d.). *Toward a new definition of mental health*. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>

Guan, W.-J., Ni, Z.-Y., Hu, Y., Liang, W.-H., Ou, C.-Q., He, J.-X., Liu, L., Shan, H., Lei, C.-L., Hui, D. S. C., Du, B., Li, L.-J., Zeng, G., Yuen, K.-Y., Chen, R.-C., Tang, C.-L., Wang, T., Chen, P.-Y., Xiang, J., ... Covid-19, C. M. T. E. G. for. (2020). Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *The New England Journal of Medicine*, 382(18), 1708–1720. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>

Kawachi, I., Subramanian, S. V., & Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 56(9), 647–652. <https://doi.org/10.1136/jech.56.9.647>

Knudsen, A. K. S., Stene-Larsen, K., Gustavson, K., Hotopf, M., Kessler, R. C., Krokstad, S., Skogen, J. C., Øverland, S., & Reneflot, A. (2021). Prevalence of mental disorders, suicidal ideation and suicides in the general population before and during the COVID-19 pandemic in Norway: A population-based repeated cross-sectional analysis. *The Lancet Regional Health – Europe*, 4. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100071>

Lee, S. A., Jobe, M. C., & Mathis, A. A. (2021). Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety. *Psychological Medicine*, 51(8), 1403–1404. <https://doi.org/10.1017/S003329172000121X>

Marić, N. (2021). Mental health and COVID-19 pandemic: The literature review. *Medicinski podmladak*, 72(3), 78–86. <https://doi.org/10.5937/mp72-32877>

Mental health: strengthening our response. (n.d.). Retrieved May 23, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Müller, G., Bombana, M., Heinzl-Gutenbrenner, M., Kleindienst, N., Bohus, M., Lysenko, L., & Vonderlin, R. (2021). Socio-economic consequences of mental distress: quantifying the impact of self-reported mental distress on the days of incapacity to work and medical costs in a two-year period: a longitudinal study in Germany. *BMC Public Health*, 21(1), 625. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10637-8>

Ngui, E. M., Khasakhala, L., Ndetei, D., & Roberts, L. W. (2010). Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 22(3), 235–244. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.485273>

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901–907. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., Chisholm, D., Collins, P. Y., Cooper, J. L., Eaton, J., Herrman, H., Herzallah, M. M., Huang, Y., Jordans, M. J. D., Kleinman, A., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Niaz, U., Omigbodun, O., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

Pignon, B., Schürhoff, F., Szöke, A., Geoffroy, P. A., Jardri, R., Roelandt, J.-L., Rolland, B., Thomas, P., Vaiva, G., & Amad, A. (2018). Sociodemographic and clinical correlates of psychotic symptoms in the general population: Findings from the MHGP survey. *Schizophrenia Research*, 193, 336–342. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.053>

Projekat Cov2Soul.RS. (n.d.). *Nacionalno istraživanje duševnog zdravlja u vezi sa pandemijom COVID-19*. Retrieved May 23, 2022, from <https://cov2soul.rs/>

Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., & Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2), e100213–e100213. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>

Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330–350. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>

Read, John, & Ross, C. A. (2003). Psychological Trauma and Psychosis: Another Reason Why People Diagnosed Schizophrenic Must Be Offered Psychological Therapies. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1), 247–268. <https://doi.org/10.1521/jaap.31.1.247.21938>

Rehm, J., & Shield, K. D. (2019). Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 21(2), 10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>

Tebeka, S., Pignon, B., Amad, A., Le Strat, Y., Brichant-Petitjean, C., Thomas, P., Vaiva, G., Roelandt, J.-L., Benradia, I., Etain, B., Rolland, B., Dubertret, C., & Geoffroy, P. A. (2018). A study in the general population about sadness to disentangle the continuum from well-being to depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 226, 66–71. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.085>

The Carter Center. (2018, November). *Mental Illness Will Cost the World \$16 USD Trillion by 2030*. Psychiatric Times. <https://www.psychiatrictimes.com/view/mental-illness-will-cost-world-16-usd-trillion-2030>

Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Almeida, J. M. C., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., ... Kessler, R. C. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 210(2), 119–124. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>

Williams, J. H. G., & Ross, L. (2007). Consequences of prenatal toxin exposure for mental health in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16(4), 243–253. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0596-6>

Winkler, P., Formanek, T., Mlada, K., Kagstrom, A., Mohrova, Z., Mohr, P., & Csemy, L. (2020). Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e173–e173. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000888>



Opšti pregled

U današnje vreme nameće se potreba da se prate događaji i procesi, uočavaju i prikupljaju podaci, koriste i razmenjuju informacije, da se neprestano stiču nova znanja i veštine. Jedan od značajnih resursa neophodnih za svakodnevno funkcionisanje jesu i informacije. One se razlikuju od nekih drugih resursa po tome što se upotrebom ne troše, a deljenjem ne smanjuju. Kvalitetno donošenje odluka moguće je samo ukoliko postoje kvalitetne i dobro izabrane informacije (Thomas et al., 2020).

Kod informacija je svakako važna njihova:

- **Relevantnost** – podrazumeva da informacija uklanja neizvesnost, omogućava onom ko donosi odluke da bolje predviđa, potvrđuje ili opovrgava očekivanja;
- **Pouzdanost** – podrazumeva da informacija ne sadrži grešku ili pristrasnost, kao i da tačno predstavlja događaje i aktivnosti;
- **Potpunost** – podrazumeva da informacija obuhvata važne aspekte događaja i aktivnosti za koje se vezuje;
- **Pravovremenost** – podrazumeva da je informacija pribavljena na vreme kako bi omogućila donošenje pravih odluka u pravo vreme;
- **Razumljivost** – podrazumeva da je informacija predstavljena u obliku koji je razumljiv i koristan; i
- **Dokazivost** – podrazumeva da se informacija može uvek predstaviti na isti način i za nju postoji odgovarajuća potvrda.

U vreme novog „zdravog društva“, zdravstvene politike zahtevaju „informisane pacijente“ i „aktivne građane“, a „zdravlje“ je postalo veoma kompleksan društveni sistem, koji u svim svojim komponentama zahteva informisanost, znanje i veštine da bi se na vreme i

adekvatno odgovorilo na bolest. Tako dolazimo do pojma zdravstvene pismenosti, koja se odnosi na sposobnost pojedinca da donosi odluke i deluje u korist sopstvenog zdravlja, u okviru svakodnevnog života, kod kuće, na poslu, u okviru zdravstvenog sistema ili društva u celini. Zdravstvena pismenost omogućava da ljudi povećaju kontrolu nad svojim zdravljem i da za to preuzmu odgovornost.

