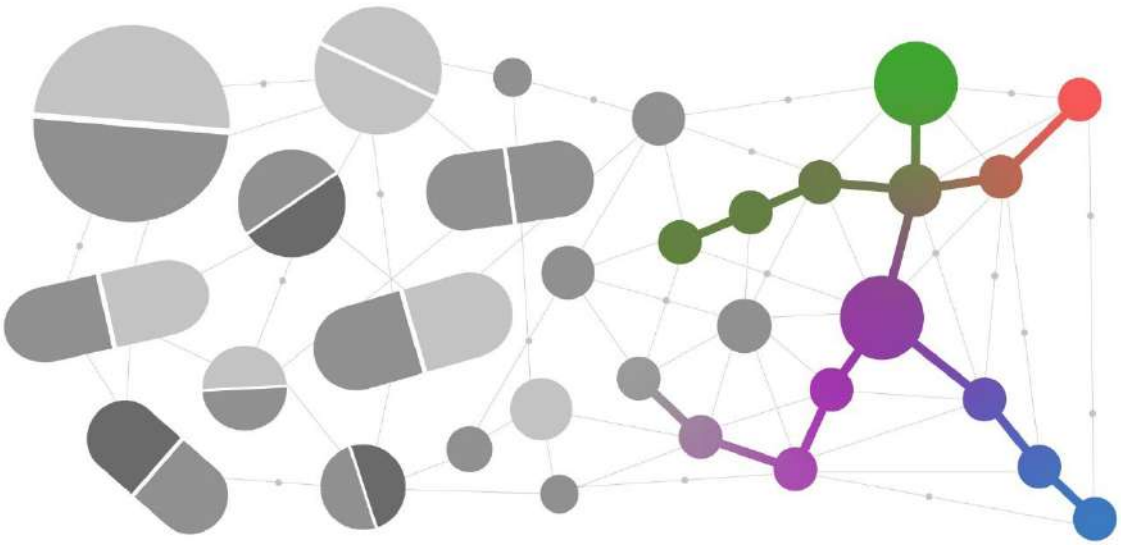
NACIONALNA NAUČNA KONFERENCIJA

PSIHOSOCIJALNA ADAPTACIJA
OSOBA SA ZDRAVSTVENIM POTEŠKOĆAMA

ZBORNIK RADOVA

Glavni i odgovorni urednici:
Violeta Tadić
Ana Batrićević



Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
Beograd, 29. maj 2026. godine

Ovaj zbornik radova sa nacionalne naučne konferencije „Psihosocijalna adaptacija osoba sa zdravstvenim poteškoćama“, održane 29. maja 2026. godine u Beogradu na Institutu za kriminološka i sociološka istraživanja, nastao je kao rezultat angažovanja glavnih i odgovornih urednika dr Violete Tadić i dr Ane Batrićević u skladu sa Planom rada Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja za 2026. godinu (na osnovu ugovora br. 451-03-33/2026-03 / 200039 sa Ministarstvom nauke, tehnološkog razvoja i inovacija Republike Srbije).

Stavovi izneti u radovima su lični stavovi autora i ne odražavaju nužno stavove urednika i izdavača. Autori snose isključivu odgovornost za sadržaj i originalnost svojih radova.

NACIONALNA NAUČNA KONFERENCIJA

„Psihosocijalna adaptacija osoba sa zdravstvenim poteškoćama“

Beograd, 29. maj 2026. godine

ZBORNIK RADOVA

Izdavač:
Institut za kriminološka i sociološka istraživanja

Za izdavača:
Dr Ivana Stevanović, Direktor, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja

Glavni i odgovorni urednici:
Dr Violeta Tadić, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
Dr Ana Batrićević, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja

Recenzenti:
Prof. dr Boris Kordić, Univerzitet u Beogradu, Fakultet bezbednosti
Dr Anđela Đukanović, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
Dr Ivana Stepanović, Institut za napredne studije Kőszeg (iASK), Mađarska

Prelom teksta:
Dr Ana Batrićević, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja

Dizajn omota:
Dr Ana Batrićević, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja

ISBN: 978-86-80756-96-7
https://doi.org/10.47152/psihsoc2026

Publikacija izlazi na CD-u
Broj kopija: 20

Zbornik radova je publikovan i na internet stranici Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja www.iksi.ac.rs

© 2026 by authors

This collection of papers is an open access distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International

PROGRAMSKI ODBOR

- Dr Violeta Tadić, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja (predsednik programskog odbora)
- Dr Ivana Stevanović, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
- Prof. dr Milana Ljubičić, Univerzitet u Beogradu - Filozofski fakultet
- Prof. dr Danica Vasiljević Prodanović, Univerzitet u Beogradu - Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju
- Prof. dr Sanja Ćopić, Univerzitet u Beogradu - Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju
- Prof. Dr Branislava Popović Ćitić, Univerzitet u Beogradu - Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju
- Prof. dr Milica Kovačević, Univerzitet u Beogradu - Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju
- Prof Dr Aleksandra Ilić, Univerzitet u Beogradu - Fakultet bezbednosti
- Dr Marina Kovačević Lepojević, Institut za pedagoška istraživanja
- Dr Aleksandra Marković, Univerzitet u Beogradu - Filozofski fakultet, Institut za sociološka istraživanja
- Dr Milena Milićević, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
- Dr Hajdana Glomazić, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
- Dr Anđela Đukanović, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
- Dr Ana Paraušić Marinković, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
- Dr Marija Čolić, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
- Dr Filip Mirić, Univerzitet u Nišu - Pravni fakultet
- Dr Vida Vilić, Klinika za dentalnu medicinu Niš
- Dr Dušan Zarić, Kliničko-bolnički centar Zvezdara
- Doc. dr Miljan Folić, Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Klinički centar Srbije
- MA Lidija Bukvić, Univerzitet u Beogradu - Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

ORGANIZACIONI ODBOR

- Dr Ana Batrićević, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja (predsednik organizacionog odbora)
- Dr Natalija Živković, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
- MA Andrej Kubiček, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
- MA Nikola Drndarević, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
- MA Maša Marković, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
- MA Miona Vasić, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
- MA Teodora Gojković, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
- MA Svetlana Pavlović, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
- MA Đorđe Volarević, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
- MA Lazar Radonjić, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
- MA Tina Prvulović, Univerzitet u Beogradu – Filozofski fakultet
- MA Marija Marsenić, Institut za evropske studije
- MA Ivona Leskur, Institut za evropske studije
- MA Stefan Zdravković, Institut za sociološka istraživanja

SADRŽAJ

PREDGOVOR 9

Violeta Tadić
Ana Batrićević

OSOBE SA DIJAGNOZOM KANCERA: OD ŽRTVE DO POBEDNIKA 17

Vesna Nikolić-Ristanović

SOCIJALNA INKLUZIJA KAO OSNOVNO PRAVO OSOBA SA INVALIDITETOM 59

Danica Vasiljević-Prodanović
Zoran Pavlović
Milica Kovačević

PREVENCIJA VIKTIMIZACIJE OSOBA SA INVALIDITETOM KAO PREDUSLOV STVARANJA INKLUZIVNOG DRUŠTVA 91

Filip Mirić

IZVAN DIJAGNOZE: MOJA DIJAGNOZA JE NEVIDLJIVA. MOJA PRAVA NISU! 109

Jasna Stojanović
Olivera Ćulibrk

ZNAČAJ RADNOG ANGAŽMANA ZA LJUDE S MARGINE: IZ NJIHOVE PERSPEKTIVE 145

Milana M. Ljubičić

PSIHOSOCIJALNA ADAPTACIJA OSOBA SA ZDRAVSTVENIM POTEŠKOĆAMA U KONTEKSTU ANTIDISKRIMINACIONIH PROPISA I JEDNAKOG PRISTUPA STOMATOLOŠKIM USLUGAMA 167

Vida Vilić

PSIHOSOCIJALNA ADAPTACIJA NA GUBITAK KOSE USLED HEMIOTERAPIJE IZ UGLA ŽENA LEČENIH OD RAKA DOJKE U SRBIJI 193

Azra Šoljanin
Ana Batrićević

SOCIJALNA PODRŠKA OSOBAMA SA DEMENCIJOM I SRODNICIMA KOJI BRINU O NJIMA 225

Nadežda Satarić
Slađana Pavković

PROGRAMSKI MODEL KLUBA ZA MLADE: POTENCIJALNI DOPRINOS PSIHOSOCIJALNOJ ADAPTACIJI MLADIH SA ZDRAVSTVENIM TEŠKOĆAMA 245

Marija Jovanović Stojaković
Lidija Bukvić
Dragana Bogićević
Branislava Popović-Ćitić

UTICAJ MENTALNOG ZDRAVLJA ČLANOVA PORODICE NA KRIMINALNO PONAŠANJE 267

Jasmina Igrački

BIOGRAFIJE AUTORA 315

https://doi.org/10.47152/psihsoc2026.0

Violeta Tadić*
Institut za kriminološka i sociološka istraživanja
Ana Batrićević*
Institut za kriminološka i sociološka istraživanja

PREDGOVOR

Gotovo da nema osobe koja se makar u nekoj životnoj fazi nije suočila sa određenim zdravstvenim poteškoćama ili ponela teret narušenog zdravlja svojih bližnjih. Blaže ili teže, privremene ili hronične, vidljive ili skrivene, nesporno je da zdravstvene poteškoće spadaju u ozbiljne egzistencijalne izazove. Njihove posledice dalekosežne su i višedimenzionalne. One narušavaju kvalitet života pojedinca, ograničavajući njegov pristup osnovnim ljudskim pravima i utiču na gotovo sve aspekte njegove svakodnevice: rad i zapošljavanje, obrazovanje, međuljudske odnose, slobodno vreme, komunikaciju, transport…

Budući da osobu čine naročito ranjivom, a neretko i zavisnom od drugih, zdravstvene poteškoće mogu predstavljati okidač za različite oblike viktimizacije, počevši od stigmatizacije, diskriminacije i sistemske marginalizacije, preko mobinga, pa do izloženosti fizičkom, psihičkom, ekonomskom ili seksualnom nasilju u porodici i partnerskim odnosima. U tom smislu, može se konstatovati da zdravstvene poteškoće osim medicinskog imaju i psihološki, sociološki, viktimološki, kriminološki, radnopravni, krivičnopravni, bezbednosni, politički, ekonomski i rodni aspekt. Upravo zato ih treba sagledavati sa svešću o tome da je reč o kompleksnim i

* E-mail: tadicv33@gmail.com ORCID: https://orcid.org/0009-0000-6060-8243

* E-mail: anabatricevic85@gmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1727-4222

višeslojnim fenomenima, čije proučavanje zahteva multidisciplinarni, a rešavanje multisektorski pristup.

Način na koji ćemo odgovoriti na zdravstvene poteškoće, bilo kao pojedinci bilo kao zajednica zavisi od niza faktora. Neki od njih ostaju u potpunosti izvan našeg domašaja, dok druge možemo koliko-toliko držati pod kontrolom. Imajući u vidu da od toga u krajnjoj liniji zavisi ostvarivanje fundamentalnih ljudskih prava (na život, zdravstvenu zaštitu i odgovarajući životni standard, obrazovanje, rad, kretanje i dr.) bavljenje ovom problematikom ima veliki društveni značaj. Upravo to je bio razlog za organizovanje nacionalnog naučnog skupa „Psihosocijalna adaptacija osoba sa zdravstvenim poteškoćama“, 29. maja 2026. godine na Institutu za kriminološka i sociološka istraživanja u Beogradu, koji je okupio članove akademske zajednice iz oblasti: specijalne edukacije i rehabilitacije, prava, sociologije, psihologije, kriminologije, viktimologije, bezbednosti, farmacije, ali i praktičare – pravnike i aktiviste angažovane u udruženjima pacijenata. Na konferenciji je prezentovano ukupno 20 izlaganja, koja su u vidu sažetaka objavljena u Zborniku apstrakata, dok je od toga za publikovanje u Zborniku radova pristiglo 10 radova.

U radu ***„Osobe sa dijagnozom kancera: od žrtve do pobednika“***, prof. dr Vesna Nikolić-Ristanović bavi se analizom primarne i sekundarne viktimizacije kojoj su izložene osobe sa dijagnozom kancera, ali i proučavanjem njihovih potreba i podrške koja im je potrebna, naročito u periodu nakon završenih medicinskih tretmana. Polazeći od primera ličnih iskustava i prakse podrške u svetu i Srbiji, u ovom radu se analiziraju različiti aspekti aktivnog odnosa prema lečenju i brige o sebi i mogućnosti za dobijanje odgovarajuće podrške na tom putu. Rad je zasnovan na spontanom istraživanju tokom suočavanja autorke sa kancerom, kao i na analizi različitih izvora informacija korišćenjem etnografskog multimetoda – naučne literature, ali i ličnih iskustava drugih osoba o kojima su saznanja dobijena putem neformalnih razgovora i objavljenih ličnih ispovesti, putem društvenih mreža i drugih izvora.

U radu ***„Socijalna inkluzija kao osnovno pravo osoba sa invaliditetom“***, autori prof. dr Danica Vasiljević-Prodanović, prof. dr Zoran Pavlović i prof. dr Milica Kovačević, kritički analiziraju proces

poboljšanja sposobnosti, mogućnosti i dostojanstva osoba sa invaliditetom kako bi one u potpunosti mogle da učestvuju u društvu. U tom smislu, autori ističu da napredak na planu zakonodavstva i podizanja svesti društva ne doprinosi dovoljno uklanjanju fizičkih, socijalnih i ekonomskih prepreka niti ublažavanju stavova zaslužnih za ograničavanje pristupa ovih osoba obrazovanju, zapošljavanju, zdravstvenoj zaštiti i ravnopravnom životu u zajednici. Ovaj rad ukazuje na značaj inkluzivnih politika, mera obezbeđivanja pristupačnosti, jednakih mogućnosti, jačanja samostalnosti i učešća u društvenom životu. Takođe, u radu se naglašava uloga državnih institucija, nevladinih organizacija i celokupne zajednice u promovisanju inkluzivnog okruženja i borbi protiv stigme i diskriminacije.

Dr Filip Mirić u radu ***„Prevencija viktimizacije osoba sa invaliditetom kao preduslov stvaranja inkluzivnog društva“*** ukazuje na to da su osobe sa invaliditetom u povišenom riziku od viktimizacije, naročito kada su u pitanju kriminalitet nasilja, krivična dela protiv života i tela, krivična dela protiv imovine, krivična dela protiv polne slobode i protiv prava čoveka i građanina, te da u pogledu njihove viktimizacije postoji visok stepen tamnih brojki. Autor u radu analizira mehanizme krivičnopravne zaštite osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji, ne samo sa normativnog, već i sa šireg društvenog aspekta, posmatrajući ih kao preduslov stvaranja inkluzivnog društva. Cilj njegovog rada jeste da se istakne potreba sinergijskog delovanja svih društvenih činilaca u procesu stvaranja inkluzivnog društva.

Rad ***„Izvan dijagnoze: moja dijagnoza je nevidljiva. Moja prava nisu!“*** autorki Jasne Stojanović i Olivere Ćulibrk istražuje svojevrsan paradoks „nevidljivog invaliditeta“ sa kojim se suočavaju osobe sa zapaljenskim bolestima creva (IBD). Autorke ističu da iako su simptomi bolesti fizički prisutni, pravni i socijalni status pacijenta često ostaje nedefinisan u očima sistema i okruženja. Polazeći od hipoteze da nedostatak pravne pismenosti direktno narušava proces psihosocijalne adaptacije, stvarajući hronični stres usled straha od diskriminacije ili gubitka egzistencije u svim fazama života – od obrazovanja do radnog odnosa, autorke ukazuju na to da su pacijenti često u podređenom položaju u odnosu na sistem. One

takođe ističu da se jaz koji postoji između zakonski zagarantovanih prava i njihove praktične primene, negativno odražava na socio-ekonomski status i mentalno zdravlje obolelih, ostavljajući ih bez adekvatne zaštite u oblastima socijalnog osiguranja i radnog prava. Naslov rada potiče od istoimene kampanje koju je pokrenulo udruženje UKUKS, u saradnji sa advokaticom Jasnom Lj. Stojanović, a čiju okosnicu čine tematski vodiči koji obuhvataju: radna prava i njihovu zaštitu, pravo na obrazovanje, prava u vezi sa zapošljavanjem, pravnu zaštitu osoba sa invaliditetom (OSI) i socijalna prava. Autorke objašnjavaju da pravno osnaživanje predstavlja ključnu komponentu psihosocijalne adaptacije, te da se pomeranjem fokusa sa same dijagnoze na aktivno upravljanje pravnim statusom, pacijentu daje alat za očuvanje dostojanstva i sigurnosti. Autorke zaključuju da je integracija pravne podrške u rad udruženja pacijenata neophodan korak ka potpunoj socijalnoj inkluziji i unapređenju kvaliteta života hronično obolelih u Srbiji.

Prof. dr Milana M. Ljubičić se u radu ***„Značaj radnog angažmana za ljude sa margine: iz njihove perspektive“*** bavi istraživanjem značaja koji radno angažovanje ima za osobe koje su istovremeno i mentalno obolele i siromašne. Autorka objašnjava da mentalna bolest koja nije adekvatno tretirana, može imati negativan uticaj na profesionalni život pojedinca. S druge strane, ona ističe da nezaposlenost, uz odsustvo formalnih servisa za podršku, obolele ljude osuđuje na socijalnu izolaciju i siromaštvo, dovodeći mnoge od njih na društvenu marginu kao bolesne, stigmatizovane, izolovane i siromašne. U tom kontekstu, autorka postavlja pitanje da li radni angažman može pojedince izvesti iz ovog začaranog kruga, sa posebnim fokusom na nastojanje da se utvrdi kako je status zaposlenog uvezan sa njihovom mentalnom bolešću i slikom koju imaju o sebi, odnosno da se opišu trajektorije izlaska sa, i ponovnog ulaska na tržište rada i istraže kakvu ulogu rad ima u svakodnevici ovih ljudi i njihovim planovima za budućnost. Nalazi istraživanja pokazali su da rad za ove osobe ima višestruko značenje, te da je povrh materijalne, njihova dobit od radnog angažovanja i emocionalna i u identitetskom smislu izuzetna, budući da to što su radno angažovani, predstavlja ključni dokaz da i oni pripadaju društvu.