Zdravstvena pismenost nije samo funkcija osnovnih veština. Ona uključuje kapacitet da se komunicira o zdravstvenim pitanjima, u zavisnosti od individualnih i sistemskih faktora, kao i od organizacije zdravstvenih usluga, uokvirenih zdravstvenim potrebama u datom kontekstu. Pismenost je relevantna odrednica zdravlja, koja osnažuje pojedinca da učestvuje i deluje u okviru zdravstvene zaštite, sa pozitivnim uticajem na zdravstvene ishode. Može se reći da zdravstvena pismenost pozitivno utiče na zdravlje i blagostanje pojedinca, ali ima uticaja i na nejednakosti u zdravlju. Ona omogućava pojedincima da donose bolje zdravstvene odluke, da imaju jaču posvećenost zdravlju i viši nivo efikasnosti (Santos et al., 2017).

Evropsko udruženje za zdravstvenu pismenost (*European Health Literacy Consortium*) tokom 2012. godine donelo je definiciju zdravstvene pismenosti, koja glasi: „Zdravstvena pismenost je povezana sa pismenošću i podrazumeva znanje, motivaciju i sposobnosti pojedinca da pristupi informacijama o zdravlju i da ih razume, proceni i primeni, kako bi u svakodnevnom životu prosuđivao i donosio odluke u vezi sa zdravljem, prevencijom bolesti i unapređenjem zdravlja, u cilju održavanja ili poboljšanja kvaliteta života tokom životnog veka”.

U okviru ove definicije zdravstvene pismenosti:

- **Pristup** se odnosi na sposobnost pojedinca da traži, pronade i dobije zdravstvenu informaciju;
- **Razumevanje** se odnosi na sposobnost pojedinca da shvati zdravstvenu informaciju koju kasnije procenjuje;
- **Procenjivanje** podrazumeva sposobnost pojedinca da protumači, prosudi i proceni informaciju u vezi sa zdravljem do koje je došao;

- **Primena** se odnosi na sposobnost pojedinca da komunicira i upotrebi informaciju kako bi doneo odluku u cilju održavanja i poboljšavanja zdravlja (Sørensen et al., 2021).

Zdravstvena pismenost zahteva poznavanje veštine čitanja, slušanja, analize i donošenja odluka, kao i sposobnost primene ovih veština u konkretnoj zdravstvenoj situaciji.

Faktori koji određuju nivo zdravstvene pismenosti pojedinaca su mnogobrojni. Mogu biti rezultat individualnih karakteristika same osobe ili poticati od zdravstvenih radnika ili zdravstvenog sistema.

Kroz istoriju, kako u bogatim, tako i u siromašnim zemljama, pismenost je smatrana „delom i delićem težnje ka slobodi, i centralnim načelom razvoja“. Nivo pismenosti je često, ali ne i uvek, povezan sa nivoom obrazovanja i značajan je prediktor zaposlenosti, aktivnog učešća u društvu i zdravstvenog stanja. Kao što je nizak nivo pismenosti povezan sa lošijim zdravstvenim stanjem, tako niska zdravstvena pismenost doprinosi socijalnom i ekonomskom gubitku i može sprečiti pojedinca da učestvuje u društvu i dostigne svoje životne ciljeve.

Zdravstveno pismeni pojedinci su uključeni u stalnu interakciju sa svojim okruženjem. Sposobni su da uravnoteže autonomiju i zavisnost u odnosu sa zdravstvenim profesionalcima, organizacijama pacijenata i ostalim društvenim službama.

Nizak nivo zdravstvene pismenosti može biti važna komponenta nejednakosti u zdravlju. Isto tako, nizak nivo zdravstvene pismenosti utiče na:

- Smanjeno očekivano trajanje života
- Nepovoljne ishode lečenja
- Veću smrtnost
- Češće korišćenje hitnih službi
- Češće i duže bolničko lečenje
- Slabije korišćenje preventivnih službi
- Povećane troškove zdravstvene zaštite (Barkman et al., 2011).

Pored individualnih posledica, nizak nivo zdravstvene pismenosti ima posledice i po društvo u celini. Stoga je važno staviti naglasak na poboljšanje zdravstvene pismenosti, koje je od velike važnosti za sveobuhvatno napredovanje.

Zdravstvena pismenost i nejednakosti u zdravlju tokom pandemije COVID-19

Pandemija COVID-19 povećala je količinu zdravstvenih informacija dostupnih u svim medijima i, isto tako, učinila digitalno informaciono okruženje još složenijim nego što je do tada bio slučaj. Potreba ljudi za informacijama je značajno porasla. Javnost se dodatno suočava sa izazovima i preprekama, pokušavajući da pronađe relevantne informacije, da ih kritički reflektuje i koristi za donošenje zdravstvenih odluka u svom svakodnevnom životu. Tokom ove globalne krize, pouzdane informacije su ključne da bi ljudi razumeli preporuke i znali šta da urade, kako bi zaštitili sebe i druge. Od velike je važnosti da informacije budu dostupne, da se lako pronalaze, da im se lako pristupa, da budu razumljive i da se adekvatno koriste.

Dodatni problem predstavlja i prezasićenost informacijama, koja je otežala razlikovanje onih tačnih od netačnih, što omogućava unošenje zabluda i pogrešnih verovanja.

Zdravstvena pismenost, sposobnost pronalaženja, razumevanja, procene i primene zdravstvenih informacija, stoga je za ljude važnija nego ikada, kako bi se kretali ovim informacionim okruženjima i koristili zdravstvene informacije za informisanje o svom zdravlju i ponašanju (Abel et al., 2020).

Zdravstvena pismenost može pomoći ljudima da shvate razloge i preporuke, kao i da razmisle o rezultatima svojih mogućih akcija. Međutim, preuzimanje društvene odgovornosti, razmišljanje izvan ličnih interesa i razumevanje načina na koji ljudi donose odluke takođe treba uzeti u obzir u okviru zdravstvene pismenosti. Razvijanje zdravstvene pismenosti postalo je apsolutni prioritet u cilju pripreme

pojedinaca za situacije koje zahtevaju brzu reakciju. Zato, zdravstvenu pismenost treba posmatrati u odnosu na društvenu odgovornost i solidarnost, a potrebna je koliko ljudima kojima su potrebne informacije i usluge, toliko i pojedincima koji ih pružaju i obezbeđuju njihovu dostupnost opštoj populaciji (Leena et al., 2020).

Svedoci smo složenih i kontradiktornih informacija o COVID-19, u vezi sa otkrivanjem, dijagnozom, prevencijom i lečenjem bolesti. U ovoj pandemijskoj krizi, većina pojedinaca ima probleme u pristupu informacijama od poverenja, a društvene mreže predstavljaju veći rizik od drugih konvencionalnih medija zbog bržeg i šireg dometa poruka i širenja dezinformacija. Svetska zdravstvena organizacija (SZO), pored toga što ulaže napore da se uspori širenje COVID-19, pokrenula je i platforme koje imaju za cilj borbu protiv dezinformacija o ovom virusu. Ne širi se samo virus, već se šire i falsifikovane informacije u sklopu „infodemije“, čineći pojedince sumnjičavim i zbunjenim pri suočavanju sa informacijama i dezinformacijama (Abdel-Latif, 2020).

Dosadašnja istraživanja su pokazala da zdravstvena pismenost utiče na preventivno ponašanje u odnosu na COVID-19. Isto tako, oni čiji je nivo zdravstvene pismenosti viši pokazuju veće interesovanje za sticanje znanja u vezi sa pandemijom i imaju pozitivne stavove i pozitivno ponašanje u vezi sa merama zaštite od infekcije. Ovde je viša pismenost povezana sa boljim stavovima, što znači da su ove osobe bolje pripremljene da pretpostave promenu ponašanja koristeći dostupne informacije. S druge strane, iako je bolje znanje povezano sa boljim stavovima, ova veza pokazuje da informacija može biti presudna, ali ne i dovoljna za promenu ponašanja i aktiviranje ka zdravim životnim navikama. Stavovi ljudi ne zavise samo od njihovog znanja, već i od vrednosti, uverenja, emocija, kao i od društvenog konteksta (Silva et al., 2021).

Ograničena zdravstvena pismenost često je povezana sa slabijim usvajanjem preventivnog ponašanja, kao što su vakcinacije, higijena ruku i druge mere samozbrinjavanja (McCaffery et al., 2020).

Zaključak i preporuke

Zdravstvena pismenost osnažuje i podstiče jednakost u zdravlju i pruža temelje na kojima je građanima omogućeno da igraju aktivnu ulogu u poboljšanju sopstvenog zdravlja, uspešno se angažuju u akcijama zajednice za zdravlje i podstiču vlade da ispune svoje odgovornosti u rešavanju pitanja o zdravlju. Poboljšanje zdravstvene pismenosti najugroženijih i marginalizovanih grupa posebno će ubrzati napredak u smanjenju ovih nejednakosti, ali imati i daleko šire efekte.

Zdravstvena pismenost zasnovana je na inkluzivnom i jednakom pristupu kvalitetnom obrazovanju i učenju.

1

Ukoliko je cilj promovisanje veće nezavisnosti pri donošenju zdravstvenih odluka i osposobljavanje pojedinaca i zajednica, potrebno je naglasiti značaj obrazovanja i jačanje političkih akcija, kako bi se osiguralo da zdravstvene komunikacije ne budu fokusirane samo na lično zdravlje već i na društvene odrednice zdravlja. To mora biti sastavni deo veština i kompetencija koje se razvijaju kroz ceo život.

Zdravstvena pismenost kao ključ za efikasnu prevenciju.

2

Zdravstvenu pismenost treba posmatrati kao ključ za efikasnu prevenciju, jer pismenost osnažuje sve društvene grupe da preuzmu veću kontrolu u prevenciji i očuvanju zdravlja, što će svakako dovesti do boljih zdravstvenih ishoda.

Jačanje zdravstvene pismenosti kroz međusektorske programe.

3

Iz perspektive zajednice i javnog zdravlja, treba da istaknemo značaj jačanja programa čiji je cilj unapređenje zdravstvene pismenosti, strategija koje uključuju poboljšanje kvaliteta dostupnih zdravstvenih informacija i obuka za unapređenje veština pretraživanja specifičnih informacija o zdravlju.

Literatura

- Abel, T., McQueen, D. (2020). Critical health literacy and the COVID-19 crisis. *Health Promotion International*, 35(6), 1612–1613. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa040>
- Abdel-Latif, M.M.M. (2020). The enigma of health literacy and COVID-19 pandemic. *Public Health*, 185, 95–96. <https://doi.org/10.1016%2Fj.puhe.2020.06.030>
- Berkman, N.D, Sheridan, S.L, Donahue, K.E., Halpern, D.J., Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Paakkari, L., Okan, O. (2020). COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *Lancet*. 5 (5), E249–E250. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30086-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30086-4).
- McCaffery, K.J., Dodd, R.H., Cvejic, E., Ayrek, J., Batcup, C., Isautier, J.M., Copp, T., Bonner, C., Pickles, K., Nickel, B., et al. (2020). Health literacy and disparities in COVID-19-related knowledge, attitudes, beliefs and behaviours in Australia. *Public Health Research & Practice*, 30(4), doi: 10.17061/phrp30342012.
- Santos, P., Sá, L., Couto, L., Hespanhol, A. (2017). Health literacy as a key for effective preventive medicine. *Cogent Social Sciences*, 3 (1), 1407522. <https://doi.org/10.1080/23311886.2017.1407522>
- Silva, M.J., Santos, P. (2021). The Impact of Health Literacy on Knowledge and Attitudes towards Preventive Strategies against COVID-19: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 5421. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105421>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., et al. (2021). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Thomas N.P., Crow, S.R., Henning, J.A., Donham, J. (2020). *Information literacy and Information skills: Introduction*. Santa Barbara, California



Opšti pregled

Komunikacija tokom javnozdravstvenih kriza predstavlja osnov za prenošenje informacija različitim grupama ljudi kako bi bili u stanju da donesu nezavisnu i informisanu odluku u vezi sa određenim rizikom po zdravlje, bezbednost ili životnu sredinu. Komunikacija rizika predstavlja aktivnu i interaktivnu razmenu informacija između onih koji procenjuju rizik, upravljaju rizikom, medija, zainteresovanih strana i opšte populacije. Komunikacija rizika u vezi sa javnim zdravljem suočava se sa velikim brojem kulturoloških izazova koji mogu, u zavisnosti od načina na koji su obrađeni, da doprinesu adekvatnom razumevanju važnih zdravstvenih poruka ili da ga u potpunosti onemoguće.