Dr Vida Vilić se u svom radu ***„Psihosocijalna adaptacija osoba sa zdravstvenim poteškoćama u kontekstu antidiskriminacionih propisa i jednakog pristupa stomatološkim uslugama“*** bavi analizom relevantnih međunarodnih i nacionalnih propisa koji garantuju zabranu diskriminacije, kao i praktičnih prepreka koje se javljaju u stomatološkoj praksi – počevši od arhitektonskih, preko komunikacionih pa do organizacionih. Poseban fokus usmeren je na značaj univerzalnog dizajna, edukaciju stomatologa i primere dobre prakse koji doprinose inkluzivnom zdravstvenom sistemu. Autorka u ovom radu ističe da se psihosocijalna adaptacija osoba sa zdravstvenim poteškoćama ne može sagledavati odvojeno od društvenog i pravnog okvira u kojem se odvija, te da stomatološke usluge, kao deo opšte zdravstvene zaštite, moraju biti dostupne svima, bez obzira na fizičke, psihičke ili socijalne poteškoće. U skladu sa tim, autorka naglašava da diskriminacija u pristupu zdravstvenim uslugama, pa samim tim i stomatološkim, predstavlja ozbiljnu prepreku integraciji i očuvanju kvaliteta života ovih osoba, te podvlači da antidiskriminacioni propisi i zakoni o pravima pacijenata postavljaju temelje za jednak tretman, ali da njihova primena u praksi zahteva stalnu kontrolu, edukaciju zdravstvenih radnika i podizanje svesti javnosti o toj temi.

Autorke MA Azra Šoljanin i dr Ana Batrićević u radu ***„Psihosocijalna adaptacija na gubitak kose usled hemioterapije iz ugla žena lečenih od raka dojke u Srbiji“*** analiziraju odražavanje gubitka kose tokom hemioterapije na različite aspekte kvaliteta života žena lečenih od raka dojke. Autorke ističu da se suočavanje sa dijagnozom i podvrgavanje invazivnim i radikalnim medicinskim tretmanima i zahvatima samo po sebi predstavlja izazov na svim životnim poljima, te da ostanak bez kose kao simbola ženstvenosti može dovesti do pada samopouzdanja, osećaja tuge, stida i nemoći, što neretko vodi u depresiju i socijalnu izolaciju. Štaviše, autorke podvlače da u pojedinim slučajevima, strah od gubitka kose i stigmatizacije koja ga u nekim sredinama prati prevladava nad željom za izlečenjem, uzrokujući odustanak od terapija. Sa druge strane, u radu je naglašeno i to da svest o privremenosti tog stanja, podrška porodice i šire zajednice, kao i drugih žena koje su prošle kroz ista ili slična iskustva olakšavaju adaptaciju pacijentkinja. Autorke polaze od hipoteze da privremeni

gubitak kose tokom hemioterapije izaziva posledice na različitim životnim poljima, te da se negativno odražava na percepciju sopstvene ženstvenosti, ali da podrška porodice, šire zajednice i medicinskog osoblja može u znatnoj meri pomoći ženi da taj izazov prevaziđe. Nakon sprovedenog empirijskog istraživanja, one zaključuju da podrška okoline, informisanost i lični kapaciteti za suočavanje sa izazovima mogu značajno unaprediti i olakšati psihosocijalnu adaptaciju na privremeni gubitak kose usled hemioterapije.

U radu ***„Socijalna podrška osobama sa demencijom i srodnicima koji brinu o njima“,*** autorke Nadežda Satarić i Slađana Pavković bave se pitanjem koje oblike socijalne podrške negovatelji osoba sa demencijom koriste i šta je ono što im u tom smislu najviše nedostaje. Uprkos tome što demenciju karakterišu gubitak kognitivnih funkcija, promene ličnosti i ponašanja, te postepeni gubitak svakodnevnih veština, autorke ističu da ona u Srbiji nije prepoznata kao zdravstveni prioritet, iako pogađa i obolele i njihove porodice. U skladu sa tim, autorke navode da negu obolelima od demencije u 70–80% slučajeva pruža porodica. U radu su prezentovani rezultati novog istraživanja o vidovima socijalne podrške koje je sprovelo Srpsko udruženje za Alchajmerovu bolest (SUAB), a koje je uključilo anketu sa 35 negovatelja i 20 intervjua sa negovateljima osoba sa demencijom. Nalazi su objedinjeni u sledećim temama i podtemama: „Ja brinem o osobi sa demencijom, a ko brine o meni?“ (podteme: Zdravstveni i socijalni sistem niti dovoljno poznaju, niti priznaju demenciju; Moje vreme ne postoji – ja sam samo negovatelj; SUAB je podrška, ali potrebe su mnogo veće); „Lekar prepisuje lekove, a za sve ostalo snađite se sami“ (podtema: Da nema SUAB-a, negovatelji ne bi znali za nefarmakološke terapije); „Prepreka u pružanju nege nije samo sistem već i ’drugi’“ (podtema: Pomoć u kući ako si srećne ruke); „Porodica je najvažnija karika podrške, a ta karika puca“; „Dnevni centar je urgentan – to bi promenilo život negovateljima“ (podtema: Smanjiti društvenu izolovanost i stigmu, a omogućiti predah). Autorke zaključuju da je podrška koju SUAB pruža osobama sa demencijom i negovateljima primenom rekreativnih, kreativnih i kognitivnih aktivnosti, kao i psihosocijalne podrške, značajna, ali

nedovoljna, te da je potrebno uključiti i državne strukture da bi život osoba sa demencijom i negovatelja dobio na kvalitetu.

Autorke prof. dr Branislava Popović-Ćitić, Marija Jovanović Stojaković, Lidija Bukvić i Dragana Bogićević u radu ***„Programski model kluba za mlade: potencijalni doprinos psihosocijalnoj adaptaciji mladih sa zdravstvenim teškoćama“*** objašnjavaju da psihosocijalna adaptacija mladih koji spadaju u tu grupu predstavlja složen, dinamičan i kontekstualno uslovljen razvojni proces koji, pored karakteristika zdravstvenog stanja, u velikoj meri zavisi od kvaliteta socijalnog okruženja i dostupnosti podrške u zajednici. One podvlače da savremeni pristupi sve više naglašavaju značaj programa u zajednici koji dopunjuju zdravstvene, obrazovne i socijalne usluge kroz razvoj socijalnih kompetencija, vršnjačke podrške i aktivne participacije mladih. U tom smislu, cilj njihovog rada jeste da kroz konceptualnu analizu predstavi programski model Kluba za mlade, koji realizuje CEPORA - Centar za pozitivan razvoj dece i omladine, i razmotri njegov potencijalni doprinos psihosocijalnoj adaptaciji mladih sa zdravstvenim teškoćama. Analiza je zasnovana na relevantnoj teorijskoj literaturi iz oblasti psihosocijalne adaptacije, omladinskog rada i podrške u zajednici, kao i na višegodišnjoj programskoj dokumentaciji Kluba. Razmotrene su ključne organizacione i metodološke karakteristike programa, sa posebnim osvrtom na razvoj socijalnih kompetencija, vršnjačke podrške, osećaja pripadnosti, autonomije, rezilijentnosti i socijalne uključenosti. Nalazi ukazuju da kontinuirani grupni rad, iskustveno učenje, aktivna participacija mladih, individualna podrška i aktivnosti u zajednici predstavljaju međusobno povezane komponente programskog modela koje mogu doprineti jačanju protektivnih faktora povezanih sa uspešnijom psihosocijalnom adaptacijom mladih sa zdravstvenim teškoćama.

Rad ***„Uticaj mentalnog zdravlja članova porodice na kriminalno ponašanje“,*** čija je autorka dr Jasmina Igrački, istražuje psihološke faktore koji utiču na kriminalitet unutar porodice, fokusirajući se na mentalno zdravlje članova porodice kao ključni element. Analizirajući različite studije i teorije, u radu je analizirano kako poremećaji mentalnog zdravlja, poput depresije, anksioznosti i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, mogu doprineti nasilnom

ponašanju i kriminalnim aktivnostima. Takođe, autorka razmatra uticaj porodične dinamike, kao što su disfunkcionalni obrasci komunikacije i emocionalne povezanosti na razvoj kriminalnog ponašanja. Istraživanje ukazuje na to da podrška i intervencije usmerene na poboljšanje mentalnog zdravlja članova porodice mogu značajno smanjiti rizik od kriminaliteta. Ovaj rad naglašava važnost holističkog pristupa u prevenciji kriminala, koji uključuje rad sa porodicama kako bi se stvorilo zdravije okruženje i smanjila mogućnost pojave kriminalnih aktivnosti.

Nakon prezentovanja sažetaka radova koji čine ovaj zbornik, zahvaljujemo se svima koji su učestvovali na konferenciji, bilo kao izlagači, bilo kao slušaoci – članovima akademske zajednice, ali i aktivistima - predstavnicima i zastupnicima udruženja pacijenata. Veliku zahvalnost dugujemo i kolegama iz programskog i organizacionog odbora, koji su svojim zalaganjem omogućili da konferencija protekne u skladu sa planovima i očekivanjima. Zahvalne smo i recenzentima na angažovanju i spremnosti da nam pruže podršku na putu istraživanja ove teme i okupljanja stručnjaka koji se njome bave. Najiskrenije se nadamo da će različiti aspekti zdravstvenih poteškoća biti predmet budućih naučnih istraživanja i konferencija, sa željom da se pomogne svima koji se sa takvim iskušenjima suočavaju.

U Beogradu, 2026. godine

Urednice

Violeta Tadić i Ana Batrićević

https://doi.org/10.47152/psihsoc2026.1

Vesna Nikolić-Ristanović*
Viktimološko društvo Srbije

OSOBE SA DIJAGNOZOM KANCERA: OD ŽRTVE DO POBEDNIKA

Predmet rada je analiza viktimizacije (primarne i sekundarne) kojoj su izložene osobe sa dijagnozom kancera, njihovih potreba i odgovarajuće podrške. Posebna pažnja posvećuje se potrebi za očuvanjem aktiviteta i različitim aspektima podrške nakon završenih medicinskih tretmana. Nakon definisanja pojmova žrtva, preživeli-a i pobednik-ca, analiziraju se primeri povređujućih iskustava sa kojima se ove osobe suočavaju u kontaktu sa institucijama i širim i užim društvenim okruženjem, a zatim i njihove potrebe, kao i mogući putevi ka preživljavanju i ličnoj transformaciji. Ukazuje se na značaj odgovarajućeg odnosa i podrške bliskih lica, stručnjaka i šire zajednice, sa posebnim naglaskom na podršku nakon uspešno sprovedenih medicinskih tretmana.

Raspoloživa saznanja pokazuju da, u momentu kada je lečenje završeno i osoba prebačena na režim redovnih kontrola, ne postoje jasne smernice za njenu dalju brigu o sebi u cilju sprečavanja ponovnog javljanja bolesti. Štaviše, raspoloživi podaci pokazuju da svega 20% osoba koje su preživele kancer unese značajne promene u svoj život nakon dijagnoze i lečenja. Na drugoj strani, postoje dokazi da se odgovarajućom brigom o sebi može, ne samo sprečiti ponovno javljanje kancera, već se mogu postići i promene koje će suštinski unaprediti život i uvećati stepen životnog zadovoljstva preživelih (eng. thriving). Odgovarajuća briga o sebi treba da

* E-mail: vnikolicristanovic@gmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5882-2662

obuhvati kontinuiranu brigu o telu, kao i o mentalnim, emocionalnim i duhovnim aspektima.

Polazeći od primera ličnih iskustava i prakse podrške u svetu i Srbiji, u radu se analiziraju različiti aspekti aktivnog odnosa prema lečenju i brige o sebi (šta osoba sa dijagnozom kancera može i treba da uradi) i mogućnosti za dobijanje odgovarajuće podrške na tom putu. Rad je baziran na spontanom istraživanju tokom sopstvenog suočavanja sa kancerom i analizi različitih izvora informacija korišćenjem etnografskog multimetoda. Analizirana je naučna literatura, ali i lična iskustva drugih osoba o kojima su saznanja dobijena putem neformalnih razgovora, objavljenih ličnih ispovesti, putem društvenih mreža i drugih izvora.

Ključne reči: *osobe sa dijagnozom kancera, viktimizacija, potrebe, podrška, post-traumatski rast.*

Uvod

Ovaj rad ima za cilj analizu viktimizacije i potreba osoba sa dijagnozom kancera, sa posebnim akcentom na značaj i karakteristike odgovarajuće podrške - pre, tokom i nakon sprovedenih medicinskih tretmana.

Nakon definisanja pojmova žrtva, preživeli-a i pobednik-ca, analiziraju se primeri povređujućih iskustava sa kojima se ove osobe suočavaju u kontaktu sa institucijama i širim i užim društvenim okruženjem, a zatim i njihove potrebe, kao i mogući putevi ka preživljavanju i ličnoj transformaciji. Posebna pažnja posvećena je potrebi za očuvanjem aktiviteta i različitim aspektima brige o sebi i podrške nakon uspešno završenih medicinskih tretmana, kao neophodnim, a često nedovoljno prepoznatim,

karikama na putu osoba sa dijagnozom kancera od žrtve do pobednika.

U tom smislu, polazeći od primera ličnih iskustava, istraživanja i prakse podrške u svetu i Srbiji, u radu se analiziraju različiti aspekti aktivnog odnosa prema lečenju i brige o sebi (šta osoba sa dijagnozom kancera može i treba da uradi) i mogućnosti za dobijanje odgovarajuće podrške na tom putu.

Pored teorijskog, rad ima i praktični cilj, koji se ogleda u podizanju svesti osoba sa dijagnozom kancera o optimalnoj brizi o sebi, kao i svesti šire zajednice o neophodnosti sistemskih rešenja koja bi prevenirala sekundarnu viktimizaciju i obezbedila optimalnu podršku osobama sa dijagnozom kancera. Rezultat usvajanja i primene takvih sistemskih rešenje trebao bi da bude što veći broj preživelih i pobednika-ca.

Osobe sa dijagnozom kancera kao žrtve, preživeli-e i pobednici-e[1]

Kao i u svojim ranijim radovima, i u ovom radu koristim termin osoba sa dijagnozom kancera, koji se sastoji iz dva dela: kancer i osoba sa dijagnozom. Kada je u pitanju termin kancer, koristim ga jer mi se čini da je on manje stigmatizirajući od termina rak. S druge

[1] U ovom delu rada, kao i u delovima koji se odnose na viktimizaciju osoba sa dijagnozom kancera, u dobroj meri sam, uz saglasnost časopisa *Temida,* koristila svoj rad Osobe sa dijagnozom kancera kao žrtve/preživeli: obrasci viktimizacije, osnažujuća podrška i posttraumatski rast (Nikolić-Ristanović, 2015).

strane, odlučila sam se za termin osobe sa dijagnozom kancera, umesto termina obolele osobe, jer smatram da je on precizniji.

Naime, kategorije bolesnih i osoba sa dijagnozom se samo delimično poklapaju. Ljudi koji su bolesni od kancera često dugo vremena nisu svesni svoje bolesti sve do postavljanja dijagnoze. Dok bolest ne pokaže simptome ili bude na drugi način otkrivena i dijagnostikovana, ove osobe obično nisu svesne da je imaju, pa se i ne obraćaju za pomoć. One nisu svesne svojih potreba, nisu kao takve registrovane, niti su dostupne za istraživanja i podršku. Takođe, samo postavljanje dijagnoze često menja život obolele osobe u većoj meri nego sama bolest, pa samim tim dovodi do raznih viktimizirajućih iskustava. Najzad, u slučaju pogrešne dijagnoze, dijagnoza, a ne bolest, jeste ključni viktimizirajući događaj.

Osobe sa dijagnozom kancera mogu se posmatrati kao žrtve same bolesti, ali i drugih, sa njom povezanih, viktimizacija, uključujući i kriminalnu viktimizaciju. U savremenoj kriminološkoj literaturi oboljevanje od kancera se sve češće pominje kao jedna od mnogih posledica najskrivenijih i najopasnijih oblika kriminaliteta, poput korporacijskog i ekološkog kriminaliteta, prevara potrošača i drugih oblika kriminaliteta belog okovratnika (Fisher, Lab, 2010; Hall, 2011). Samim tim, osobe sa dijagnozom kancera se u tom smislu mogu smatrati i žrtvama kriminaliteta.

Kritička kriminologija i viktimologija otišle su i nekoliko koraka dalje, tako da kriminalitet posmatraju šire, kao ponašanja koja prouzrokuju društvenu štetu (eng. *social harm*) - nezavisno od toga

da li su zakonom propisana kao krivična dela. Ovo je posebno značajno kada su u pitanju različita ponašanja štetna po zdravlje čoveka, do kojih dolazi putem najraznovrsnijih oblika zagađenja čovekove sredine. Po tom određenju, žrtve su sve osobe koje osećaju da su pretrpele povredu ili štetu, uključujući i osobe sa dijagnozom kancera, nezavisno od toga kakav je stav države po tom pitanju (Hall, 2011). Kada je u pitanju kancer, u konkretnom slučaju je često teško dokazati postojanje uzročno-posledične veze, ali ima i primera gde je utvrđena direktnija veza između po zdravlje štetnih ponašanja i oboljevanja od kancera. [2]

Preovlađujuća društvena konstrukcija osoba sa dijagnozom kancera posmatra ove osobe kroz dve krajnosti: kao pasivne žrtve osuđene na smrt ili kao preživele, odnosno kao aktivne osobe koji su, zahvaljujući svom aktivitetu, uspele da prežive (eng. *survivors*). Pri tome, čini se da je prva konstrukcija još uvek dominantna, s obzirom da kod većine ljudi i sama pomisao na ovu bolest asocira na smrt.

S druge strane, društvena konstrukcija preživljavanja kancera se veoma često vezuje za ratničku terminologiju, kao što je borba protiv bolesti, pobeda nad bolešću, hrabrost i sl., što, iako može delovati podsticajno, može biti i kontraproduktivno. Insistiranje na borbi može kod osobe sa dijagnozom kancera stvoriti nepotrebnu i

[2] Na primer, povećanje oboljevanja i smrtnosti od kancera u oblastima u kojima se (legalno i ilegalno) odlaže po zdravlje štetan otpad (na primer, „sela kancera“ u Kini ili Kampania u Italiji gde je raširena praksa nekontrolisanog i nezakonitog odlaganja industrijskog otpada) (Hall, 2011).

štetnu tenziju, osećaj neadekvatnosti, prevelike odgovornosti i krivice ukoliko u toj borbi nije dovoljno uspešna.

U novije vreme, sve se više govori o osobama sa dijagnozom kancera kao pobednicima (eng. *thrivers*)[3], odnosno kao o osobama koje su, pored toga što su preživele (njihova bolest je u remisiji), doživele i pozitivnu transformaciju, odnosno posttraumatski rast (Nikolić-Ristanović, 2019). Drugim rečima, ove osobe su postale pobednice-i, ali njihova pobeda nije rezultat njihove borbe PROTIV (bolesti), već je to pobeda u borbi ZA (sebe i svoj život).[4]

Pozitivna transformacija se može ogledati u različitim promenama koje su dovele do poboljšanja kvaliteta života i povećanja ukupnog životnog zadovoljstva. Tako, na primer, jedno veliko istraživanje, sprovedeno u Holandiji na uzorku od 5710 preživelih, dve godine nakon dijagnoze različitih vrsta kancera, došlo je do saznanja o sledećim pozitivnim promenama: ponos zbog načina na koji su se suočili sa dijagnozom i terapijama (73%); iskustvo sa kancerom ih je podstaklo da preoblikuju svoje prioritete (66%); otvorile su im se nove mogućnosti u životu (44%); počeli su da uživaju više u životu nego ranije (35%) (Mols i dr., 2025).

[3] S obzirom da je teško naći adekvatan prevod engleskog termina *thrivers* na srpski jezik, odlučila sam se za termin pobednik-pobednica.

[4] Pojmovi žrtve, preživele i pobednice, koje ovde koristim, predstavljaju deo koncepcije koju sam razvila na osnovu svojih dugogodišnjih viktimoloških istraživanja, a koja je zasnovana, na usvajanju najšireg pojma žrtve i pozitivne viktimologije kao teorijskih polazišta (Nikolić-Ristanović, 2019).

Metodološki okvir

Osnovu korišćene metodologije predstavljali su etnografski multimetod i kvalitativna metodologija. Rad je baziran na spontanom eksploratornom istraživanju tokom mog ličnog suočavanja sa kancerom, kao i na analizi informacija dobijenih iz različitih izvora. Analizirana je naučna literatura, ali i lična iskustva drugih osoba o kojima su saznanja dobijena putem neformalnih razgovora, objavljenih ličnih ispovesti, putem društvenih mreža, webinara i drugih izvora.

Takođe, do dela podataka došla sam putem neposrednog posmatranjem sa učestvovanjem: u zdravstvenim ustanovama; u kontaktima sa osobama sa dijagnozom kancera i njima bliskim licima na drugim mestima; u okviru Facebook grupe za podršku - Melissa Merchant, *Live your best life after cancer* (Proživite svoj život posle kancera na najbolji način); na predavanjima, na različitim događajima organizovanim u okviru kampanja za podizanje svesti i slično.

Odlučila sam da se istraživački bavim ovom, za mene lično veoma kompleksnom i bolnom temom, iz dva ključna motiva. Istraživanje sopstvenog i iskustva ljudi koji su se našli u sličnoj situaciji kao ja, kao i analiza i predstavljanje nalaza na konferencijama i u naučnim radovima, deo su mog procesa oporavka i važan segment mog posttraumatskog rasta. To mi je omogućilo da sopstveno iskustvo posmatram na nov način, kao deo šire celine a ne fragmentarno – kao jedno od mnogih, i u širem ličnom i društvenom kontekstu - upravo onako kako sugeriše Kabat-

Zinn (2013). Uz pomoć takvog pristupa, uspela sam da se distanciram od svog iskustva, da povratim narušenu ravnotežu i kontrolu nad sopstvenim životom i da celom problemu poželim da pristupim aktivistički.

Iz te aktivističke pozicije proistekao je drugi motiv. Vođena feminističkim principom *lično je političko* smatrala sam da moje iskustvo nije samo moja privatna stvar i da je ono što sam iz njega naučila važno i za druge. Na taj način sam pokušala da dam doprinos društvenoj vidljivosti problema i potreba osoba sa dijagnozom kancera, ali i razvoju novog, optimističnijeg i efikasnijeg, društvenog odgovora.

Primarna viktimizacija osoba sa dijagnozom kancera i njene posledice

Primarna viktimizacija osoba sa dijagnozom kancera povezana je, kako sa samom bolešću (simptomi i razvoj bolesti), tako i sa saznanjem za dijagnozu. Posledice viktimizacije se očituju na fizičkom i psihičkom, ali i na socijalnom i materijalnom planu.

Na oboljevanje od kancera utiču individualni (genetika, pol, profesija, stil života, ishrana i slično) i društveni faktori (zagađenje vode i vazduha, korišćenje raznih štetnih sredstava u proizvodnji i tretiranju hrane, sredstava za higijenu i drugih predmeta koje ljudi svakodnevno koriste, štetna zračenja i drugo). Društveni faktori preovlađuju, i oblikuju i uslovljavaju većinu individualnih faktora.

Viktimizacija samom bolešću, a često i načinom lečenja je kontinuirana. Postupci lečenja koje zvanična medicina ima na

raspolaganju (npr. hemioterapija i zračenje), najčešće, pored bolesnih, uništavaju ili povređuju i zdrave ćelije, što ima za posledicu narušavanje imuniteta i opšteg stanja zdravlja.

Psihičke posledice su uglavnom povezane sa psihičkim reakcijama na bolest, dijagnozu i lečenje. Kako ističu Čopra i Tenzi (2019:376), „ništa ne izaziva veći stres od vesti o raku“. Prva reakcija obično je šok i neverica, odnosno poricanje, a zatim strah, bes, samookrivljavanje, neprestano preispitivanje a nekada i odbacivanje prethodnog života kao pogrešnog. U prvim trenucima posebno, ali i dugo nakon toga, prisutan je osećaj izgubljene kontrole nad sopstvenim životom, praćen preispitivanjem ranijeg života i grešaka koje su eventualno dovele do bolesti.[5] Uočeni su i psihološki krizni intervali koji se javljaju vezano za određivanje terapije, promene, odnosno neuspeh tretmana, različite faze bolesti i oscilacije u zdravstvenom stanju, i druge zdravstveno značajne događaje, poput raznih pregleda, snimanja, kontrola, analiza i slično (Bjelac i Rajković, 2015).

Takođe, i socijalne posledice dobijaju psihičku dimenziju, i, u kombinaciji sa fizičkim posledicama, mogu da utiču negativno na ukupni identitet i psihičko stanje osobe sa dijagnozom kancera. Socijalne posledice javljaju se kako u vezi sa bolešću tako i u vezi sa lečenjem i njegovim nuspojavama. Naime, i bolest i lečenje mogu uticati na promene fizičkog izgleda, na smanjenje ili prekid uobičajenih svakodnevnih aktivnosti, poput obavljanja radnih, školskih i porodičnih obaveza. Te promene, sa svoje strane, mogu

[5] Za detaljniju analizu videti Nikolić-Ristanović, 2015.

dovesti do negativnih posledica na sliku koju osoba ima o sebi, na odnos drugih prema njoj, ali i na njenu materijalnu situaciju vezano za gubitak ili odsustvovanje sa posla. Najzad, sve to dovodi do izolacije i usamljenosti obolelih (Čopra i Tenzi, 2019).

Socijalne posledice često imaju i rodnu dimenziju. Žene teže podnose nemogućnost obavljanja porodičnih obaveza, posebno otežano ispunjavanje očekivanja vezanih za brigu o domaćinstvu, deci i starim roditeljima. Njihova situacija je posebno složena ukoliko je još neki od članova porodice bolestan i zahteva posebnu negu i podršku. Žene teže od muškaraca podnose promene fizičkog izgleda, posebno odstranjivanje dojke i opadanje kose do kojeg dolazi usled primene nekih vrsta lekova.

Psihičke posledice nekada traju veoma dugo, čak i nakon što kancer nestane. Strah ili strepnja od ponovnog javljanja bolesti obično ne nestaju, već, u manjoj ili većoj meri, trajno oblikuju život osobe sa dijagnozom kancera. Ipak, ukupni, zdravstveni i psihički, oporavak u znatnoj meri zavisi od sposobnosti osobe da se aktivno i konstruktivno suoči sa traumatičnim iskustvom i da ga na pravi način integriše u svoj širi životni kontekst. U kojoj meri će osoba sa dijagnozom kancera u tome uspeti, u dobroj meri zavisi od njenih ličnih kapaciteta i rezilijentnosti, ali i od njene ukupne lične situacije i njenog socijalnog okruženja.

Osobe koje se u isto vreme suočavaju sa drugim traumatičnim događajima poput bolesti ili smrti člana porodice, razvoda i slično, verovatno će sve to teže podneti. Kada je u pitanju uticaj socijalnog okruženja, od posebnog značaja je širina socijalne mreže i njeni

kapaciteti za nenametljivu a osnažujuću podršku. Istraživanja su pokazala da prijateljstvo igra važnu ulogu u preživljavanju kancera i pozitivno utiče na zdravlje kako žena tako i muškaraca (Servan-Šrajber, 2010).

Važnu ulogu ima i širi društveni kontekst, odnosno društveni uslovi za zadovoljavanje potreba nastalih bolešću, odnosno dijagnozom. Ukoliko se potrebe brže, efikasnije i kvalitetnije mogu zadovoljiti, utoliko se smanjuje nepotrebno trošenje psihičkih, fizičkih i materijalnih resursa i povećavaju šanse za uspešno lečenje i oporavak.

Kod nekih osoba psihičke posledice prerastaju u posttraumatski stresni poremećaj i trajnu depresiju. Za druge, pak, bolest predstavlja priliku za pozitivne životne promene, odnosno posttraumatski rast. Istraživanja pokazuju da osobe iz druge grupe imaju veće šanse za preživljavanje, izlečenje i-ili duže držanje bolesti pod kontrolom (Servan-Šrajber, 2010). Zanimljivo je da istraživanja ukazuju i na postojanje pozitivne korelacije između stepena osećaja životne ugroženosti bolešću i šanse da se razvije posttraumatski rast. Veća životna ugroženost povezana sa težom dijagnozom često predstavlja okidač za intenzivnije traganje za smislom života, što vodi ka izraženijem posttraumatskom rastu nego kod osoba sa dijagnozom koja je manje životno ugrožavajuća (Marzillano i dr., 2020).

Sekundarna viktimizacija osoba sa dijagnozom kancera

Osobe sa dijagnozom kancera trpe i sekundarnu viktimizaciju (direktnu i indirektnu), i to daleko češće nego što se može pretpostaviti. Sekundarna viktimizacija proističe iz neadekvatnog odnosa bliskih lica, zdravstvenih radnika i drugih lica kojima se osoba obraća za pomoć, kao i iz neadekvatne organizacije i funkcionisanja sistema zdravstvene zaštite. Sve to, ne samo što pogoršava posledice primarne viktimizacije, već utiče i na loš ishod ili ponovno javljanje bolesti.

Najčešći oblici direktne sekundarne viktimizacije obuhvataju sledeće: neempatičnu i povređujuću komunikaciju, kao i na druge načine nepodržavajući i neadekvatan odnos, okrivljavanje i insistiranje na odgovornosti i promeni životnih navika obolelog, stigmatizaciju, diskriminaciju i slično. Tako, na primer, sažaljenje, upotreba izraza kao što su *rak*, *agresivna terapija* i slično, insistiranje na pričanju o detaljima bolesti i terapije, rizicima, nuspojavama i prognozama, pa čak i preterivanje u interesovanju kako je osoba *sada*[6], doživljavaju se kao veoma povređujući.

Posebno povređujući ume da bude nesenzibilan način saopštavanja dijagnoze, odluke o terapiji i (ne) komunikacija konzilijuma sa pacijentom, kao i davanje prognoza o dužini života. Mnoge osobe način saopštavanja dijagnoze i-ili odluke o terapiji upoređuju sa saopštavanjem smrtne presude. Književnica Isidora Bjelica ovako opisuje svoje iskustvo: „...To je nešto najstrašnije od svega. Uvedu vas u invalidskim kolicima pred lekare koji vam uruče

[6] Dobar primer za ovaj oblik sekundarne viktimizacije daje Zalad, 2007.

dijagnozu koja je smrtna presuda i zajedno se slože o vašem daljem protokolu dok im u očima titra onaj pogled koji se upućuje otpisanima...Da, da, oni su zdravi i poručuju protokole za one kojima spasa nema...“ (Bjelica, 2013:35).

U ovom pogledu može biti ilustrativno i moje iskustvo. Na moje pitanje konzilijumu kakav će hemioterapija imati efekat na moj svakodnevni život, dobila sam sledeći odgovor od doktorke-onkološkinje: „To je ona jača hemioterapija, u narodu poznata kao crvena. Biće vam muka, povraćaćete, otpašće vam kosa...“ Poređenja radi, onkolog (muškarac) na privatnoj klinici kod kojeg sam otišla nakon toga da se bolje informišem, i naravno za to dosta platila, rekao je sledeće: „Moje pacijentkinje, čak i one dosta starije, dobro podnose tu terapiju. Postoje lekovi protiv mučnine i povraćanja tako da to neće biti problem. Otpašće vam kosa, ali će kasnije porasti jača nego ranije. Lepa marama ili perika biće dobra zamena za to vreme“. Prvi primer je odlična ilustracija za sekundarnu viktimizaciju a drugi za osnažujući efekat davanja potpunih informacija na empatičan način.

Ključni oblici indirektne sekundarne viktimizacije obuhvataju: nedavanje, odnosno odsustvo važnih informacija, uključujući tu i informacije o dijagnozi i predloženim terapijama, i loše organizovan i nefunkcionalan zdravstveni sistem (Springer i dr., 2024). Bez potrebnih informacija, u takvom zdravstvenom sistemu osoba sa dijagnozom kancera oseća se izgubljenom. Njen osećaj povređenosti, bespomoćnosti, strah, bes i odsustvo kontrole nad sopstvenim životom se još više pojačavaju, dovodeći nekada i do anksioznosti i depresije (Lewandovska i dr., 2020).

Ono što posebno otežava situaciju jeste odsustvo jedinstvenog sistema informisanja o svim delotvornim metodama lečenja, o nuspojavama terapija i o korisnim načinima održavanja krvne slike i drugim vidovima podrške organizmu da se od negativnih efekata tih terapija oporavi. Posebno je haotična situacija u oblasti ponude tzv. alternativnih načina lečenja, čiji broj i agresivnost ponude zbunjuju i otežavaju situaciju osoba sa dijagnozom kancera, koje ne znaju kome da poklone veru, a grčevito pokušavaju da nađu sve što im može biti od koristi. U takvoj situaciji nekada su i na udaru nadrilekara i prevaranata.

Situaciju otežava i nedostatak pristupačnih informacija o konkretnim zdravstvenim ustanovama, lekarima zvanične i komplementarne medicine, o procedurama postupanja i slično. Lutanje kroz sistem zdravstvene zaštite i iscrpljivanje i gubljenje dragocenog vremena usled toga, iako viktimizujući za sve obolele osobe, posebno teško pogađa upravo osobe sa dijagnozom kancera. Uz to, i slaba vidljivost udruženja građana i usluga koje ona nude deluje kao indirektan oblik sekundarne viktimizacije.

Ozbiljan problem predstavlja dugo čekanje u državnim ustanovama na snimanja, analize, tumačenje nalaza i druge procedure koje su važne za dijagnostiku i evaluaciju rezultata primenjenih terapija, na jednoj strani, i visoke cene u privatnim ustanovama na koje su osobe sa dijagnozom kancera neminovno upućene, na drugoj. Na žalost, osobe koje nemaju novca da plate skupe usluge u privatnim ustanovama, lekove koji nisu pokriveni zdravstvenim osiguranjem i slično, često mnogo teže prolaze kroz proces lečenja i oporavka. Gubljenje vremena često smanjuje i

šanse za izlečenje, i skraćuje vreme preživljavanja osoba koje nemaju novca.

Sekundarna viktimizacija na taj način dobija i klasnu dimenziju i može biti odgovorna za nejednako tretiranje građana sa istim ili sličnim problemima. Kao i u svetu, i kod nas oboljevaju i bogati i siromašni, ali siromašni ljudi, posebno u manje razvijenim zemljama sa slabim i neorganizovanim sistemom socijalne i zdravstvene zaštite, poput naše, imaju manje šansi da prežive.

U životima osoba sa dijagnozom kancera prelama se svo licemerje neoliberalnog kapitalizma: od uništenja prirode, stavljanja u promet kancerogenih materija i nametanja „kancerogenog stila života“, do ekspanzije skupe organske hrane i još skupljih dijetetskih suplemenata i drugih alternativnih načina lečenja. Još jedan paradoks u ovoj oblasti je, da je do nekih medikamenata, koji mogu biti od koristi a jeftini su, teško doći. Oni su, naime, suviše jeftini da bi bili priznati kao lekovi, odnosno preporučeni kao korisni od strane lekara.

Na drugoj strani, pak, neadekvatno uređen odnos između državnih i privatnih zdravstvenih ustanova u našoj zemlji, posebno praksa da lekari iz državnih ustanova upućuju pacijente na privatne ustanove ili im prepisuju lekove i dijetetske suplemente vođeni više ličnom korišću nego interesima pacijenta, još jedan je važan faktor sekundarne viktimizacije osoba sa dijagnozom kancera. Ovakva situacija, u celini gledano, deluje dezorijentišuće i otežava njihovu zdravstvenu, psihičku i materijalnu situaciju.

Samookrivljavanje, kao jedan od prvih odgovora na dijagnozu. pojačava se okrivljavanjem od strane okoline i svaljivanjem teškog bremena odgovornosti za ozdravljenje, pre svega, na obolelu osobu, kroz široko rasprostranjene savete kao što su: da „sve dolazi iz glave“, da je najvažnije promeniti način gledanja na život, misliti pozitivno, i druge slične „čarobne“ načine delovanja promena stila života i uticaja uma na telo.

Osoba sa dijagnozom kancera tako dobija stigmu i biva društveno isključena (otpisana) i diskriminisana. Uz to, predrasude koje su postojale pre bolesti proizvode i samostigmatizaciju. Upravo stoga, stigmatizacija i samostigmatizacija imaju brojne negativne posledice, kako po obolelu osobu tako i po članove njene porodice i zajednicu u celini. Stigma utiče na odlaganje traženja pomoći i onemogućava kvalitetan oporavak (Bijelac, Rajković, 2015). Stigma, takođe, utiče i na različite oblike diskriminacije (Walker, 2012).