„Infodemija” je nova reč, koja još uvek nema zvaničnu definiciju u većini modernih rečnika, ali se već određeno vreme nalazi na njihovom „radaru”. Predstavlja kovanicu nastalu od reči „informacija” i „epidemija”, a prvi put ju je upotrebio Dejvid Rotkof (David Rothkopf) u svojoj kolumni u *Vašington Postu* 2003. godine, ukazujući na to da je priča o SARS-u, bliskom rođaku virusa koji izaziva COVID-19, izazvala dve epidemije, od kojih je informaciona dovela do težih posledica od one virusne i izazvala globalni ekonomski i socijalni debakl. Već tada, uočio je Rotkof, infodemija je značajno otežala kontrolu i rešavanje javnozdravstvene krize. U svom tekstu, on objašnjava recept za infodemiju: nekoliko činjenica, pomešanih sa strahom, spekulacijama i glasinama, pojačanih i emitovanih na svetskom nivou, uz pomoć novih informacionih tehnologija, sa dalekosežnim uticajem na nacionalne i internacionalnu ekonomiju, politiku i bezbednost (Rothkopf, 2003). Posebno je zanimljiva činjenica da je Rotkof govorio o infodemiji pre nastanka modernih društvenih mreža: Fejsbuk (Facebook) je

osnovan 2004, Tviter (Twitter) 2006, a Instagram – 2010. godine.

Važno je istaći da se reč „infodemiologija“, kao informaciona epidemiologija, pominje još 2002. godine, a definisana je kao „nauka/ istraživanje o determinantama i distribuciji zdravstvenih informacija i pogrešnih informacija – koje bi mogle biti korisne za usmeravanje zdravstvenih profesionalaca i pacijenata ka kvalitetnim zdravstvenim informacijama na internetu“. Informaciona epidemiologija ima za cilj da identifikuje mesta gde postoji problem sa prevođenjem znanja (eng. *knowledge translation*) sa onoga što su dokazi na ono što se u praksi primenjuje. Autor definicije prof. Gunter Ajzenbah (Gunther Eysenbach) kasnije je promenio definiciju u „nauka o distribuciji i determinantama informacija u elektronskom mediju, specifično na internetu, sa krajnjim ciljem da se informišu javno zdravlje i javna politika“ (Eysenbach, 2002, 2011).

Reč je sporadično korišćena narednih godina, uglavnom sa istim ili sličnim značenjem i u istom kontekstu. Tako se 2005. godine infodemija pominje kao potencijalni uzrok uništene turističke sezone, zbog širenja panike u vezi sa SARS-om; 2006. godine – u vezi sa ptičijim gripom, ali i sa političkim temama kao što su glasine da će govodina uvezena iz Amerike u Južnu Koreju biti zaražena bolešću ludih krava – što je izazvalo antivladine proteste, iako su sve analize i naučni dokazi ukazivali na to da je meso bezbedno (Armstrong 2005; Telegraph, 2006; Voice of America, 2009).

Globalni kontekst

Sredinom februara 2020. godine, generalni direktor Svetske zdravstvene organizacije (SZO) Tedros Adhanom Gebrejesus (Ghebreyesus) izjavio je da se borimo ne samo protiv epidemije nego i protiv infodemije, ukazujući na to da se lažne vesti šire brže i lakše nego virus. U svom Okviru za kompetencije neophodne za upravljanje infodemijom, SZO objašnjava da infodemija predstavlja previše

informacija, uključujući i pogrešne informacije i dezinformacije, za vreme epidemije. Infodemija otežava ljudima da pronađu pouzdan izvor informacija i uputstva kako da prilagode svoje ponašanje i zaštite sebe, svoju porodicu i zajednicu od COVID-19 infekcije (WHO, 2021).

U kontekstu infodemije, koriste se tri reči koje opisuju informacije na osnovu njihove tačnosti i namere osobe koja stvara ili širi određenu informaciju. Pogrešne informacije koje se šire bez namere da se nekome naškodi zauzimaju najveći prostor u infodemiji, a za njih se koristi naziv „pogrešne informacije“ (eng. *misinformation*). U naučnom smislu, pogrešna informacija je ona koja je suprotna validiranom konsenzusu naučne zajednice (Swire-Thompson & Lazer, 2019). Pogrešne informacije koje se šire sa namerom da se nekome naškodi, da se osoba ili grupa ljudi navede na pogrešan put i možda time ostvari neka korist, nazivaju se dezinformacije. I konačno, tačne ali možda intimne ili štetne informacije, koje se šire da bi se nekome naškodilo, nazivaju se „zlomamerne informacije“ (eng. *malinformation*). Nažalost, u lepezi informacija i načina njihovog prenošenja postoji još veliki broj sivih zona, gde spadaju, na primer, tačne informacije predstavljene tako da primaoca navedu da donese pogrešan zaključak. Primer su naslovi u novinama koji govore o nečijoj smrti nakon primanja određenog leka ili vakcine, iako je ta smrt možda nastupila usled saobraćajne nesreće ili starosti, a nije ni na jedan način povezana sa primljenim lekom ili vakcinom.

Istraživanja pogrešnih informacija na socijalnim mrežama pokazala su da je veliki procenat informacija u vezi sa pandemijom izmenjen u odnosu na originalnu verziju, pogotovo one koje su izazvale najviše reakcija na društvenim mrežama, kao što su lajkovanje, deljenje i komentisanje. Pogrešne informacije su često promovisali političari, poznate ličnosti, ali i druge osobe iz javnog života koje su dobijale prostor u medijima, a informacije su se ticale širenja COVID-19, preventivnih mera i lečenja. Posebno je česta bila upotreba slika i video-materijala kako bi se poslale poruke koje nisu u skladu sa samim sadržajem tih materijala (Brennen et al., 2020).

U javnozdravstvenoj krizi kao što je ova izazvana COVID-19, nefarmakološke mere prevencije za zaustavljanje širenja bolesti bile su i ostale jedan od ključnih stubova odbrane, čak i nakon što su vakcine postale dostupne. Nefarmakološke mere obuhvataju, između ostalog, higijenu ruku, nošenje maski kako bi se zaštitili drugi, držanje fizičke udaljenosti i izbegavanje zatvorenih prostora, redovno provetranje prostora, samoizolaciju u slučaju pojave simptoma, ostajanje kod kuće i mnoge druge. Druga poglavlja u ovoj publikaciji više su se bavila nejednakostima u mogućnostima poštovanja ovih mera, u obolevanju i umiranju, a ovo poglavlje će pažnju posvetiti načinu komunikacije i ulozi infodemije u razumevanju i prihvatanju mera. Iako je velika pažnja posvećena ulozi društvenih mreža u efektima pandemije, mali broj istraživanja se bavi nejednakostima u komunikaciji i njihovim uticajem na nejednakosti u obolevanju i umiranju.

Prethodna istraživanja, konkretno hipoteza o saznajnoj neravnopravnosti (eng. *knowledge gap hypothesis*), ukazala su na to da će u slučaju povećanog protoka informacija u društvenom sistemu, a to je slučaj sa pandemijom COVID-19, već prisutne razlike u znanju među društvenim slojevima postati još izraženije, tako što će bolje klasno pozicionirane osobe efikasnije dobijati informacije u odnosu na ostale, naročito tokom pandemija, kada se stalno pojavljuju nova naučna otkrića (Savoia et al., 2013; Tichenor et al., 1970).

U studiji koja je istraživala trendove verovanja u pogrešne informacije u Australiji 2020. godine, rezultati su pokazali da je slaganje sa pogrešnim informacijama povezano sa mlađim učesnicima, muškim polom, nižim obrazovanjem i domaćinstvima u kojima se ne govori engleski jezik. Verovanje u pogrešne informacije bilo je značajno povezano i sa niskim nivoom digitalne i zdravstvene pismenosti, niskim poverenjem u državu i državne institucije i niskim poverenjem u naučne institucije (Pickles et al., 2021). Slična studija sprovedena u subsaharskoj Africi pokazala je da su, pored starosti, i obrazovanje i nezaposlenost značajno povezani sa verovanjem u pogrešne informacije (Osugwu et al., 2021). U studiji koja je ispitivala verovanje

u teorije zavere u vezi sa COVID-19 na reprezentativnom uzorku u Poljskoj, između 43% i 56% učesnika verovalo je u teorije zavere, a verovanje je bilo značajno povezano sa nižim obrazovanjem, zaposlenjem i zdravstvenom pismenošću (Duplaga, 2020).

Nepoverenje u nefarmakološke mere prevencije, kao i poverenje u različite netačne informacije u vezi sa širenjem, prevencijom i lečenjem COVID-19, baš u populaciji koja nije imala jednake mogućnosti da poštuje preventivne mere, dodatno produbljuje nejednakosti u zaražavanju i umiranju od ove bolesti. Nažalost, i nakon pojave i distribucije vakcina, slične ili iste nejednakosti nastavile su se u vezi sa oklevanjem sa vakcinacijom. U studiji koja je ispitivala želju ili nameru stanovnika razvijenih država da se vakcinišu (Ujedinjeno Kraljevstvo, Sjedinjene Američke Države, Australija, Nemačka i Hongkong), verovanje u zavere u vezi sa vakcinama i verovanje u zavere u vezi sa pandemijom negativno su povezana sa namerom da se vakcinišu. Neizostavno, i u ovoj studiji, nezaposlenost je bila povezana sa oklevanjem sa vakcinacijom (Lincoln et al., 2022).

Nejednakosti u zdravlju predstavljaju sistemske razlike u zdravlju koje se uočavaju kod različitih populacionih grupa, a koje dovode do visokog društvenog i ekonomskog troška za pojedince i za društvo. Obrazovanje, zaposlenost, nivo prihoda, bez ikakve sumnje utiču na zdravlje osobe u svim državama, nezavisno od nivoa razvoja. Na osnovu prikazanog globalnog konteksta jasno je da su socioekonomski faktori povezani sa nejednakostima u zdravlju značajno povezani i sa podložnošću infodemiji i njenim efektima, kao što je nepoštovanje mera za smanjenje širenja COVID-19, ali i sa poverenjem u vakcine i njihov značaj u zaštiti zdravlja. Ako se u obzir uzme i činjenica da postoje i nejednakosti u vezi sa realnom mogućnošću poštovanja mera kao što su držanje fizičke udaljenosti, održavanje higijene ruku ili redovno provetravanje prostorija, rezultat je dvostruko opterećenje i produbljivanje nejednakosti u zdravlju, i na osnovu rizika i na osnovu efekta po zdravlje.

Lokalni kontekst

Pre marta 2020. godine u Srbiji nije bilo prijavljenih/detektovanih slučajeva koronavirusa, a prve zvanične informacije o virusu SARS-CoV-2 predstavljale su mešavinu umirujućih i neproverenih/netačnih informacija o virusu i bolesti COVID-19. Tokom prvih mesec dana od javljanja prvog slučaja obolevanja u Srbiji, tim Fake News Tragača identifikovao je 43 lažna i manipulativna narativa o pandemiji, a ovi narativi preneti su skoro 250 puta u onlajn i tradicionalnim medijima. Društvene mreže doprinele su infodemiji sa preko 220.000 deljenja ovih vesti samo na Fejsbuku (Fake News Tragač, 2020). Tokom prvog talasa epidemije u Srbiji, narativ koji je izgrađen počeo je od umanjivanja značaja virusa i njegove opasnosti, pogotovo za određene grupe, kao što su ženske osobe i mladi, preko umanjivanja značaja nefarmakoloških mera prevencije širenja (fizička distanca, nošenje maski), do najave da je virus oslabio i da je kraj epidemije i pandemije blizu. Po poslednjim podacima Opservatorije za infodemiju tokom COVID-19, potencijal ili verovatnoća da osoba u Srbiji dobije poruku koja vodi ka izvorima koji prikazuju pogrešne ili obmanjujuće informacije jeste 39,1%, dok verovatnoća da će osoba podržati, proširiti ili učestvovati (lajkovanjem ili komentarisanjem) u prenosu pogrešne ili obmanjujuće informacije iznosi 35% (*Covid19 Infodemics Observatory*, n.d.).

Studija koja je pre pandemije ispitivala razloge za oklevanje sa vakcinacijom u Srbiji pokazuje da je oklevanje sa vakcinacijom povezano sa verovanjem u teorije zavere, koje su u snažnoj vezi sa smanjenim poverenjem u medicinsku nauku i institucije, kao i sa niskim objektivnim znanjem o vakcinama i niskom vakcinalnom namerom. Ista studija istakla je značaj zdravstvene pismenosti, široke rasprostranjenosti pogrešnih informacija i nedostatak poverenja u zvanične institucije (Milošević Đorđević et al., 2021). Iako je Srbija među prvim zemljama u svetu gde su vakcine protiv COVID-19 postale široko dostupne i mada je tokom prvih meseci 2021. godine prednjačila po

procentu vakcinisanog stanovništva, u februaru 2022. godine samo 3,3 miliona stanovnika naše zemlje primilo je bar jednu dozu vakcine (oko 48%), a po trenutnim procenama na osnovu broja vakcinisanih osoba na nedeljnom nivou, biće potrebno još godinu dana da se procenat vakcinisanih poveća za 10% (*Coronavirus (COVID-19) Vaccinations - Our World in Data*, n.d.; *Serbia: The Latest Coronavirus Counts, Charts and Maps*, n.d.).