Stigmatizacija, neminovno, proizvodi i stereotipe. Osoba sa dijagnozom kancera posmatra se kao „osuđenik na smrt“, bez prava na smeh, radost, lepe stvari (Servan-Šrajber, 2010: 41). Očekuje se da izgleda loše, da ne brine o svojoj spoljašnjosti, da bude pasivna i nesrećna. Ukoliko izgleda i/ili postupa drugačije (Zalad, 2007) - a veliki broj ovih osoba, posebno žena, se za život, između ostalog, bori i smehom, aktivnošću i lepotom - obično biva posmatrana sa sumnjom i nevericom. Zato ih, ne tako retko, prati osećaj društvene isključenosti, odnosno društvena izolovanost i samoizolacija.

Potrebe osoba sa dijagnozom kancera

Na osnovu prethodno rečenog proizilazi da ključne potrebe osoba sa dijagnozom kancera obuhvataju sledeće: odgovarajuću medicinsku pomoć, informacije, emocionalnu podršku, upućivanje na osobe i službe koje mogu biti od pomoći, kao i psihološku, odnosno psihosocijalnu, i socijalnu pomoć.

Potrebe za medicinskom pomoći nakon postavljanja dijagnoze obuhvataju metode i postupke zvanične i komplementarne[7] medicine. Naime, postojeća saznanja i iskustva ukazuju na ograničenja kako zvanične tako i komplementarne medicine, odnosno na veću delotvornost pristupa koji ih integriše (integrativna medicina) (Servan-Šrajber, 2010).

Blagovremene i adekvatne informacije i drugi oblici podrške smanjuju šanse za povratak bolesti, pa tako povećavaju šanse za izlečenje ili produžetak života (Bou Samra i dr., 2022). Od velikog značaja je da se ove osobe tretiraju kao individue i da uvek znaju kome mogu da se obrate ako imaju pitanja ili neku drugu potrebu (Evans-Webb i dr., 2021). Takođe, od velikog značaja je upućivanje na konkretne službe i pojedince koji mogu da budu od pomoći. Ono skraćuje put do rešavanja problema i štedi dragoceno vreme.

[7] Prema čl. 217. Zakona o zdravstvenoj zaštiti Republike Srbije „komplementarna medicina obuhvata one „tradicionalne i komplementarne metode i postupke prevencije, dijagnostičke procene, lečenja, zdravstvene nege i rehabilitacije, koji blagotvorno utiču na čovekovo zdravlje ili njegovo zdravstveno stanje i koji, u skladu sa važećom medicinskom doktrinom, nisu obuhvaćeni metodama i postupcima konvencionalne medicine“. Dozvoljene su samo one metode i postupci komplementarne medicine koji: ne štete zdravlju; pacijenta ne odvraćaju od upotrebe metoda i postupaka konvencionalne medicine; koji se izvode u skladu sa priznatim standardima komplementarne medicine.

Kada je u pitanju informisanje, prva i osnovna potreba osoba sa dijagnozom kancera je informisanje o tome *gde mogu da dobiju sve potrebne informacije.* Raspoloživa saznanja pokazuju da su sledeće informacije od posebnog značaja: informacije o samoj bolesti; informacije o klinikama i lekarima i kako doći do njih; informacije o raspoloživim metodama dijagnostikovanja i lečenja i o kredibilitetu ustanova i pojedinaca koji ih sprovode; o lekovima-terapijama, njihovim nuspojavama i šta preduzeti da se pomogne organizmu da se oporavi od njih; o podršci imunom sistemu nakon završene terapije; o alternativnim metodama lečenja i kredibilitetu ustanova i pojedinaca koji ih sprovode; o organizacijama, ustanovama i pojedincima koji pružaju psihosocijalnu podršku, informacije i razne oblike praktične pomoći osobama sa dijagnozom kancera; o specijalizovanim ustanovama i organizacijama koje pružaju pomoć pojedinim grupama, poput žena i dece, osoba obolelih od pojedinih vrsta kancera, i slično. Uz to, od velikog značaja je i informisanje ovih osoba o tome šta oni sami mogu da urade kako bi sebe osnažili i lakše se suočili sa izazovima bolesti.

Sve informacije treba da budu jasne i predstavljene na sistematičan način. Kada je u pitanju informisanje osoba sa dijagnozom kancera, problem je često i suviše različitih, nekada i kontradiktornih, informacija, u kojima im je teško da se snađu i prepoznaju svoje potrebe (Servan-Šrajber, 2010). Takođe, u odsustvu zvaničnih kanala informisanja, osobe sa dijagnozom kancera se često okreću informacijama sa interneta i drugih izvora, koje nisu u stanju da selektuju i iskoriste na pravi način. To ima za posledicu da ih traganje za informacijama češće udaljava od rešenja

problema i povećava stres i strahove nego što je od pomoći. Najzad, opterećivanje informacijama i preterano fokusiranje na traženje uzroka dovodi do preplavljenosti uma temom kancera i deluje kontraproduktivno na ukupno stanje ovih osoba.

Emocionalna podrška, kako bliskih lica tako i zdravstvenog osoblja i drugih osoba sa kojima dolaze u kontakt, je od velikog značaja za sve osobe sa dijagnozom kancera. Ona podrazumeva topao ljudski odnos i spremnost da se osoba sasluša sa pažnjom i empatijom. Drugim rečima, to je nenametljiv odnos koji uliva poverenje i stvara osećaj sigurnosti. Kako je to lepo napisao Servan-Šrajber (2010: 79) „nežno, neprekidno, pouzdano prisustvo često je najdivniji dar koji nam mogu dati naši mili.“ „Ali to ne zna mnogo njih“ dodaje on. Zato je podizanje svesti o tome i obuka stručnog, posebno zdravstvenog, osoblja o emotivno podržavajućem odnosu od velikog značaja za odgovarajuću podršku i pomoć osobama sa dijagnozom kancera.

Najzad, neke osobe sa dijagnozom kancera imaju i potrebu za stručnom psihološkom, odnosno psihosocijalnom podrškom, kako bi lakše izašle na kraj sa psihičkim i socijalnim posledicama bolesti.

Briga o sebi i podrška nakon završenih medicinskih tretmana kao važan deo puta od žrtve do pobednika

Postoje dokazi da se odgovarajućom brigom o sebi može, ne samo sprečiti ponovno javljanje kancera, već se mogu postići i

promene koje suštinski unapređuju život i uvećavaju stepen životnog zadovoljstva preživelih (eng. *thriving*). Uz to, raspoloživa saznanja ukazuju na značaj osnažujuće podrške nakon medicinskih tretmana, kao važne karike na putu od žrtve do pobednika, ali i da ona nije dovoljno vidljiva/ prepoznata kao takva (Dobić, 2003; Zalad, 2007; Krstić, 2021). Podrška nakon završenih medicinskih tretmana podrazumeva podršku koja je potrebna osobama sa dijagnozom kancera onda kada su terapije koje zahtevaju kontinuirani nadzor lekara (zračenje, hemioterapija i sl.) završene, i osoba je prebačena na režim redovnih kontrola.

Naime, kraj terapija ne znači i kraj rizika od povratka bolesti. Raspoloživa saznanja pokazuju da je rizik od povratka bolesti najveći u periodu između dve i pet godina. Takođe, nakon završenih terapija i dalje postoje strah od povratka bolesti i nesigurnost. Štaviše, često postaju još veći.[8] Pojačava ih odsustvo jasnih smernica za dalju brigu o sebi, odnosno zbunjenost i dezorijentisanost u moru različitih, često kontradiktornih, saveta i informacija. Taj period, tako važan, kako za preživljavanje, tako i za pozitivnu transformaciju, često ostaje prazan prostor koji može biti veoma opasan u smislu daljeg urušavanja zdravlja i povratka kancera.

Ključni aspekti brige o sebi i podrške na putu preživljavanja i pozitivne transformacije

[8] https://www.cancertherapyadvisor.com/factsheets/cancer-recurrence-statistics/, pristupljeno 2.9.2026.

Smatra da je za osobe sa dijagnozom kancera važno usvajanje više komplementarnih zdravih životnih navika koje se međusobno dopunjuju i predstavljaju model zdravog životnog stila (Olson i dr., 2024). Međutim, rezultati istraživanja pokazuju da veoma mali deo[9] njih to i čini.

Iako relativno visok procenat osoba unese pojedinačne promene[10], samo manji deo unese sveobuhvatne promene u svoj život nakon dijagnoze i lečenja. Štaviše, kada osobe usvoje jedno nezdravo ponašanje, verovatno je da će usvojiti i druga nezdrava ponašanja, koja zajedno predstavljaju model nezdravog života (Spring i dr., navedeno prema Olson i dr, 2024). Ova saznanja ukazuju na potrebu za efektivnim strategijama podrške osobama koje su preživele kancer, u cilju usvajanja i održavanja višestrukih modela zdravih životnih navika.

Postojeća saznanja pokazuju da odgovarajuća briga o sebi nakon završenih medicinskih tretmana treba da obuhvati kontinuiranu brigu o telu (fizički aspekt), ali i o mentalnim, emocionalnim i duhovnim aspektima.

Ona treba da bude prilagođena individualnim potrebama, kao i da pomogne u oporavku organizma, kako od bolesti tako i od iscrpljujućih terapija. Takođe, briga o sebi, uz odgovarajuću podršku, treba da deluje osnažujuće i da pomogne u prevenciji vraćanja bolesti i pozitivnoj transformaciji.

[9] 11% prema Olson i dr, 2024

[10] Najčešće su to promene ishrane, prestanak pušenja i veća fizička aktivnost (Olson i dr, 2024)

Pri tome, od izuzetne važnosti je da osoba sa dijagnozom kancera svoje isceljenje prihvati kao kontinuirano putovanje a ne kao destinaciju, odnosno cilj. Drugim rečima, usvajanje više komplementarnih zdravih životnih navika koje se međusobno dopunjuju i predstavljaju model zdravog životnog stila treba da bude trajno, i sa svešću da je to neophodno kako bi organizam bio i ostao neplodno tlo, odnosno loš domaćin za razvoj kancera. [11]

Fizički aspekt

Fizički aspekt brige o sebi se smatra osnovom modela zdravog životnog stila i obuhvata ishranu, fizičku aktivnost, spavanje i suplemente. Uz to, važno je i izbegavanje izlaganja suncu zbog njegovog imunosupresivnog dejstva, a od koristi mogu biti i masaže, briga o održavanju hidriranosti, znojenje i sl.

Ključna karakteristika ishrane je da, s obzirom na utvrđenu povezanost kancera sa upalnim procesima u organizmu, ona treba da bude po sastavu takva da deluje protivupalno (antiinflamatorno). U tom smislu, ishrana koja leči bi trebalo da bude pretežno bazirana na biljnoj hrani i bogata vlaknima i omega-3 kiselinama. Mediteranska i azijska kuhinja i začini koji se u njima koriste se smatraju najboljim primerima takve ishrane.[12]

Fizička aktivnost je prepoznata kao veoma važna za prevenciju recidiva kancera. Uočava se važnost kretanja, i pripisuju mu se

[11] Važnost našeg „zemljišta“ (Servan-Šrajber, 2010, str.268), ili „kontrola domaćina“ (Čopra i Tenzi, 2019, str.185.

[12] Detaljnije o antiinflamatornoj i antikanceroznoj ishrani videti u Servan-Šrajber, 2010 i Čopra i Tenzi, 2019

lekovita svojstva. To nije neobično ako se zna da postojeća saznanja pokazuju da fizička aktivnost može da smanji rizik od vraćanja bolesti za 40% do 60% (Servan-Šrajber, 2010; Misiag i dr, 2022). Pri tome, da bi bilo delotvorno, kretanje bi trebalo da bude prilagođeno individualnim fizičkim mogućnostima i potrebama. Za delotvornost fizičke aktivnosti, međutim, bitna je i njena duhovna dimenzija, koja podrazumeva radost i uživanje u pokretima (Servan-Šrajber, 2010).

Kvalitetan i obnavljajući san je, takođe, *sine qua non*, uspešnog oporavka i isceljenja, važnu potpora obnavljanju i jačanju imunog sistema predstavljaju i suplementi, koje bi trebalo koristiti uz podršku stručnjaka integrativne medicine.

Mentalni, emocionalni i duhovni aspekt

Svest o povezanosti mentalnog, emocionalnog i duhovnog u sebi je važna za svaku osobu, ali je od posebne važnosti upravo za osobe sa dijagnozom kancera u periodu nakon završenih medicinskih tretmana. Iako sa strane posmatrano, u ovom periodu dolazi do rasterećenja i opuštanja, realnost osobe sa dijagnozom kancera veoma često izgleda drugačije.

Upravo u ovom periodu se akumuliraju mnoge nedoumice i dileme vezane za to kako nastaviti život i šta učiniti da se kancer ponovo ne pojavi. Takođe, mnogo češće nego što se misli, osobe sa dijagnozom kancera se u tom periodu suočavaju i sa drugim stresnim događajima, poput bolesti ili smrti člana porodice, gubitka posla, pa čak i nasilja u porodici od strane najbližih osoba.

Preplavljenost mislima, anksioznost, zbunjenost raznim informacijama i savetima - sve to proizvodi strah, bes i samookrivljavanje i predstavlja ozbiljnu prepreku na putu oporavka i isceljenja. Stoga je za osobe sa dijagnozom kancera od izuzetne važnosti da nauče da utišaju um, odnosno svoje misli.

Tišina u umu je neophodna kako bi postale svesne dešavanja u sebi (čule sopstvenu dušu), naučile da kontrolišu misli i savladaju umeće povezivanja sa sobom (sa svojim „višim“ ja). Povezanost sa sobom predstavlja put ka prepoznavanju sopstvenih emocija i pravih potreba, i postupanja u skladu sa njima.

Iako je prepoznavanje sopstvenih potreba i postupanje u skladu sa njima važno za svaku osobu, raspoloživa saznanja (Zigel, 2023) pokazuju da je to od posebne važnosti za osobe sa dijagnozom kancera. Ima mnogo dokaza da je za ove osobe karakteristično da više brinu o drugima nego o sebi, i da je jedna od njihovim važnih potreba da nauče da budu malo i „sebične“, u smislu da nauče da postavljaju granice (npr. da, kada kažu DA nekome, prethodno provere da time ne kažu NE sebi). Jer, kako ističe Evans (prema Zigel, 2023), razvoj individualnosti (biti ono što želiš a ne ono što drugi očekuju od tebe) štiti život i zdravlje.

Za osobe sa dijagnozom kancera veoma je važno da nauče da vode računa o sopstvenim granicama kroz praćenje signala svog tela i adekvatno reagovanje na njih. Adekvatno reagovanje na signale koje telo šalje obuhvata: odmor i hranu, ali i prepoznavanje emocija i suočavanje sa njima, proživljavanje a ne bežanje u

poricanje ili kompulzivno pozitivno razmišljanje.[13] Istraživanja pokazuju da aktivni rad na procesuiranju traume, umesto izbegavanja bavljenja njome, kombinovan sa odgovarajućom podrškom, predstavlja najjači prediktor da će preživela osoba postići posttraumatski rast, odnosno postati pobednica (Nisiraiou i dr., 2025).

Od velikog značaja je i svest o sopstvenim greškama (prelaženje granica i skriveni stres povezan sa njima) i njihovo ispravljanje. Za osobe sa dijagnozom kancera je od posebnog značaja prepoznavanje skrivenog stresa (Mate, 2021), koji se obično ne prepoznaje kao stres jer se vezuje za zadovoljstvo. Skriveni stres je kod njih obično povezan sa preterivanjem sa radom ili drugim aktivnostima koje vole, odnosno sa žurbom da se što pre vrate na stari način i tempo funkcionisanja i obnove bolešću narušenu slike o sebi - tako što će pokazati i sebi i drugima da, uprkos svemu, sve mogu da rade kao i pre, pa i više od toga, i sl.

Od značaja je i reprogramirati uverenja – programe iz detinjstva ili prošlosti, koji su nekada možda imali smisla, ali sada samo smetaju i proizvode stres – na primer, perfekcionizam, samoosuđivanje i nepotrebno preuzimanje obaveza kako bi se dokazali iako im to (više) ne prija (Mate, 2021).

Želja za životom i duhovnost

[13] O tome detaljno piše Gabor Mate u svojoj knjizi *Kad telo kaže ne* (Mate, 2021).

U novije vreme sve je više dokaza o tome da pothranjivanje želje za životom jača imunitet (Servan-Šrajber, 2010; Zigel, 2023), kao i da duhovni mir stvara u telu uslove za izlečenje (Zigel, 2023.)

Mnoga medicinski neobjašnjivih izlečenja se objašnjavaju željom za životom i ukupnim odnosom prema bolesti koji prevazilazi fizički aspekt. Na osnovu svog dugogodišnjeg iskustva u radu sa osobama sa dijagnozom kancera, dr Zigel (2023) i dr Servan-Šrajber (2010) govore o *„čudu koje dolazi iznutra.“* Takođe, dr Dejan Stojiljković, u svom predavanju održanom 2018. godine[14] u Institutu za onkologiju i radiologiju Srbije (IORS), u odgovoru na moje pitanje o riziku recidiva kancera dojke nakon mastektomije, rekao je, između ostalog, i sledeće: „*U onkologiji ništa nije samo crno ili samo belo, pacijenti za koje nismo verovali da će preživeti nas iznenade nekada kada dođu potpuno izlečeni.“*

Takođe, u okviru spiritualne viktimologije, sve je više istraživanja koja ukazuju na to da razumevanje sebe, drugih i sveta kroz povezanost sa višom silom (Bog, Univerzum i sl.) može da pomogne u prevladavanju traumatskih efekata viktimizacije (Eytan i Ronnel, 2023). Štaviše, istraživanja su pokazala da duhovnost igra važnu ulogu i u oporavku i posttraumatskom rastu osoba sa dijagnozom kancera (Paredes i Pereira, navedeno prema Flint i Ronel, 2022).

[14] Predavanje je održano u okviru Programa edukacije i podrške za pacijente i njihove bližnje “ŽIVETI SA RAKOM.” Detaljnije o ovom programu na linku https://www.ncrc.ac.rs/uncategorized-sr/vesti/program-edukacije-i-podrske-za-pacijente-i-njihove-bliznje-ziveti-sa-rakom/, pristupljeno 15.9.2026.

Tako, na primer, između ostalog, izreka koja se relativno često koristi na našim prostorima kada se desi nešto neželjeno - *Nikad se ne zna šta je za šta dobro* (verovanje da se sve dešava s razlogom) – može biti veoma delotvorna i za osobe sa dijagnozom kancera jer oslobađa osećaja krivice i podstiče nadu u pozitivan ishod (za slično videti i Čopra i Tenzi, 2019).

Tehnike za postizanje unutrašnjeg mira i radosti kao put ka zdravlju

Brojne su tehnike za postizanje unutrašnjeg mira i radosti, koje podsticajno deluju na jačanje imunog sistema i doprinose ozdravljenju i pozitivnoj transformaciji. Neke od njih deluju samo na duhovnom nivou, dok druge uključuju i fizičke vežbe.

Imajući u vidu naučno dokazanu vezu između duševnog stanja i razvoja bolesti, dr Servan-Šrajber (2010) ukazuje da, iako ne možemo izbeći stres, možemo redovno sebi olakšavati napetost, tako što ćemo uspostavljati harmoniju i stimulisati imunitet okretanjem pažnje ka unutra. A, kako ističu Tenzi i Čopra (2019:376), „kontrola stresa je kontrola raka.“ To važi kako za zdrave ljude, tako i za osobe koje su upravo dobile dijagnozu kao i za one koje su preživele.

A za kontrolu stresa su nam na raspolaganju različite tehnike, poput meditacije, brojanica, molitve i mantri, ali i fizičke vežbe koje

imaju i duhovnu dimenziju, i podsticajno utiču na balansiranje energije i na imunitet (na primer, joga, taj či čuan i ći gong) [15].

Uz to, dokazan je i pozivni uticaj muzike, smeha, boravka u prirodi i povezivanja sa njom, kao i aktivnosti koje podstiču nadu i projekciju sebe u budućnosti.

Joga, meditacija, molitva i mantre

Joga je važan deo holističkog pristupa oporavku od kancera i sprečavanju njegovog ponovnog javljanja. Objedinjuje fizičke vežbe, disanje, svesnost, opuštanje, meditaciju, upravljanje umom i prepoznavanje svojih suštinskih potreba.[16]

Kako dobro primećuje Servan-Šrajber (2010: 207), već pet hiljada godina velike medicinske i duhovne tradicije Istoka „uče nas da svaki pojedinac može preuzeti dizgine svog unutrašnjeg bića i telesnih funkcija“. I to se može postići na vrlo jednostavan i svima dostupan način: usredsređivanjem pažnje na disanje. A upravo fokusiranje na disanje pomaže u fokusiranju misli i u smanjivanju stresa, i na taj način doprinosi jačanju odbrambenih mehanizama organizma.

Joga položaji (asane), ako se pravilno izvode, oslobađaju telo od napetosti a um od suvišnih misli i blagotvorno deluju na zdravlje celog organizma. Fizičke vežbe se kombinuju sa vežbama disanja, što je, pored njihovog opuštajućeg delovanja, važno i zbog toga što

[15] Joga, taj či i ći gong su priznati u Srbiji kao oblici komplementarne medicine Pravilnikom o bližim uslovima i načinu obavljanja metoda i postupaka komplementarne medicine čl.4.
[16] Za detaljniju analizu videti Nikolić-Ristanović, 2014.

se disanje smatra kapijom koja vodi ka unutrašnjem biću (Servan-Šrajber, 2010). A tek kada se okrenemo ka unutra možemo doći do važnih spoznaja o sebi i svojim potrebama i ostvariti kontrolu nad svojim umom, odnosno mislima.

Disanje, iako autonomno u odnosu na svest (ne možemo ga zaustaviti), lako se reguliše snagom volje. To je od velike važnosti, kako za meditativni aspekt joge, tako i za meditaciju kao samostalnu aktivnost. U tom smislu, disanje je bitan elemenat joga asana, ali i ključna „alatka“ meditacije kao samostalne aktivnosti.

Postoje brojni naučni dokazi o povoljnom uticaju meditacije, sa ili bez izgovaranja mantri, na fizičko zdravlje. Medicinska istraživanja pokazuju da meditacija normalizuje pritisak i puls, smanjuje nivo hormona stresa u krvi, povećava prag osetljivosti na bol, usporava biološko starenje i omogućava opuštenu svesnost (Zigel, 2023). Istraživanja su, takođe, pokazala da čak i jedan dan intenzivne meditacije može da promeni ekspresiju inflamatornih i epigenetskih gena (Kaliman et al., prema Čopra, 2026). A to je od posebnog značaja upravo za osobe sa dijagnozom kancera. Način na koji se taj uticaj ostvaruje zajednički je za meditaciju i slične duhovne prakse, poput molitve, na primer. Bez obzira da li se sprovode u tišini ili uz pomoć zvuka, one deluju kroz ritmičko usmeravanje pažnje koje u telu stvara osećaj sigurnosti (Čopra, 2026).

Uz to, meditacija se često kombinuje i sa vizualizacijom onoga što se želi postići ili šta se želi postati, pa u tom smislu može biti

moćno oruđe, ne samo u jačanju imunog sistema, već i u pozitivnoj transformaciji osoba sa dijagnozom kancera.

U današnje vreme mogućnost praktikovanja joge i meditacije je široko dostupna, kako u svetu tako i u našoj zemlji. Međutim, nema mnogo programa koji su namenjeni (ili prilagođeni) osobama čije zdravlje je narušeno kancerom ili drugim bolestima.

Dobar primer jednog takvog programa je *MBSR – Mindfulness-Based Stress Reduction* (Na punoj svesti zasnovana redukcija stresa), osmonedeljni program joge i meditacije koji je razvio John Kabat-Zin 1979. godine na Medicinskom fakultetu Massachusets univerziteta u SAD. Ovaj program je poslužio kao osnova za razvoj više stotina sličnih programa koji se danas uspešno sprovode na klinikama u SAD, Kanadi i Evropi, a neki od njih su dostupni i on line.[17]

U odsustvu ovakvih programa u našoj zemlji[18], bilo bi poželjno da osobe koje žele da praktikuju jogu, preko Joga saveza Srbije ili organizacija za podršku osobama sa dijagnozom kancera, dođu do informacije o instruktorima/instruktorkama joge koji neguju holistički pristup jogi i koji su senzibilisani[19] za potrebe osoba koje su preživele kancer. Ukoliko su nedavno operisane, poželjno je da konsultuju i fizioterapeuta u vezi toga da li i u kojoj meri mogu da

[17] Autor je detaljno opisao ovaj program u svojoj knjizi *Full catastroph living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness* (Život usred katastrofe: korišćenje mudrosti tela i uma za suočavanje sa stresom, bolom i bolešću). (John Kabat-Zin, 2013).

[18] Prema saznanjima do kojih sam došla, u Srbiji postoje časovi joge prilagođeni osobama sa multipla sklerozom i osobama sa invaliditetom, ali ne i posebno razvijeni integrativni programi poput MBSR programa koji se sprovode u okviru zdravstvenih ustanova. .

[19] To mogu biti i osobe koje su i same preživele kancer.

rade fizičke vežbe. U slučaju da su fizičke vežbe kontraindikovane, preporučuje se zamišljanje da se vežbe rade (vizuelizacija), koje je, takođe, veoma korisno.

Muzika, smeh, priroda i podsticanje nade

Slušanje muzike ublažava stres i ima isceliteljska svojstva, jer, kako ističe dr Zigel (2023), „muzika otvara prozor duhovnosti.“ Takođe, dokazano je da relaksirajući efekat zdravog smeha[20] traje 45 minuta, kao i da deset minuta takvog smeha omogućava dva sata sna bez bola (Zigel, 2023). Iako se mogu naći razni povodi za smeh (na primer, gledanje komedija, pričanje viceva, čitanje smešnih sadržaja, slušanje snimaka sa zaraznim smehom i sl.), korisno je naučiti i kako samostalno, bez spoljnih podsticaja, izazvati sopstveni smeh. U tom smislu veoma je korisna joga smeha, koja se upravo i sastoji iz vežbi za podsticanje smeha onda kada nema posebnog razloga za njega.

Boravak u prirodi i svesno povezivanje sa njom podižu nivo životne energije, podstiču osećaj radosti i doprinose lakšem opuštanju, pa samim tim, takođe, predstavljaju odličnu potporu imunom sistemu i sprečavanju povratka bolesti.

Postojeća saznanja pokazuju i da podsticanje vere u sebe i nade u izlečenje (Tenzi i Čopra, 2019), projekcija sebe i svojih aktivnosti u budućnosti (Servan-Šrajber, 2010), odnosno zamišljanje pozitivnog ishoda i promene – sebe ojačanu/og

[20] Pod zdravim smehom se podrazumeva glasni smeh, koji „dovodi do potpunog opuštanja dijafragme, povećava nivo kiseonika u krvi, širi pluća i blago tonira čitav kardiovaskularni sistem“ (Zigel, 2023:180)

traumatskim iskustvom (Frankl, 1994), takođe deluju pozitivno na osobe koje prolaze kroz stresna iskustva, pa tako i na osobe sa dijagnozom kancera.

Istraživanja pokazuju i da trošenje novca na lepe stvari i duga putovanja pomažu u ozdravljenju (Zigel, 2023). Uticaj na ozdravljenje može se ostvariti na različite načine. Neki od njih su, na primer, ubeđenje da vredi trošiti novac na sopstvena zadovoljstva, što govori o veri u svoju budućnost, i radost koju same te lepe stvari i putovanja sa sobom donose.

Pružaoci podrške osobama sa dijagnozom kancera tokom i nakon završenih medicinskih tretmana

Na osnovu raspoloživih saznanja iz naše zemlje i iz sveta, kao pružaoci podrške mogu se prepoznati sledeći pojedinci, institucije i organizacije: bliske osobe (partneri i partnerke, rođaci, prijatelji, kolege - neformalna podrška bliskih osoba); osobe koje su preživele kancer - neformalna podrška preživelih); zdravstveno osoblje i zaposleni u savetovalištima u okviru zdravstvenih ustanova; udruženja građana; psiholozi i psihijatri; socijalni radnici i defektolozi; duhovnici - za one kojima to odgovara[21], i osobe obučene za integrativni pristup i pružanje holističke emocionalne podrške. Podrška se najčešće pruža uživo, ali se stalno povećavaju i mogućnosti za dobijanje *on line* podrške.

[21] Iskustvo udruženja građana pokazuje da je kod nekih osoba to dobar način uspešnog suočavanja sa bolešću (Slavica Simic, Jefimija, https://www.stetoskop.info/iz-ugla-strucnjaka-serijal-o-raku-dojke/psihosocijalna-podrska-obolelima-od-raka-dojke-slavica-simic, pristupljeno 11.9.2026.)

On line podrška može biti pogodna za osobe sa dijagnozom kancera, s obzirom da je lako dostupna, nezavisno od geografske lokacije pružalaca i primalaca usluge, pa je mogu koristiti bez trošenje energije i vremena za dolaženje do određene lokacije. Njena prednost je i u mogućnosti brzog i lakog stupanja u kontakt i prenošenja informacija velikom broju korisnika, kao i u činjenici da je u dobroj meri besplatna. Na drugoj strani, odsustvo ličnog kontakta može delovati demotivišuće ili umanjiti efekat podrške. Takođe, *on line* programi mogu nekada biti povezani sa agresivnim marketingom suplemenata, u čemu leži i mogućnost zloupotrebe poverenja korisnika.

Utvrđeno je postojanje veze između podržavajućeg okruženja koje jača aktivitet, na jednoj strani, i optimizma osobe sa dijagnozom kancera i njenog ozdravljenja, na drugoj strani (Seligman, 2008). U tom pogledu, od posebnog značaja mogu biti grupe samopomoći, koje su bazirane na osnažujućoj razmeni između osoba sa sličnim iskustvom, a koje su se pokazale veoma korisnim za osobe sa dijagnozom kancera.[22] Od značaja su i drugi programi udruženja građana i institucija namenjeni osobama sa dijagnozom kancera, kao i aktivnosti koje uključuju vežbe disanja, meditaciju i jogu.

Međutim, važno je da osobe sa dijagnozom kancera budu adekvatno i na vreme informisane o postojanju i uslugama grupa samopomoći, i o tome koje oblike podrške i na koji način, tokom i nakon medicinskih tretmana, nude udruženja građana i zdravstvene

[22] Biramo život-portal podrške osobama lečenim od raka, https://biramozivot.sombor-cancer.org.rs/podrska-lecenima/grupe-samopomoci/grupe-samopomoci-kao-efikasna-mogucnost-poboljsanja-kvaliteta-zi vota-obolelih-od-raka.html, pristupljeno 2.9.2026.

ustanove (informacije, usluge Savetovališta za pacijente, predavanja i sl.).Na primer, materijali dostupni na internet strani Instituta za onkologiju i radiologiju Srbije, poput *Preporuka za pacijente u toku i nakon onkološkog lečenja*,[23] sadrže čitav niz važnih i korisnih informacija o poželjnim načinima brige o sebi tokom i nakon medicinskih tretmana, ali je pitanje koliko pacijenata zna za njihovo postojanje.

Program unapređenja kontrole raka u Republici Srbiji za period 2020-2022[24] prepoznaje potrebu za psihosocijanom podrškom onkološkim pacijentima, kao i za holističkom socijalnom podrškom pacijentima i njihovim porodicama. Program, takođe, prepoznaje značaj podrške pre, tokom i nakon tretmana. Uz to, prepoznata je potreba za socijalnim radnicima i psiholozima, bez pominjanja kakvu (dodatnu) edukaciju oni treba da imaju. Program, na žalost, ne prepoznaje druge stručnjake kao pružaoce ove vrste podrške, kao ni potrebu za specijalizacijom za podršku u ovoj oblasti.

Imajući u vidu statistiku koja se iznosi u Programu, a koja ukazuje na nedovoljan broj socijalnih radnika i psihologa u zdravstvenim ustanovama, upravo uključivanje većeg broja stručnjaka različitog profila se čini ključnom urgentnom potrebom u ovoj oblasti.

[23] https://www.ncrc.ac.rs/preporuke-za-pacijente-u-toku-i-nakon-onkoloskog-lecenja/ pristupljeno 7.9.2026.

[24] http://demo.paragraf.rs/demo/combined/Old/t/t2020_08/SG_105_2020_001.htm, pristupljeno 18.9.2026. Na osnovu dostupnih informacija, ne postoji noviji program

Važnost integrativnih pristupa podršci osobama sa dijagnozom kancera

Savremena istraživanja ukazuju na važnost razvijanja integrativnih programa edukacije zdravstvenih radnika i drugih osoba koje su uključene u pružanje podrške osobama sa dijagnozom kancera. Integrativni programi uključuju šira saznanja o mogućim faktorima koji su uticali na javljanje bolesti, kao i objedinjavanje brige o fizičkom i psihičkom zdravlju pacijenata sa dijagnozom kancera (Fernando i dr., 2023). Takođe, integrativni programi obuhvataju edukaciju za pružanje podrške kako tokom, tako i nakon medicinskih tretmana.

Pravilnik o bližim uslovima i načinu obavljanja metoda i postupaka komplementarne medicine Republike Srbije prepoznaje više komplementarnih i alternativnih metoda, poput akupunkture, kvantne medicine, homeopatije, joge, ajurvede, aromaterapije i sl. Ipak, u Srbiji ne postoji jedinstvena, zvanična državna specijalizacija pod nazivom integrativna onkologija, pa tako ni mogućnost za odgovarajuću edukaciju osoba koje žele da se bave integrativnom podrškom osoba sa dijagnozom kancera.[25]

S druge strane, s obzirom na kompleksnost situacije u kojoj se nalaze osobe sa dijagnozom kancera i odsustvo sistemskih

[25] Dostupno je nekoliko akreditovanih vidova edukacije, programa podrške i stručnih usavršavanja koji pokrivaju određene segmente integrativne podrške (psihološke, medicinske i komplementarne). Institut za onkologiju i radiologiju Srbije povremeno organizuje stručne seminare i programe edukacije osoblja i pacijenata o prilagođavanju na bolest, o ishrani i metodama komplementarne medicine. Takođe, Srpsko udruženje za integrativnu psihoterapiju (SUIP) nudi četvorogodišnje trening programe usklađene sa evropskim standardima za one koji žele da se bave integrativnim psihoterapijskim radom, što uključuje i podršku hroničnim i onkološkim pacijentima. Više informacija može se pronaći na linku https://suip-psihoterapija.rs/

integrativnih pristupa njihovoj podršci, od velikog značaja su upravo integrativni i holistički programi podrške koje vode osobe koje su završile odgovarajuću edukaciju i koje su sertifikovane za sprovođenje takvih programa.

Dobar primer za takav program jeste *on line* podrška ženama sa dijagnozom kancera *Ka holističkom stručno-iskustvenom pristupu* koji vodi Melissa Merchant, sertifikovana integrativna savetnica za osobe sa dijagnozom kancera iz Kanade, koja je i sama preživela težak oblik kancera. Melissa Merchant[26] je radila kao advokatica pre bolesti, da bi, nakon lečenja i oporavka, završila odgovarajuću edukaciju i posvetila se pružanju integrativne podrške osobama sa dijagnozom kancera - tokom medicinskih tretmana, u cilju boljeg podnošenja i veće uspešnosti, kao i tokom oporavka i transformacije stila života kako bi se izbeglo ponovno javljanje bolesti.

Melissa Merchant vodi Facebook grupu *Live your best life during and after cancer* (Proživi na najbolji način svoj život tokom i nakon kancera) i nudi sledeće oblike podrške: Informacije na Facebook-u i putem E-maila; Webinare/master class; Besplatna individualna savetovanja i mini coaching preko video poziva; Besplatne časove vežbi koje su prilagođene individualnim potrebama i mogućnostima, razne besplatne informativne sadržaje i sl.; Metod pod nazivom *The Get Your Fight Back Method* (Pobediti) - 12 nedeljni *online* (korak po korak) program koji omogućava ženama da povrate kontrolu nad svojim zdravljem i ono što im je

[26] https://melissamerchant.com/

kancer uzeo - optimizam, poverenje u sebe, inicijativu i samoodređenje, i to kroz učenje: šta i kako da jedu, kako da smanje zabrinutost, i praktična oruđa koja treba da im pomognu da uživaju u promeni i da promena bude trajna.