U zanimljivoj studiji sprovedenoj u Srbiji tokom pandemije, ispitivani su uticaj iracionalnih verovanja na poštovanje mera za sprečavanje širenja COVID-19 i ranjivost/osetljivost na pogrešne informacije. Studija je pokazala da su iracionalna verovanja uticala na poštovanje mera (kao što su držanje distance ili pranje ruku), kao i na korišćenje pseudonaučnih metoda za prevenciju i lečenje infekcije (beli luk, voda sa srebrom) i nameru da se primi vakcina protiv COVID-19. Verovanje u teorije zavere bilo je najkonzistentnije povezano sa svakim od pomenutih oblika ponašanja, dok su iracionalna verovanja bila povezana sa oblicima ponašanja u vezi sa COVID-19, ali na drugačiji način. Oni koji su precenjivali svoje znanje o virusu i infekciji ređe su se pridržavali mera protiv širenja virusa, ali su i ređe koristili preudonaučne metode lečenja i prevencije, moguće zbog niže opšte zainteresovanosti za virus (Teovanović et al., 2021).

Nažalost, ne postoji dovoljan broj istraživanja u Srbiji koja bi konkretno ispitivala uticaj socioekonomskih faktora na osetljivost na infodemiju, kao i nejednakosti u podložnosti infodemiji, pa je zaključke moguće doneti samo na osnovu dostupnih istraživanja i podataka koji opisuju lokalni i globalni kontekst. Kao i kada smo govorili o globalnom kontekstu, faktori kao što su obrazovanje, zaposlenost i visina prihoda međusobno su povezani, a tokom pandemije značajno su uticali na mogućnost rada od kuće i/ili poštovanja fizičke distance. Iako je potrebno naučno dokazati povezanosti između socioekonomskog statusa i osetljivosti na infodemiju, kao i na dodatno opterećenje zdravlja proisteklo iz infodemije, dosadašnja istraživanje

nedvosmisleno pokazuju vezu između socioekonomskog statusa i poverenja u institucije, verovanja u teorije zavere, upotrebe pseudo-naučnih vidova prevencije i lečenja bolesti i, konačno, namere osoba da se vakcinišu.

Zaključak i preporuke

Pandemija COVID-19 produbila je već postojeće nejednakosti u zdravlju i različito uticala na globalno i lokalno stanovništvo u zavisnosti od njihovog socioekonomskog statusa. Osim uticaja na mogućnost pridržavanja preporučenih mera za smanjenje širenja infekcije izazvane virusom SARS-CoV-2, a posledično i na oboljevanje, umiranje i dugotrajne posledice ovog oboljenja, socioekonomski faktori uticali su i na primanje i razumevanje javnozdravstvenih preporuka, kao i na prihvatanje alternativnih, najčešće besmislenih, pseudonaučnih metoda za prevenciju i lečenje infekcije COVID-19. Veći rizik za obolevanje kod osoba nižeg socioekonomskog statusa, zajedno sa slabijim poštovanjem javnozdravstvenih preporuka i lošim ishodima lečenja, predstavlja trostruko opterećenje, pokazujući samo jedan od načina na koji je pandemija COVID-19 produbila nejednakosti u zdravlju globalno, pa i kod nas.

Aktivnosti koje bi mogle da dovedu do pozitivne promene i podrže otpornost naših zajednica na ovu i buduće javnozdravstvene krize treba usmeriti ka smanjenju socioekonomskih nejednakosti i njihovog uticaja na zdravstvene ishode, ka obrazovanju vulnerabilnog stanovništva u oblasti medijske, digitalne i zdravstvene pismenosti, ka istraživanjima uzroka, posledica i intervencija koje mogu da pomognu u upravljanju infodemijom i, konačno, ka aktivnom upravljanju infodemijom, uz saradnju svetskih i državnih institucija, medija i zajednice.

Prilagoditi javnozdravstvene intervencije i komunikaciju različitim zajednicama i ciljnim grupama. Imajući u vidu značaj komunikacije za postizanje javnozdravstvenih ciljeva,

potrebno je uključiti članove ciljnih grupa u osmišljavanje intervencija, kao i strategije za komunikaciju. Kroz rad sa ciljnim zajednicama, moguće je adekvatno odgovoriti na specifične brige i obezbediti širu podršku zajednice.

2

Razviti metodologiju za praćenje i istraživanje infodemije i njenog uticaja na populaciju. Neophodno je razviti alate koji će omogućiti praćenje i ranu identifikaciju kritičnih tačaka u infodemiji. Rano otkrivanje lažnih i neproverenih informacija omogućiće blagovremeni odgovor na njih. Istraživanja je neophodno usmeriti ka merenju uticaja infodemije kroz objektivne zdravstvene pokazatelje.

3

Povećati otpornost zajednica na pogrešne i neproverene informacije. Izlaganje malim dozama pogrešnih informacija, uz objašnjenje tehnika koje se koriste za njihovo stvaranje, kao i načina kako mogu da se provere, naziva se inokulacija. Ovaj metod povećaće otpornost zajednice u slučajevima javnozdravstvenih kriza.

4

Uvesti medijsku, digitalnu i zdravstvenu pismenost u obrazovni sistem. Kroz medijsku, digitalnu i zdravstvenu pismenost razvija se kritičko mišljenje mladih ljudi, koji će donositi bolje odluke o sopstvenom zdravlju i zdravlju svoje dece u budućnosti. Neophodno je graditi poverenje u nezavisne državne, zdravstvene i naučne institucije koje donose odluke i preporuke u vezi sa zdravljem.

5

Razviti sistem i institucije za upravljanje infodemijom u Republici Srbiji. Upravljanje infodemijom podrazumeva osluškivanje zajednica i njihovih zdravstvenih briga, blagovremenu komunikaciju visokokvalitetnih informacija i odgovor na nedoumice, prilagođavanje intervencija ciljnim grupama, jačanje otpornosti na dezinformacije i pogrešne informacije i podršku ponašanju koje čuva i unapređuje zdravlje.

Literatura

Armstrong, D. (2005). Travel industry braces for bird flu / Possible outbreak concerns airlines, cruise operators. <https://www.sfgate.com/business/article/Travel-industry-braces-for-bird-flu-Possible-2558397.php>

Brennen, J. S., Simon, F. M., Howard, P. N., & Nielsen, R. K. (2020). *Types, sources, and claims of COVID-19 misinformation*. University of Oxford.

Coronavirus (COVID-19) Vaccinations - Our World in Data. (n.d.). Retrieved February 11, 2022, from <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=SRB>

Covid19 Infodemics Observatory. (n.d.). Retrieved February 11, 2022, from <https://covid19obs.fbk.eu/#/>

Duplaga, M. (2020). The determinants of conspiracy beliefs related to the COVID-19 pandemic in a nationally representative sample of internet users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 1–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217818>

Eysenbach, G. (2002). Infodemiology: the epidemiology of (mis)information. *The American Journal of Medicine*, 113(9), 763–765. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(02\)01473-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(02)01473-0)

Eysenbach, G. (2011). Infodemiology and infoveillance: Tracking online health information and cyberbehavior for public health. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(5 SUPPL. 2), S154–S158. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.02.006>

Fake News Tragač. (2020). *Korona virus i infodemija u Srbiji*. <http://fakenews.rs/wp-content/uploads/Korona-i-infodemija-u-Srbiji-2020.pdf>

Lincoln, T. M., Schlier, B., Strakeljahn, F., Gaudiano, B. A., So, S. H., Kingston, J., Morris, E. M. J., & Ellett, L. (2022). Taking a machine learning approach to optimize prediction of vaccine hesitancy in high income countries. *Scientific Reports*, 0123456789, 1–12. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-05915-3>

Milošević Đorđević, J., Mari, S., Vdović, M., & Milošević, A. (2021). Links between conspiracy beliefs, vaccine knowledge, and trust: Anti-vaccine behavior of Serbian adults. *Social Science and Medicine*, 277(February). <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2021.113930>

Osuagwu, U. L., Miner, C. A., Bhattarai, D., Mashige, K. P., Oloruntoba, R., Abu, E. K., Ekpenyong, B., Chikasirimobi, T. G., Goson, P. C., Ovenseri-Ogbomo, G. O., Langsi, R., Charwe, D. D., Ishaya, T., Nwaeze, O., & Agho, K. E. (2021). Misinformation about COVID-19 in sub-saharan africa: Evidence from a cross-sectional survey. *Health Security*, 19(1), 44–56. <https://doi.org/10.1089/HS.2020.0202>

Pickles, K., Cvejic, E., Nickel, B., Copp, T., Bonner, C., Leask, J., Ayre, J., Batcup, C., Cornell, S., Dakin, T., Dodd, R. H., Isautier, J. M. J., & McCaffery, K. J. (2021). COVID-19 misinformation trends in Australia: Prospective longitudinal national survey. *Journal of Medical Internet Research*, 23(1). <https://doi.org/10.2196/23805>

Rothkopf, D. J. (2003). When the buzz bites back. *The Washington Post*, 11, B1–B5.
Savoia, E., Lin, L., & Viswanath, K. (2013). Communications in public health emergency preparedness: A systematic review of the literature. *Biosecurity and Bioterrorism*, 11(3), 170–184. <https://doi.org/10.1089/bsp.2013.0038>

Serbia: the latest coronavirus counts, charts and maps. (n.d.). Retrieved February 11, 2022, from <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/countries-and-territories/serbia/>

Swire-Thompson, B., & Lazer, D. (2019). Public health and online misinformation: Challenges and recommendations. *Annual Review of Public Health*, 41, 433–451. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094127>

Teovanović, P., Lukić, P., Zupan, Z., Lazić, A., Ninković, M., & Žeželj, I. (2021). Irrational beliefs differentially predict adherence to guidelines and pseudoscientific practices during the COVID-19 pandemic. *Applied Cognitive Psychology*, 35(2), 486–496. <https://doi.org/10.1002/acp.3770>

Telegraph (n.d.). (2006). *Think the worst – then prepare for it*. <https://www.telegraph.co.uk/finance/2936877/Think-the-worst-then-prepare-for-it.html>

Tichenor, P. J., Donohue, G. A., & Olien, C. N. (1970). Mass media flow and differential growth in knowledge. *Public Opinion Quarterly*, 34(2), 159–170. <https://doi.org/10.1086/267786>

VOA Standard English - Seoul Wants to Rein in Online Media. (n.d.). Retrieved February 11, 2022, from https://www.51voa.com/VOA_Standard_English/VOA_Standard_English_25390.html

World Health Organization (WHO). (2021). *WHO competency framework: building a response workforce to manage infodemics*.

O AUTORIMA

Prof. dr Bosiljka Đikanović je profesorka Katedre za socijalnu medicinu Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Doktorsku disertaciju pod nazivom „Intimate Partner Violence Against Women in Serbia and Healthcare Response” odbranila je u Univerzitet-skom medicinskom centru Radboud u Najmegenu, Holandija, 2012. godine. Usavršavala se u Medicinskom centru Erasmus u Roterdamu (2014–2015), na Univerzitetu Severne Karoline u Čepel Hilu (SAD, 2011), u Svetskoj zdravstvenoj organizaciji u Ženevi (2007), na Univerzitetu u Mastrihtu (2006–2007), u Centru za zdravstvenu ekonomiku Univerziteta u Jorku, UK (2006) i drugim institucijama od svetskog značaja. U Školi javnog zdravlja radi od njenog osnivanja, kao predavačica i mentorka. Bavi se različitim javnozdravstvenim i socijalnomedicinskim temama. Aktivna je u promovisanju rodne ravnopravnosti i prevenciji i zaštiti od rodno zasnovanog nasilja.

Prof. dr Janko Janković je profesor Katedre za socijalnu medicinu Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Doktorsku disertaciju pod nazivom „Procena povezanosti socijalno-ekonomskih nejednakosti i obolevanja stanovništva” odbranio je na Medicinskom fakultetu 2012. godine. U Školi javnog zdravlja radi od 2005. godine, kao predavač na master i doktorskim programima. Glavna polja njegovog interesovanja su: determinante zdravlja, nejednakosti u zdravlju, zdravlje Roma, kardiovaskularno zdravlje i zdravstveni sistemi. Objavio je preko 70 radova u međunarodnim časopisima i učestvovao u mnogobrojnim domaćim i međunarodnim projektima.

Prof. dr Aleksandra Jović Vraneš je profesorka Katedre za socijalnu medicinu Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Doktorsku disertaciju pod nazivom „Ispitivanje zdravstvene pismenosti među korisnicima usluga primarne zdravstvene zaštite” odbranila je

na Medicinskom fakultetu u Beogradu 2010. godine. U Školi javnog zdravlja radi od njenog osnivanja, kao predavač na master i doktorskim programima. Glavna polja njenog interesovanja uključuju promociju zdravlja, zdravstveno vaspitanje i zdravstvenu pismenost, kao i ljudska prava. Od 2019. godine je rukovodilac Centra škole javnog zdravlja i zdravstvenog menadžmenta u sistemu zdravstvene zaštite.