Ka pobedi

Briga o sebi i odgovarajuća pomoć i podrška, tokom i nakon uspešno završenih medicinskih tretmana, predstavljaju ključne karike na putu osoba sa dijagnozom kancera od žrtve do pobednika/pobednice. Kao što sam, nadam se, pokazala u ovom radu, postojeća saznanja nedvosmisleno ukazuju na važnost koju za uspeh na tom putu ima integrativni pristup, kako na individualnom tako i na širem društvenom planu.

Na individualnom nivou, integrativni pristup podrazumeva trajno usvajanje više komplementarnih zdravih životnih navika, koje uključuju fizički, mentalni i duhovni aspekt, kao i različite metode kako zvanične tako i komplementarne medicine. Međutim, da bi takav pristup bio široko usvojen, neophodno je da postoji njegova odgovarajuća društvena vidljivost i pristupačnost, što podrazumeva i odgovarajući sistem informisanja i edukaciju zdravstvenih radnika i drugih pružalaca pomoći i podrške osobama sa dijagnozom kancera.

Unapređenje sistema informisanja, prvenstveno, treba da se odnosi na lak pristup informacijama o lečenju (klasičnom i alternativnom), prevenciji (oboljevanja i ponovnog javljanja bolesti), o institucijama, udruženjima i osobama koje mogu pružiti podršku,

kao i o različitim aspektima brige o sebi. Neophodno je i uspostavljanje centralizovane baze korisnih informacija, njihova široka distribucija i jednostavna dostupnost. Uz to, potreban je i efikasan i funkcionalan sistem koordinacije postojećih korisnih službi, kao i sistem upućivanja osoba sa dijagnozom kancera na njih.

Na ovom planu mogla bi biti od koristi i razmena iskustava i saradnja između viktimologa i psiho-onkologa, koja bi vodila objedinjavanju i sistematizaciji saznanja i praktičnih modela koji bi bili lako dostupni i od koristi, kako osobama sa dijagnozom kancera tako i pružaocima usluga pomoći i podrške. Primena viktimoloških znanja, u kombinaciji sa znanjima o karakteristikama osnažujuće podrške prilagođene specifičnim potrebama osoba sa dijagnozom kancera, mogla bi biti od posebne koristi za unapređenje postojećih i razvoj novih mehanizama (samo)pomoći i podrške ovim osobama.[27]

Emotivna podrška i psihološka pomoć trebalo bi da podstiču optimizam, aktivno suočavanje s bolešću i posttraumatski rast – zamišljanje pozitivnog ishoda i promene – sebe ojačanu/og traumatskim iskustvom (Frankl, 1994). Pri tome, motivacija treba da bude ono što je za konkretnu osobu osnažujuće, a što ne mora nužno biti suštinska promena životnog stila ili planova. Drugim rečima, odgovarajuća podrška osobama sa dijagnozom kancera trebalo bi da bude fokusirana na njihov aktivitet umesto pasivnosti, da ih tretira kao preživele a ne kao žrtva – ukratko, treba da bude

[27] Više o tome videti u Nikolić-Ristanović, 2015.

zasnovana na rezultatima istraživanja iz oblasti pozitivne psihologije i viktimologije (Seligman, 2008; Joseph. 2011; Ronel, Toren, 2012).

Od velike važnosti je i promena slike o kanceru kao neizlečivoj bolesti, što se može postići kroz promociju iskustava i inspirativnih životnih priča osoba koje su preživele kancer i postale pobednice. Na taj način bi se delovalo na podizanje svesti samih osoba o tome da nisu bespomoćne žrtve, već da mogu da doprinesu svom isceljenju i čak poboljšaju kvalitet života. Samim tim, to bi mogao da bude oblik neformalne edukacije, inspiracije i društvene podrške, ali i način za podizanje društvene svesti i menjanja ukupnog društvenog odnosa prema osobama sa dijagnozom kancera. Umesto povezivanja sa smrtnim ishodom, bolest bi tako počela da se posmatra kao izazov i prilika za promenu i unapređenje kvaliteta života – kao povratak sebi i svojim istinskim potrebama.

Kao što su napisali Čopra i Tenzi (2019:377) „optimističnim saznanjima o raku možete napraviti veliki korak u smanjenju nivoa anksioznosti. Odbacivanjem iracionalnosti iz našeg stava prema ovoj bolesti možemo okrenuti novi list, kome se svi toliko željno nadamo“. Taj novi društveni odgovor bi trebalo da deluje podsticajno i podržavajuće najpre na povećanje preživljavanja osoba sa dijagnozom kancera, a onda i na njihovu pozitivnu transformaciju.

Literatura

Bijelac, S., Rajković, U. (2015) *Ja i moje emocije-psihoonkološka podrška obolelima od raka*. Beograd: Udruženje Hronos i Centar Krugovi. Dostupno na: http://www.krugovi.org/wp-content/uploads/2015/01/Prirucnik-JA-I-MOJE-EMOCIJE.pdf, pristupljeno 22.9.2015.

Bjelica, I. (2013) *Spas*. Beograd: Laguna

Bou-Samra, P., Scott, P., Cheng, H., Kallem, C., Pathak, R, Geller, D., Marsh, W., Wang. Y., Antoni, M., Penedo, F., Tsung, A. Steel, J. (2022) Social support is associated with survival in patients diagnosed with gastrointestinal cancer, *Journal of Gastrointerstinal cancer*, 53 (4), str. 854-861, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34806126/, pristupljeno 10.8.2026.

Čopra, D. (2026) Vibrations, Sound, and Healing: Why certain frequencies can act as direct medicine for the nervous system, https://deepakchopra.substack.com/p/vibrations-sound-and-healing?r=6aiybz&utm_campaign=post-expanded-share&utm_medium=web, pristupljeno 3.9.2026.

Čopra, D., Tenzi R. (2019) *Sam svoj iscelitelj*, Beograd:Laguna

Dobić, M. (2003) *Moj život je kao feniks*, Beograd:Plato

Evans-Webb, M., Murray, E., Younger, Z., Goodfellow, H. i Ross, J. (2021), The supportive care needs of cancer patients: A systematic review, *Journal of cancer education*, 36 (5) str. 899-908, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33492650, pristupljeno 31.8.2026.

Eytan, Sh, Ronel, N.(2023) Spiritual Victimology:Basic Principles, *International journal of offender therapy and comparative criminology*, vol. 69, br.6-7, str.1-17

Fisher, S. B., Lab, P.S. (2010**)** *Encyclopedia of Victimology and Crime Prevention*, Vol. 1. London: Sage.

Flint, T., Ronel, N. (2022) From deprivation to capital: Spirituality and spiritual yearning as recovery capital from PTSD, *Journal of aggression, maltreatment and trauma*, broj, str. 1-21

Frankl, V. (1994) *Zašto se niste ubili*. Beograd: Žarko Albulj.

Hall, M. (2011) Environmental Victims: Challenges for Criminology and Victimology in the 21st Century. *Varstvoslovje*, 4, str. 371-391.

Joseph, S. (2011) What Doesn't Kill Us: The New Psychology of Posttraumatic Growth. New York: Basic Books.

Kabat Zin, J. (2013) Full catastroph living:using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness, New York:Bentam books

Krstić, S. (2021) *Borba do pobede*, Beograd:Laguna

Mate, Gabor (2021) *Kad telo kaže ne*, Beograd: Kontrast izdavaštvo

Marzillano, A, Tuman, M, Moyer, A. (2020) The relationship between post-traumatic stress and post-traumatic growth in cancer patients and survivors: A systematic review and meta-analysis, Psycho Oncology, Vol.29, 4, str. 604-616

Misiag, W., Piszczyk, A., Szymańska-Chabowska, A., Chabowski, M. (2022) Physical Activity and Cancer Care—A Review, *Cancers*, 14 (17), 4154; https://doi.org/10.3390/cancers14174154, pristupljeno 21.9.2026.

Mols, F., van Willegen, N., Lek, D., Engelen, V. (2025)The positive and negative impact of cancer on daily life more than 2 years after diagnosis: Results from a survey among 5,710 patients with various cancer types**,** *Journal of Cancer Survivorship*, https://link.springer.com/article/10.1007/s11764-025-01870-w, pristupljeno 12.9. 2026.

Nikolic-Ristanovic, V. (2014) Joga i žrtve, *Temida*, 1, str.47-64.

Nikolić-Ristanović, V **(**2015) Osobe sa dijagnozom kancera kao žrtve/preživeli: obrasci viktimizacije, osnažujuća podrška i posttraumatski rast, *Temida*, 3-4, str.31-52

Nikolić-Ristanović, V. (2019) Od žrtve do pobednika: viktimologija kao teorija, praksa i aktivizam. Beograd: Prometej

Nisiraiou, A., Bozas, A., Kyrou, D., Stavrogianni, K., Vasilopoulou, M., Kalomoiris, G., Tsintsifa, N., Nikitara, K., Koulierakis, G., Karamanidou, C. (2025) Post-Traumatic Growth in Adult Cancer Survivors: A Scoping Review of Psychological Factors, Predictors, and Interventions. *International journal of psychology*, 60(5):e70097, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12392248/, pristupljeno 4.9.2026.

Lewandovska, A., Rudzki, G., Lewandovski, T, Rudzki, S. (2021) The problems and needs of patients diagnosed with cancer and their caregivers, *International journal of environmental research and public health*, 18 (1) 87, https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7795845/pdf/ijerph-18-00087.pdf, pristupljeno 1.9.2026.

Olson, J., Conroy, D., Schmitz, K. (2024) Lifestyle Behaviors and Health-Related Quality of Life in Cancer Survivors: A Latent Class Analysis, *Health education and behevior*, Vol. 51, 3, str. 341-351

Ronel, N., Toren, T. (2012) Positive Victimology - An Innovation or "More of the Same"? *Temida*, 2, str. 171-180.

Seligman, M. (2008) *La force de l'optimisme*. InterEditions-Dunod: Paris.

Springer, F., Mehnert-Theuerkauf,A., Gebhardt, C., Stolzenburg, J., Briest, S. (2024) Unmet supportive care needs among cancer patients:exploring cancer entity-specific needs and associated factors, *Journal of cancer research and clinical oncology*, 150 (4) :190, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38607426/, pristupljeno 31.8.2026.

Servan-Šrajber, D. (2010) *Antikancer: Novi način života*. Beograd: Laguna.

Zalad, G. (2007) *Zašto baš ja,* Beograd: Dereta.

Walker, L. (2012) *Aging with Strength*. Waialua: Lorenn Walker.

https://doi.org/10.47152/psihsoc2026.2

Danica Vasiljević-Prodanović*
Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

Zoran Pavlović*
Univerzitet Privredna akademija, Pravni fakultet za privredu i pravosuđe

Milica Kovačević*
Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

SOCIJALNA INKLUZIJA KAO OSNOVNO PRAVO OSOBA SA INVALIDITETOM*

Socijalna inkluzija osoba sa invaliditetom je fundamentalno pitanje ljudskih prava i ključna komponenta razvoja humanog društva. Odnosi se na proces poboljšanja sposobnosti, mogućnosti i dostojanstva osoba sa invaliditetom kako bi u potpunosti mogle da učestvuju u društvu. Uprkos napretku u zakonodavstvu i podizanju svesti, mnoge prepreke – fizičke, socijalne, ekonomske, kao i stavovi o osobama sa invaliditetom, i dalje ograničavaju njihov pristup obrazovanju, zapošljavanju, zdravstvenoj zaštiti i ravnopravnom životu u zajednici. Ovaj rad ukazuje na značaj inkluzivnih politika, mera obezbeđivanja pristupačnosti, jednakih mogućnosti, jačanja samostalnosti i učešća u društvenom životu. Takođe

* E-mail: danicavasiljevic@fasper.bg.ac.rs ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5236-1308

* E-mail: zoran.pav@hotmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9625-1298

* E-mail: milica.kovacevic@fasper.bg.ac.rs ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0458-8193

* Ovaj rad je rezultat rada na projektu Fakulteta za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, koji finansira Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije (br. Ugovora 451-03-34/2026-03/200096).

se naglašava uloga državnih institucija, nevladinih organizacija i celokupne zajednice u promovisanju inkluzivnog okruženja i borbi protiv stigme i diskriminacije. Usvajanjem pristupa zasnovanog na pravima i podsticanjem aktivnog učešća, društvo može da obezbedi da su osobe sa invaliditetom osnažene, cenjene i uključene, što u krajnjoj liniji doprinosi pravednijim odnosima i prihvatanju različitosti.

Ključne reči: *socijalna inkluzija; invaliditet; pristupačnost; jednake mogućnosti; ljudska prava.*

Uvod

Položaj osoba sa invaliditetom predstavlja jedno od značajnih pitanja savremenih društava, ne samo u oblasti socijalne politike i socijalne zaštite već, pre svega, u kontekstu ljudskih prava, jednakosti i socijalne pravde (Quinn & Degener, 2002; United Nations, 2006). Tokom poslednjih nekoliko decenija došlo je do značajne promene u razumevanju invalidnosti: od dominantno medicinskog i individualnog pristupa, usmerenog na oštećenje i funkcionalna ograničenja pojedinca, ka socijalnom pristupu zasnovanom na ljudskim pravima, u čijem se središtu nalazi odnos između pojedinca i društvenog okruženja (Barnes & Mercer, 2004; Oliver, 1990; Quinn & Degener, 2002; Thomas, 2004).

Ova promena paradigme ima neposredne posledice po razumevanje socijalne inkluzije. Ukoliko se uzroci nepovoljnog društvenog položaja osoba sa invaliditetom ne nalaze samo u individualnim karakteristikama već i u fizičkim, institucionalnim, ekonomskim, komunikacionim preprekama i stavovima, onda se ni socijalna inkluzija ne može zasnivati prvenstveno na prilagođavanju

pojedinca postojećem društvenom okruženju (Oliver, 1990; Saran et al., 2023). Naprotiv, ona zahteva i promenu samog okruženja i stvaranje uslova u kojima osobe sa invaliditetom mogu ravnopravno ostvarivati svoja prava i učestvovati u društvenom životu (United Nations, 2006).

Prema procenama Svetske zdravstvene organizacije, približno 1,3 milijarde ljudi, odnosno oko 16% svetske populacije, živi sa značajnim invaliditetom (World Health Organization [WHO], 2022). Međutim, brojnost ove populacije nije jedini razlog zbog kojeg pitanje socijalne inkluzije ima poseban značaj. Osobe sa invaliditetom suočavaju se sa nejednakostima u različitim oblastima života, pri čemu nepovoljni ishodi nisu posledica samo zdravstvenog stanja ili funkcionalnih ograničenja, već i nepravednih uslova u zdravstvenom sistemu i širem društvenom okruženju (WHO, 2022).

Socijalna inkluzija zato podrazumeva znatno više od fizičkog prisustva osobe sa invaliditetom u školi, na radnom mestu ili u lokalnoj zajednici. Ona obuhvata stvarnu mogućnost participacije, ostvarivanja društvenih odnosa, pripadnosti zajednici, izbora i kontrole nad sopstvenim životom. Pregledi savremene literature potvrđuju višedimenzionalnu prirodu socijalne inkluzije i ukazuju na različite ishode povezane sa društvenom participacijom i interpersonalnim odnosima (Saran et al., 2023; Schroeder et al., 2026). U domaćim izvorima, Lakićević (2012) pitanje inkluzije osoba sa invaliditetom povezuje sa pretpostavkama aktivne socijalne politike u Srbiji. Takva perspektiva je značajna jer položaj osoba sa invaliditetom ne svodi na pasivno korišćenje mera socijalne zaštite,

već ga smešta u širi kontekst njihovog aktivnog učešća u društvenim procesima.

Na međunarodnom planu ključni normativni zaokret predstavlja Konvencija Ujedinjenih nacija o pravima osoba sa invaliditetom, kojom su poštovanje dostojanstva i individualne autonomije, nediskriminacija, puna i efektivna participacija i uključenost u društvo, jednakost mogućnosti i pristupačnost utvrđeni kao opšti principi (United Nations, 2006). Time socijalna inkluzija prestaje da bude samo poželjan rezultat socijalne politike i postaje pitanje ostvarivanja osnovnih ljudskih prava.

Polazeći od navedenog, cilj ovog rada jeste da socijalnu inkluziju osoba sa invaliditetom razmotri kao pitanje osnovnih ljudskih prava, sa posebnim osvrtom na društvene prepreke koje ograničavaju participaciju u obrazovanju, zapošljavanju, zdravstvenoj zaštiti i životu u zajednici, kao i na položaj osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji. Posebna pažnja posvećena je raskoraku između normativnog priznavanja prava i stvarnih mogućnosti njihovog ostvarivanja.

Od individualnog shvatanja invalidnosti ka socijalnom modelu

Tradicionalno razumevanje invalidnosti dugo je bilo zasnovano na medicinskom ili individualnom modelu, prema kojem se problem invalidnosti prvenstveno locira u pojedincu – njegovom oštećenju, bolesti ili funkcionalnom ograničenju (Oliver, 1990). U okviru takvog pristupa intervencije su dominantno usmerene na lečenje, rehabilitaciju i prilagođavanje osobe zahtevima postojećeg

društvenog okruženja. Medicinska i rehabilitaciona podrška nesumnjivo mogu imati veliki značaj za funkcionisanje i kvalitet života osobe. Problem, međutim, nastaje kada se celokupno iskustvo invalidnosti objašnjava individualnim karakteristikama i kada se društvena isključenost implicitno tumači kao posledica nedovoljne sposobnosti pojedinca da odgovori zahtevima sredine (Oliver, 1990; Thomas, 2004).

Razvoj socijalnog modela invalidnosti predstavljao je značajan zaokret u ovom razumevanju. Oliver (1990) pomera fokus sa individualnog oštećenja prema društvenim strukturama i preprekama koje ograničavaju učešće osoba sa invaliditetom. Invalidnost se iz ove perspektive ne može razumeti samo kao karakteristika pojedinca, već i kao rezultat načina na koji je društvo organizovano. Barnes i Mercer (2004) dalje razvijaju ovu perspektivu ukazujući na društvene i institucionalne mehanizme kroz koje osobe sa invaliditetom mogu biti isključene iz različitih oblasti društvenog života. Nepristupačna zgrada, na primer, nije samo tehnički nedostatak prostora. Kada onemogućava osobi da koristi obrazovnu, zdravstvenu ili javnu ustanovu, ona postaje prepreka ostvarivanju prava i društvenoj participaciji (Barnes & Mercer, 2004; United Nations, 2006).