Asist. dr Stefan Mandić-Rajčević je asistent Katedre za socijalnu medicinu Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Nakon završenih integrisanih akademskih studija na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu, završio je doktorske studije medicine rada i industrijske higijene (program javnog zdravlja) na Univerzitetu u Milanu (Italija). Od 2019. godine radi na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu, gde učestvuje u nastavi na osnovnim, master i doktorskim studijama. Bavi se uticajem radne i životne sredine na zdravlje, procenom i komunikacijom rizika, medicinom zasnovanom na dokazima i, od 2020. godine, upravljanjem infodemijom.

Prof. dr Bojana Matejić je profesorka Katedre za socijalnu medicinu Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Doktorsku disertaciju pod nazivom „Ispitivanje modela ponašanja žena u odnosu na praksu ranog otkrivanja karcinoma grlića materice“ odbranila je na Univerzitetu u Beogradu 2008. godine. U Školi javnog zdravlja radi od njenog osnivanja, kao predavač i mentor, na master i doktorskim programima. Od 2013. godine je član Programskog saveta Škole javnog zdravlja i menadžmenta u sistemu zdravstvene zaštite, kao i član Programskog saveta doktorskih studija Javnog zdravlja. Bavi se različitim oblastima istraživanja i edukacije iz domena javnog zdravlja i socijalne medicine.

Doc. dr Željka Stamenković je docentkinja Katedre za socijalnu medicinu Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Doktorsku disertaciju pod nazivom „Istraživanje socijalno ekonomskih nejednakosti i korišćenja zdravstvenih usluga među ženama i decom u Srbiji“ odbranila je na Medicinskom fakultetu Univerzitetu u Beogradu 2017. godine. U Školi javnog zdravlja radi kao predavač i mentor, na master i doktorskim programima. Njene istraživačke aktivnosti pokrivaju seksualno i reproduktivno zdravlje, zdravlje dece, ranjive društvene grupe i istraživačku etiku. Ima bogato iskustvo u domaćim i međunarodnim projektima i objavila je niz naučnih članaka u recenziranim časopisima.

Dr Aleksandar Stevanović je saradnik u nastavi Katedre za socijalnu medicinu Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Trenutno pohađa doktorske akademske studije u oblasti javnog zdravlja i zdravstvenu specijalizaciju iz socijalne medicine. Učesnik je brojnih kongresa u zemlji i inostranstvu na temu zdravstvenih inovacija, a 2016. godine Ministarstvo spoljnih poslova Francuske dodelilo mu je titulu mladog ambasadora za ljudska prava. Fokus njegovih istraživačkih aktivnosti obuhvata merenje opterećenja društva bolešću, infodemiologiju i socijalne determinante zdravlja.

Prof. dr Zorica Terzić Šupić je profesorka Katedre za socijalnu medicinu Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Specijalista je socijalne medicine, supspecijalista zdravstvenog vaspitanja, sa posebnim interesovanjem za javnozdravstvena istraživanja mentalnog zdravlja i menadžment u zdravstvenom sistemu. Integrisane studije medicine završila je 1997. godine, sa prosečnom ocenom 9,17. Godine 2003. završila je magistarske studije i odbranila magistarsku tezu pod nazivom „Procena kvaliteta života kod pacijenata sa srčanom insuficijencijom“. Doktorsku disertaciju pod nazivom „Istraživanje povezanosti unapređenja strateškog menadžmenta sa funkcionisanjem i kvalitetom rada bolnica“ odbranila je 2010. godine.

Asist. dr Jovana Todorović je asistentkinja Katedre za socijalnu medicinu Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Specijalista je socijalne medicine, sa interesovanjem za oblast promocije zdravlja u populaciji mladih odraslih osoba. Integrisane studije medicine završila je 2014. godine, sa prosečnom ocenom 9,68. Godine 2017. odbranila je master tezu „Fizička aktivnost među studentima medicine“ na modulu Fizička aktivnost, zdravlje i terapija vežbanjem, a doktorsku disertaciju „Efekat javno-zdravstvene intervencije za unapređenje fizičke aktivnosti trudnica i prevenciju gestacionog dijabetesa“ odbranila je 2020. godine.

Prof. dr Milena Šantrić Milićević je profesorka Katedre za socijalnu medicinu Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Magistrirala je sa temom iz oblasti zdravstvene politike („Uspostavljanje prioriteta u prevenciji bolesti i povreda na nacionalnom nivou“), doktorirala sa temom iz oblasti zdravstvene politike i menadžmenta („Modelovanje planiranja potrebnih zdravstvenih kadrova u javnom sektoru zdravstvene zaštite na nacionalnom nivou“), specijalizirala se u oblasti socijalne medicine, a uža specijalizacija joj je iz oblasti zdravstvenog vaspitanja. Ima preko 280 publikacija (h-index = 37). Mentorka/komentorka i članica komisija je za više od 100 studentskih radova.

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

316.644:[616.98:587.834(497.11)]"2020"(082)
364.69:614.2(497.11)"2020"(082)

STARE i nove nejednakosti u zdravlju tokom pandemije covid-19 /
[urednik Aleksandar Stevanović]. - Beograd : Rosa Luxemburg Stiftung
southeast europe, 2022 (Beograd : Standard 2). - 160 str. ; 21 cm. -
(Edicija Nove perspektive ; 9)

Tiraž 300. - Str. 9-12: Predgovor / Aleksandar Stevanović. - O autorima: str.
153-156. - Napomene i bibliografske reference uz tekst. - Bibliografija uz
svako poglavlje.

ISBN 978-86-88745-49-9

а) Здравствена заштита -- Ковид 19 -- Пандемија -- Србија -- 2020-2021
-- Зборници б) Друштвена заштита -- Ковид 19 -- Пандемија -- Србија -
- 2020 -- Зборници

COBISS.SR-ID 72234505

“Publikacija predstavlja skroman doprinos sveukupnim naporima u stvaranju *nove normalnosti* – pokretanju globalnih i lokalnih društvenih promena koje će zastupati pravedan i pravičan pristup zaštiti zdravlja stanovništva. Autori koriste kontekst pandemije COVID-19 kako bi ukazali na to da, uprkos nezapamćenom tehnološkom razvoju novog milenijuma, pitanje pravičnosti ostaje ključno tokom ove, ali i svih budućih javnozdravstvenih kriza.”

Iz *Predgovora*