U domaćoj literaturi sličan razvoj pristupa invalidnosti razmatra Tatić (2013), koji socijalni model određuje kao odgovor na ograničenja medicinskog pristupa. Dok medicinski model problem prvenstveno vezuje za oštećenje i funkcionalna ograničenja pojedinca, socijalni model težište pomera prema odnosu osobe i društvenog okruženja, odnosno prema fizičkim, komunikacionim,

psihosocijalnim i drugim preprekama koje mogu ograničiti njeno puno i ravnopravno učešće. Invalidnost se na taj način ne posmatra isključivo kao individualna karakteristika, već kao društveni fenomen koji nastaje u interakciji osobe sa okruženjem.

Ovakvo razumevanje ne znači negiranje zdravstvenih potreba osobe sa invaliditetom niti značaja medicinske struke. Tatić (2013) ukazuje upravo na potrebu razlikovanja pitanja koja pripadaju domenu lečenja od odluka koje se odnose na obrazovanje, zapošljavanje, izbor životnog okruženja i lične i porodične odnose. Problem medicinskog modela nastaje onda kada se medicinska procena proširi na oblasti života u kojima osoba treba da zadrži pravo izbora i odlučivanja.

Socijalni model time menja i pitanje odgovornosti. Umesto pitanja šta osoba treba da promeni kod sebe kako bi se prilagodila postojećem okruženju, u prvi plan dolazi pitanje koje prepreke društvo treba da ukloni kako bi omogućilo ravnopravnu participaciju. Takvo stanovište prisutno je i u domaćem pokretu za samostalni život osoba sa invaliditetom, koji uklanjanje prepreka neposredno povezuje sa jednakošću, samostalnošću, mogućnošću izbora i kontrolom nad sopstvenim životom (Centar za samostalni život osoba sa invaliditetom Srbije, 2014).

Značaj fizičkog okruženja posebno potvrđuje novija literatura usmerena na osobe sa dugotrajnim fizičkim invaliditetom. Heeb Desai et al. (2024) su u pregledu 21 studije pokazali da karakteristike izgrađenog okruženja mogu imati važnu ulogu u omogućavanju ili ograničavanju participacije u zajednici. Time

pristupačnost javnih prostora, objekata, saobraćajnih površina i transporta prestaje da bude samo pitanje tehničkog standarda i postaje jedan od uslova društvene participacije.

Savremeno razumevanje invalidnosti, međutim, ne zahteva zanemarivanje individualnog iskustva telesnog oštećenja. Thomas (2004) kroz socijalno-relacioni pristup ukazuje na potrebu povezivanja telesnog i funkcionalnog iskustva pojedinca sa društvenim odnosima i procesima koji mogu dodatno ograničavati njegove aktivnosti i participaciju. Ovu međuzavisnost potvrđuju i Turcotte et al. (2025), koji su u pregledu literature o socijalnoj participaciji osoba sa dugotrajnim neurološkim invaliditetom identifikovali prepreke na različitim nivoima – od individualnih faktora, poput bola i zamora, do faktora šireg društvenog i fizičkog okruženja.

Takvi nalazi pokazuju zašto individualno i socijalno objašnjenje invalidnosti ne treba posmatrati kao međusobno isključive perspektive. Funkcionalne posledice zdravstvenog stanja mogu realno uticati na određene aktivnosti, ali stepen u kojem će one dovesti do socijalne isključenosti zavisi i od karakteristika fizičkog i društvenog okruženja (Heeb Desai et al., 2024; Thomas, 2004; Turcotte et al., 2025). Socijalna inkluzija zato ne podrazumeva negiranje individualnih razlika, već stvaranje društvenih uslova u kojima te razlike ne proizvode neravnopravnost.

Socijalna inkluzija kao ljudsko pravo

Dalji razvoj razumevanja invalidnosti povezan je sa pristupom zasnovanim na ljudskim pravima. Quinn i Degener (2002) ukazuju na značaj pomeranja od posmatranja osobe sa invaliditetom kao objekta zaštite, brige i rehabilitacije prema njenom statusu subjekta i nosioca prava. Ova promena nije samo terminološka. U tradicionalnom modelu socijalne zaštite pomoć osobi sa invaliditetom može se razumeti prvenstveno kao izraz društvene solidarnosti. U pristupu zasnovanom na pravima, mogućnost obrazovanja, rada, kretanja, korišćenja zdravstvene zaštite, života u zajednici i participacije proizlazi iz statusa osobe kao ravnopravnog nosioca ljudskih prava (Quinn & Degener, 2002; United Nations, 2006). Socijalni model invalidnosti podrazumeva pomeranje od paternalističkog posmatranja osobe sa invaliditetom kao objekta zaštite ka njenom priznavanju kao nosioca ljudskih prava, pri čemu su nediskriminacija, jednake mogućnosti i puna participacija ključni uslovi ravnopravnosti (Trkulja, 2010).

Veza između socijalnog modela invalidnosti i pristupa zasnovanog na ljudskim pravima posebno je značajna za razumevanje socijalne inkluzije. Tatić (2013) model ljudskih prava posmatra kao praktičnu manifestaciju razvijenog teorijskog koncepta socijalnog modela. Takvo stanovište pokazuje da pomeranje odgovornosti sa pojedinca na društveno okruženje nije samo teorijska promena u razumevanju invalidnosti. Ono dobija pravne posledice: osoba sa invaliditetom postaje nosilac prava, dok država i društvene institucije imaju obavezu da sprečavaju

diskriminaciju, uklanjaju prepreke i stvaraju uslove za ravnopravno učešće.

Upravo na toj osnovi socijalna inkluzija dobija karakter ljudskog prava. Ukoliko društvene prepreke onemogućavaju osobi da koristi obrazovanje, rad, zdravstvenu zaštitu, javne usluge ili da živi i učestvuje u zajednici, njihovo uklanjanje ne treba razumeti samo kao meru socijalne podrške ili dobre volje institucija, već kao uslov ostvarivanja ravnopravnosti i ljudskih prava (Tatić, 2013; United Nations, 2006).

Konvencija o pravima osoba sa invaliditetom predstavlja najznačajniji međunarodni pravni izraz ove promene paradigme. Među njenim opštim principima nalaze se poštovanje dostojanstva i individualne autonomije, nediskriminacija, puna i efektivna participacija i uključenost u društvo, jednakost mogućnosti i pristupačnost (United Nations, 2006).

Posebna vrednost Konvencije nalazi se u međusobnoj povezanosti prava. Pristupačnost je preduslov korišćenja brojnih obrazovnih, zdravstvenih, radnih i javnih usluga; obrazovanje utiče na mogućnosti zapošljavanja; zaposlenje na ekonomsku samostalnost i društvenu participaciju; dok podrška u zajednici utiče na mogućnost izbora načina života (United Nations, 2006). Prilagođavanje okruženja u tom kontekstu ima posebno mesto. Njegova funkcija nije da osobi sa invaliditetom obezbedi privilegovan položaj, već da ukloni konkretnu prepreku koja joj onemogućava ravnopravno ostvarivanje prava (United Nations, 2006). Prilagođavanje radnog mesta, nastavnog procesa,

komunikacije ili načina pružanja usluge može predstavljati upravo ono što omogućava da normativno priznato pravo postane praktično ostvarivo.

Od pristupačnosti ka participaciji i pripadnosti

Jedan od problema u razmatranju socijalne inkluzije jeste njeno povremeno poistovećivanje sa integracijom ili fizičkim prisustvom osobe u određenoj društvenoj sredini. Međutim, savremena literatura pokazuje da je socijalna inkluzija višedimenzionalna i da obuhvata različite oblike društvene participacije i interpersonalnih odnosa (Saran et al., 2023; Schroeder et al., 2026). Za potrebe ovog rada korisno je analitički razlikovati tri međusobno povezana nivoa: pristupačnost, participaciju i pripadnost.

Pristupačnost predstavlja osnovni nivo. Osoba mora biti u mogućnosti da koristi određeni prostor, instituciju, informaciju, uslugu ili aktivnost. Bez fizičke, komunikacione i informacione pristupačnosti mnogi drugi oblici participacije nisu mogući (United Nations, 2006).

Participacija predstavlja sledeći nivo. Nije dovoljno da osoba bude fizički prisutna; potrebno je da ima mogućnost stvarnog učešća. Empirijski nalazi kod osoba sa dugotrajnim fizičkim i neurološkim invaliditetom potvrđuju da transport, pristupačnost izgrađenog okruženja i karakteristike lokalne zajednice mogu neposredno uticati na mogućnost učešća u društvenim aktivnostima (Heeb Desai et al., 2024; Turcotte et al., 2025).

Pripadnost predstavlja još složeniju dimenziju. Ona uključuje kvalitet društvenih odnosa, prihvaćenost i mogućnost osobe da sebe doživljava kao ravnopravnog člana određene zajednice. Zbog toga fizičku integraciju i socijalnu inkluziju ne treba posmatrati kao sinonime.

Ovo razlikovanje ima važne posledice za procenu uspešnosti politika inkluzije. Povećanje broja osoba sa invaliditetom fizički prisutnih u redovnim društvenim institucijama predstavlja važan korak, ali nije dovoljan pokazatelj njihove stvarne socijalne uključenosti. Zato se inkluzija ne može procenjivati samo pitanjem: Da li je osoba prisutna? Potrebno je pitati i: Da li može ravnopravno da učestvuje? Da li ima mogućnost izbora i uticaja? Da li ostvaruje društvene odnose? Da li je prihvaćena? Da li pripada zajednici?

Obrazovanje kao prostor socijalne inkluzije

Obrazovanje predstavlja jednu od najvažnijih pretpostavki društvene participacije. Njegov značaj prevazilazi sticanje formalnih kvalifikacija, jer obrazovne mogućnosti utiču na kasnije zapošljavanje, ekonomsku samostalnost, profesionalni identitet i učešće u društvenom životu. Pravo na inkluzivno obrazovanje ne može se svesti na mogućnost učenika ili studenta sa invaliditetom da bude fizički prisutan u redovnoj obrazovnoj ustanovi. Komitet za prava osoba sa invaliditetom u Generalnom komentaru br. 4 razlikuje isključivanje, segregaciju, integraciju i inkluziju i naglašava da inkluzija zahteva sistemsku reformu obrazovanja, uključujući promene sadržaja, metoda, struktura i strategija kako bi se

odgovorilo na različitost učenika (Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2016).

Kod integrativnog pristupa učenik ili student ulazi u postojeći sistem i od njega se očekuje da mu se prilagodi. Inkluzivni pristup polazi od drugačije pretpostavke – da obrazovni sistem treba organizovati tako da odgovori na različitost učenika i njihovih potreba.

Potrebu za sistemskim pristupom potvrđuje i novija pregledna literatura. Hay i Beamish (2026) analizirali su 53 pregledne studije objavljene tokom tri decenije, koje zajedno sintetizuju približno 2.000 primarnih istraživanja. Njihov pregled pokazuje da se inkluzivno obrazovanje ne može svesti na fizičko uključivanje učenika u redovne škole, već obuhvata stavove i profesionalni razvoj nastavnika, inkluzivne prakse, socijalnu inkluziju, kao i sistemske i implementacione prepreke (Hay & Beamish, 2026).

Posebno ilustrativan domaći primer predstavlja visoko obrazovanje. Vasiljević-Prodanović (2019) ukazuje na značaj visokog obrazovanja za socijalnu inkluziju osoba sa invaliditetom, ali i na problem nepristupačnosti visokoškolskih ustanova u Srbiji. Pristupačnost se pri tome ne odnosi samo na uklanjanje arhitektonskih prepreka, već uključuje prilagođavanje fizičkog prostora i opreme, nastavnih materijala, organizacije nastave i dostupnost odgovarajućih servisa podrške (Vasiljević-Prodanović, 2019). Ovaj primer pokazuje da diskriminacija ne mora imati oblik neposrednog uskraćivanja prava. Neravnopravnost može nastati i onda kada je pravo formalno priznato, ali način organizovanja

ustanove praktično onemogućava njegovo korišćenje pod jednakim uslovima. Razumno prilagođavanje zato ne predstavlja privilegiju studenta sa invaliditetom, već instrument ostvarivanja suštinske jednakosti (United Nations, 2006; Vasiljević-Prodanović, 2019).

U Srbiji su poslednjih godina razvijani različiti mehanizmi podrške inkluzivnom obrazovanju. Nacionalni izveštaj o inkluzivnom obrazovanju za period 2022–2024. ukazuje na razvoj resursnih centara, asistivne tehnologije i drugih oblika podrške inkluzivnom obrazovanju (UNICEF Srbija, 2025). Ipak, broj razvijenih mehanizama ili učenika uključenih u redovno obrazovanje sam po sebi nije dovoljna mera inkluzije. Njena stvarna mera jeste mogućnost učenika ili studenta da koristi obrazovne resurse, ravnopravno učestvuje u nastavi, razvija odnose sa vršnjacima i kolegama i bude prihvaćen kao ravnopravni član obrazovne zajednice.

Zapošljavanje i ekonomska participacija

Zapošljavanje predstavlja jednu od centralnih oblasti socijalne inkluzije. Njegov značaj nije samo ekonomski. Rad može doprineti materijalnoj nezavisnosti, profesionalnom identitetu, društvenim kontaktima i većoj kontroli nad sopstvenim životom. Pravo na rad osoba sa invaliditetom podrazumeva mogućnost rada na otvorenom, inkluzivnom i pristupačnom tržištu rada (United Nations, 2006). Generalni komentar br. 8 dodatno naglašava značaj otvorenog, inkluzivnog i pristupačnog radnog okruženja za ostvarivanje prava osoba sa invaliditetom na rad i zapošljavanje (Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2022).

Prepreke zapošljavanju, međutim, ne proizlaze samo iz individualnih karakteristika pojedinca. Sistematski pregled Nagtegaal et al. (2023), kojim je obuhvaćeno 47 studija, identifikovao je 32 faktora koji mogu uticati na odluke poslodavaca o zapošljavanju osoba sa invaliditetom. Među najčešće navođenim preprekama nalaze se očekivanja o nižoj produktivnosti osoba sa invaliditetom, očekivanje povećanih troškova njihovog zapošljavanja i nedovoljno znanje poslodavaca o invalidnosti (Nagtegaal et al., 2023). Ovakvi nalazi pokazuju da odluka o zapošljavanju nastaje u širem organizacionom i društvenom kontekstu u kojem znanje, iskustvo, očekivanja i stavovi poslodavaca mogu olakšavati ili ograničavati pristup tržištu rada.

Formalna zabrana diskriminacije zato predstavlja neophodan, ali ne i dovoljan uslov ekonomske inkluzije. Ako je radno mesto nepristupačno, ako nisu obezbeđena potrebna prilagođavanja ili ako odluke poslodavaca oblikuju stereotipi o sposobnostima i produktivnosti osoba sa invaliditetom, pravo na rad ne proizvodi nužno stvarnu jednakost (Nagtegaal et al., 2023; United Nations, 2006). Socijalna inkluzija kroz zapošljavanje zato se ne može meriti samo brojem zaposlenih osoba sa invaliditetom. Relevantni su i kvalitet radnog mesta, sigurnost zaposlenja, profesionalno napredovanje, odnosi sa kolegama, dostupnost razumnog prilagođavanja i mogućnost zaposlenog da ravnopravno učestvuje u radnoj zajednici.

Zdravstvena zaštita i pristupačnost

Zdravstvena zaštita predstavlja još jednu oblast u kojoj se jasno vidi međuzavisnost različitih dimenzija inkluzije. WHO (2022) ukazuje da zdravstvene nejednakosti osoba sa invaliditetom ne proizlaze samo iz osnovnog zdravstvenog stanja već i iz nepravednih uslova unutar zdravstvenog sistema i šireg društvenog okruženja. Nepristupačnost zdravstvenih objekata i opreme, komunikacione prepreke, transport, finansijski troškovi i negativni stavovi mogu ograničiti korišćenje zdravstvene zaštite (WHO, 2022).

Kod osoba sa fizičkim invaliditetom ova povezanost je naročito očigledna. Formalna dostupnost zdravstvene usluge ima ograničenu vrednost ako osoba ne može da uđe u zdravstvenu ustanovu, pristupi ordinaciji ili koristi odgovarajuću dijagnostičku opremu. Zdravstvena inkluzija zato ne podrazumeva samo postojanje zdravstvene usluge, već mogućnost njenog korišćenja pod ravnopravnim uslovima, uz poštovanje dostojanstva, autonomije i prava osobe da učestvuje u donošenju odluka koje se odnose na njeno zdravlje (United Nations, 2006; WHO, 2022).

Informaciona i komunikaciona pristupačnost

Pristupačnost se može posmatrati kao horizontalni preduslov ostvarivanja različitih prava. Ona se ne odnosi samo na arhitektonsko okruženje već i na transport, informacije, komunikaciju i usluge namenjene javnosti (United Nations, 2006).

Značaj informacione i komunikacione pristupačnosti potvrđuje i domaće istraživanje Maslikovića i Tomića (2024), sprovedeno među osobama sa fizičkim i/ili senzornim invaliditetom u Srbiji. Rezultati ukazuju na probleme u prilagođenosti javnih institucija i državnih organa potrebama osoba sa invaliditetom, što pokazuje da socijalna uključenost ne zavisi samo od fizičkog pristupa prostoru, već i od mogućnosti pristupa informacijama i komunikaciji (Masliković & Tomić, 2024). Nepristupačnost zato nije samo tehnički problem. Kada fizičko, informaciono ili komunikaciono okruženje sistematski sprečava određenu grupu građana da koristi prava i usluge dostupne drugima, pristupačnost postaje pitanje jednakosti i nediskriminacije.

Samostalni život, izbor i kontrola

Jedno od značajnih dostignuća savremenog pristupa invalidnosti jeste drugačije razumevanje samostalnosti. Samostalan život ne znači nužno život bez podrške drugih ljudi. Njegova suština je u mogućnosti izbora i kontrole nad odlukama koje oblikuju svakodnevni život. Član 19 Konvencije priznaje jednako pravo osoba sa invaliditetom da žive u zajednici i da imaju mogućnosti izbora uporedive sa mogućnostima drugih ljudi (United Nations, 2006). Generalni komentar br. 5 dodatno naglašava da samostalni život podrazumeva mogućnost osobe da bira i kontroliše sopstveni život i način na koji koristi potrebnu podršku (Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2017). U tom smislu, dostupnost odgovarajućih servisa podrške predstavlja važan preduslov samostalnog života i uključivanja osoba sa invaliditetom u

zajednicu. Sistemi podrške zasnovani na socijalnom modelu treba da omoguće osobama sa invaliditetom korišćenje sopstvenih potencijala, očuvanje dostojanstva i privatnosti, jačanje autonomije i preuzimanje odgovornosti za sopstveni život (Rajkov, 2010).

Ovo je naročito značajno za osobe kojima je potrebna svakodnevna podrška. Potreba za pomoći u obavljanju određenih aktivnosti ne znači da osoba treba da izgubi kontrolu nad odlukama koje se odnose na njen život. Socijalna inkluzija je zato neposredno povezana sa mogućnošću osobe da bude aktivni subjekt sopstvenog života, a ne samo pasivni korisnik usluga koje drugi planiraju i organizuju u njeno ime.

Koncept samostalnog života neposredno proizlazi iz socijalnog modela invalidnosti. U domaćem pokretu osoba sa invaliditetom samostalnost se ne poistovećuje sa sposobnošću osobe da sve aktivnosti obavlja bez pomoći drugih, već sa mogućnošću izbora i kontrole nad sopstvenim životom. Uklanjanje društvenih prepreka i obezbeđivanje odgovarajućih oblika podrške zato ne umanjuju samostalnost osobe, već stvaraju uslove da ona donosi odluke i učestvuje u zajednici na osnovu jednakosti sa drugima (Centar za samostalni život osoba sa invaliditetom Srbije, 2014; Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2017).

Od prilagođavanja pojedinca ka promeni društvenog okruženja

Jedno od najvažnijih pitanja koje otvara savremena empirijska literatura jeste nivo na kojem se interveniše kako bi se unapredila socijalna inkluzija. Saran et al. (2023), analizirajući intervencije za

unapređenje socijalne inkluzije osoba sa invaliditetom u zemljama sa niskim i srednjim prihodima, upozoravaju da usmerenost na opremanje pojedinca veštinama i resursima može prevideti šire strukturne sile koje proizvode socijalnu isključenost.

Ovi nalazi savremenih sistematskih pregleda u velikoj meri potvrđuju osnovnu pretpostavku socijalnog modela: isključenost se ne može prevazilaziti samo intervencijama usmerenim na pojedinca. U domaćem kontekstu Tatić (2013) ukazuje da osobe sa invaliditetom ne nailaze na teškoće samo zbog svojih oštećenja, već i zbog prepreka i predrasuda u društvu, pri čemu se teret suočavanja sa tim preprekama često prebacuje na same osobe i njihove porodice. Iz perspektive socijalne inkluzije, upravo takvo prebacivanje odgovornosti predstavlja jedan od ključnih problema individualizovanog pristupa invalidnosti.

Promena društvenog okruženja zato ne predstavlja alternativu individualnoj podršci, već njen neophodan pandan. Rehabilitacija, asistivna tehnologija, obrazovanje i razvoj različitih veština mogu unaprediti mogućnosti pojedinca, ali njihovi efekti ostaju ograničeni ukoliko istovremeno opstaju nepristupačan prevoz i objekti, diskriminatorne prakse, komunikacione prepreke i negativni stavovi. Izjednačavanje mogućnosti stoga zahteva kombinovanje antidiskriminacionih mera sa pozitivnim merama usmerenim na uklanjanje prepreka u društvenoj zajednici. Među takvim merama posebno mesto zauzima razvoj odgovarajućih servisa podrške, koji predstavljaju jedan od osnovnih preduslova uključivanja osoba sa invaliditetom u zajednicu (Rajkov, 2010).

Noviji sistematski pregled Schroeder et al. (2026), usmeren na zemlje sa visokim bruto prihodima, dodatno potvrđuje ovaj problem. Pregledom je obuhvaćeno 50 studija sa ukupno 10.904 učesnika. Dvadeset studija pokazalo je pozitivne efekte intervencija, 14 nije pokazalo efekat, dok su rezultati 16 studija bili mešoviti (Schroeder et al., 2026). Posebno je značajno da je većina intervencija bila usmerena na individualni nivo, dok su organizacioni i nivoi zajednice bili znatno manje zastupljeni. Ovakva struktura istraživanja ukazuje na paradoks da, iako socijalni model invalidnosti već decenijama naglašava značaj društvenih prepreka, intervencije za unapređenje inkluzije i dalje se često usmeravaju prvenstveno na promenu pojedinca (Oliver, 1990; Schroeder et al., 2026).

Programi razvoja socijalnih, komunikacionih, profesionalnih ili drugih veština mogu biti korisni i ne treba ih odbacivati. Problem nastaje kada se istovremeno ne menjaju sredina, institucije i društvene strukture koje proizvode isključenost (Saran et al., 2023; Schroeder et al., 2026). Ako je ulaz u ustanovu nepristupačan, trening individualnih veština neće ukloniti stepenice. Ako je javni prevoz nepristupačan, individualno osnaživanje neće samo po sebi rešiti problem mobilnosti. Ako poslodavac odluku zasniva na stereotipima o produktivnosti osobe sa invaliditetom, dodatna obuka same osobe neće nužno promeniti njegove pretpostavke (Nagtegaal et al., 2023).

Zato pitanje ne treba da glasi samo: Kako osposobiti osobu sa invaliditetom da se bolje uključi u postojeće društvo? Jednako važno pitanje glasi: Kako menjati društvene uslove tako da različitost sposobnosti njegovih članova ne predstavlja osnov za isključivanje?

Socijalna inkluzija osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji

U Republici Srbiji razvijan je normativni i institucionalni okvir zaštite prava osoba sa invaliditetom, a ratifikacija Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom predstavlja važnu osnovu za pristup zasnovan na ljudskim pravima. Aktuelna Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom za period 2025–2030. kao opšti cilj postavlja unapređenje društvenog i ekonomskog položaja osoba sa invaliditetom i stvaranje uslova za njihovo ravnopravno učešće u društvu (Vlada Republike Srbije, 2025). Strategija obuhvata pitanja podrške samostalnom životu, pristupačnosti, ekonomske nezavisnosti, obrazovanja, socijalne i zdravstvene zaštite.

Ipak, postojanje normativnog okvira samo po sebi nije dovoljno za ostvarivanje pune socijalne inkluzije. Upravo razlika između priznatih prava i mogućnosti njihovog svakodnevnog korišćenja predstavlja jedno od ključnih pitanja položaja osoba sa invaliditetom. Podaci Poverenika pokazuju da formalno razvijen normativni okvir nije dovoljan. Invaliditet je i dalje među čestim osnovima diskriminacije, dok se prepreke pojavljuju u odnosima sa organima javne vlasti, zdravstvenoj zaštiti, radu i zapošljavanju, obrazovanju i pristupu javnim uslugama (Poverenik za zaštitu ravnopravnosti, 2025). Ključni izazov zbog toga predstavlja smanjivanje jaza između formalno garantovanih prava i njihovog stvarnog ostvarivanja.

Razvoj domaćeg normativnog okvira treba posmatrati i kao deo šire promene pristupa invalidnosti. Tatić je u svojim radovima o ravnopravnosti osoba sa invaliditetom i usklađivanju domaćeg

zakonodavstva sa Konvencijom ukazivao na značaj nediskriminacije, jednakih mogućnosti i stvaranja uslova za puno učešće osoba sa invaliditetom. Ratifikacija Konvencije zato nije značajna samo kao preuzimanje međunarodnih pravnih obaveza, već i kao normativna potvrda prelaska sa pristupa zasnovanog prvenstveno na zaštiti i zbrinjavanju ka pristupu u kojem su osobe sa invaliditetom nosioci prava (Tatić, 2010; United Nations, 2006).

Ovaj zaokret prepoznatljiv je i u domaćoj institucionalnoj praksi. Poverenik za zaštitu ravnopravnosti (2019) ukazuje da socijalni pristup invalidnosti pomera težište sa dijagnoze pojedinca prema okruženju koje treba da obezbedi jednake mogućnosti za učešće, pri čemu se posebna pažnja usmerava na prepreke u zajednici koje osobama sa invaliditetom otežavaju korišćenje prava, usluga i drugih društvenih resursa.

Lakićević (2012) pitanje inkluzije osoba sa invaliditetom u Srbiji razmatra u kontekstu pretpostavki aktivne socijalne politike. Ovakva perspektiva je značajna jer položaj osoba sa invaliditetom ne svodi samo na materijalnu sigurnost i kompenzaciju posledica invalidnosti, već otvara pitanje aktivnog uključivanja u društvene procese. Osoba može ostvarivati određena prava iz sistema socijalne zaštite, a istovremeno biti ograničena u pristupu obrazovanju, tržištu rada, javnim institucijama i društvenim aktivnostima. Socijalna sigurnost i socijalna inkluzija zato predstavljaju povezane, ali ne i identične dimenzije društvenog položaja.

Analiza visokog obrazovanja koju daje Vasiljević-Prodanović (2019) konkretizuje ovaj problem u domaćem kontekstu. Priznato pravo na obrazovanje nije dovoljno ukoliko fizička i organizaciona struktura visokoškolske ustanove sprečava studenta sa invaliditetom da to pravo koristi pod ravnopravnim uslovima.

Novija domaća istraživanja pokazuju da se sličan problem javlja i u drugim oblastima. Masliković i Tomić (2024) ukazuju na teškoće sa kojima se osobe sa fizičkim i/ili senzornim invaliditetom suočavaju u pristupu informacijama i komunikaciji sa javnim institucijama.

Posebno ilustrativan primer pruža istraživanje pristupačnosti pravosudnih institucija u Srbiji. Masliković et al. (2026), na osnovu podataka prikupljenih od 233 pravosudna organa, utvrdili su da je samo 15,5% institucija svoje usluge ocenilo kao potpuno prilagođene osobama sa invaliditetom, dok je svega 9% navelo postojanje plana ili strategije za unapređenje pristupačnosti i inkluzije.

Ovi nalazi konkretizuju razliku između prava na papiru i prava u svakodnevnom životu. Pravo na pristup javnoj instituciji ne iscrpljuje se u odsustvu formalne zabrane pristupa, već zahteva fizičke, informacione, komunikacione i organizacione uslove koji omogućavaju da osoba instituciju zaista koristi pod ravnopravnim uslovima (Masliković & Tomić, 2024; Masliković et al., 2026; United Nations, 2006).

Napredak zato ne treba procenjivati samo prema broju usvojenih propisa, strategija i programa. Neposredniji pokazatelji

inkluzije jesu odgovori na pitanja: može li osoba sa invaliditetom da koristi javni prevoz; da uđe u obrazovnu, zdravstvenu ili javnu ustanovu; dobije informaciju u pristupačnom obliku; pronađe odgovarajuće zaposlenje; dobije potrebnu podršku za život u zajednici; bira način na koji će živeti i učestvuje u donošenju odluka koje utiču na njen život?

Poseban značaj imaju organizacije osoba sa invaliditetom. Princip „Ništa o nama bez nas“ izražava suštinu participativnog pristupa: politike koje neposredno utiču na život osoba sa invaliditetom ne treba stvarati samo za njih, već uz njihovo aktivno učešće. Takva participacija predstavlja praktični izraz pristupa zasnovanog na ljudskim pravima i ideje da osoba sa invaliditetom nije objekat politike, već njen ravnopravni učesnik (Quinn & Degener, 2002; United Nations, 2006).

Od formalne jednakosti ka stvarnoj inkluziji

Prethodna analiza pokazuje da formalna jednakost predstavlja neophodnu, ali nedovoljnu pretpostavku socijalne inkluzije (Quinn & Degener, 2002; United Nations, 2006). Pravo dobija svoje puno značenje tek onda kada osoba ima realnu mogućnost da ga ostvari. Na osnovu razmatranih teorijskih pristupa i empirijskih nalaza, proces socijalne inkluzije može se analitički predstaviti kao međusobno povezan sled: priznavanje prava, pristupačnost, participacija, pripadnost, izbor i kontrola.

Prvi nivo je normativan: pravo je priznato i diskriminacija zabranjena. Drugi je praktičan: osoba mora imati mogućnost da

pristupi prostoru, instituciji, informaciji ili usluzi. Treći predstavlja stvarnu participaciju – mogućnost aktivnog i ravnopravnog učešća. Četvrti se odnosi na društvene odnose, prihvaćenost i pripadnost zajednici. Peti podrazumeva autonomiju – mogućnost osobe da utiče na odluke koje oblikuju njen život.

Ovaj sled predstavlja analitičku sintezu socijalnog modela, pristupa zasnovanog na ljudskim pravima i savremenih istraživanja socijalne participacije (Oliver, 1990; Quinn & Degener, 2002; Saran et al., 2023; Schroeder et al., 2026; United Nations, 2006). Njegova vrednost je u tome što omogućava razlikovanje formalne integracije od stvarne inkluzije. Osoba može imati priznato pravo, a da nema pristup; može imati pristup, a da nema mogućnost participacije; može učestvovati u formalnim aktivnostima, a istovremeno ostati društveno izolovana; i može biti fizički uključena u zajednicu, a da nema dovoljno izbora i kontrole nad sopstvenim životom. Stoga se uspešnost inkluzije ne može procenjivati samo prema tome koliko su osobe sa invaliditetom prisutne u institucijama, već prema tome u kojoj meri te institucije omogućavaju ravnopravnu participaciju, pripadnost i autonomiju.

Iz ugla neizlečivog optimiste

Inkluzija je samo reč, i ništa više. Njeno pravo značenje možda se najjasnije vidi kada se udaljimo od zakona, strategija, statistika i pogledamo svakodnevni život jedne osobe. Zamislimo univerzitetsku profesorku koja živi sa multiplom sklerozom. Njeno jutro ne počinje samo razmišljanjem o predavanju, studentima i fakultetskim obavezama. Počinje i procenom koliko danas može,

koliko će je snage koštati dolazak na posao i hoće li je telo pratiti kroz sve što je tog dana isplanirala.

Fakultet na kojem radi nije pristupačan. Stepenice koje njene kolege gotovo ne primećuju za nju predstavljaju stvarnu prepreku. Hodnici postaju duži, dolazak do slušaonice zahtevniji, a raspored obaveza mora da se usklađuje ne samo sa akademskim zadacima već i sa mogućnostima koje joj tog dana dopušta bolest. Još je teže objasniti ono što se ne vidi: da umor nije uvek običan umor, da bol ne mora biti vidljiv da bi bio stvaran, i da potreba za drugačijom organizacijom posla nije traženje povlastice.

Kada uđe u slušaonicu, studenti najpre vide njen osmeh. Vide profesorku koja je pripremila predavanje, koja ih sluša, odgovara na pitanja i razume njihove nedoumice. Ne znaju uvek koliko je energije bilo potrebno samo da tog jutra stigne do njih. Ali taj osmeh nije pokušaj da se bolest negira. On je izraz odluke da bolest, koliko god bila prisutna, ne dobije pravo da određuje sve drugo što njen život jeste.

Posle fakulteta postoje porodica, prijatelji, ljudi koje voli, razgovori, planovi i male svakodnevne radosti. Postoji potreba da se daje drugima čak i onda kada je podrška potrebna njoj. Postoji želja da se putuje, radi, voli, smeje, planira i učestvuje u životu, a ne samo da se život prilagođava bolesti. Možda se upravo u tome krije njen neizlečivi optimizam. Ne u poricanju bola, niti u potrebi da svakoga dana bude hrabra. Optimizam je u tome što, uprkos danima koji nisu laki, i dalje očekuje nešto dobro od sutrašnjeg. U

posvećenosti studentima, lepoj reči za kolegu, ljubavi prema najbližima i želji da život ostane ispunjen svime što ga čini vrednim.

Ali ona ne bi trebalo da bude heroj da bi bila ravnopravna. Ne mora da savlada svaku stepenicu da bi dokazala koliko joj znači njen posao. Ne mora ni da se osmehuje kada joj nije do osmeha da bi zaslužila razumevanje. Možda se upravo iz njenog ugla najbolje razume suština socijalne inkluzije. Ona ne traži sažaljenje, niti priznanje zbog toga što nastavlja dalje. Želi mogućnost da radi ono što voli, da bude profesorka, koleginica, žena, majka, prijateljica i osoba koju ne određuje dijagnoza. Jer ispunjen život ne počinje tamo gde prestaje invaliditet, već tamo gde čoveku omogućimo da živi život koji je izabrao.

Njeno znanje, profesionalno iskustvo, akademski doprinos i sposobnost da obrazuje nove generacije nisu nestali pojavom bolesti. Promenili su se uslovi pod kojima može da nastavi da radi i učestvuje u životu zajednice. Ukoliko do učionice vode samo stepenice, problem nije u njenom znanju. Ako organizacija nastave ne dopušta (razumno) prilagođavanje, problem nije u njenoj stručnosti. Ako kolege i institucija unapred pretpostave šta ona „više ne može“, prepreka nije samo bolest, već i način na koji društvena sredina reaguje na nju.

Ali postoji i druga mogućnost.

Pristupačan prostor, odgovarajuća podrška, fleksibilna organizacija rada i, možda najvažnije, odnos prema osobi koji polazi od njenih sposobnosti, a ne od dijagnoze. To će omogućiti da ona nastavi da bude profesorka, koleginica, istraživačica i aktivna

članica zajednice. Upravo u razlici između ove dve moguće društvene reakcije nalazi se suština inkluzije.

Neizlečivi optimizam u tom smislu nije uverenje da će prepreke nestati same od sebe. On podrazumeva verovanje da prepreke koje je društvo stvorilo, društvo može i da promeni. Socijalna inkluzija počinje onda kada prestanemo da pitamo koliko osoba može da se prilagodi svetu koji je nije imao u vidu, i počnemo da razmišljamo kako taj svet može biti oblikovan tako da u njemu ima mesta za različitost.

Zaključak

Socijalna inkluzija osoba sa invaliditetom predstavlja mnogo više od njihovog fizičkog prisustva u društvenoj sredini. Ona podrazumeva stvarnu mogućnost pristupa, participacije, pripadnosti, izbora i kontrole nad sopstvenim životom. Zbog toga socijalnu inkluziju treba posmatrati kao pitanje ljudskih prava i socijalne pravde, a ne kao fakultativnu meru socijalne politike (Quinn & Degener, 2002; United Nations, 2006).

Razvoj od individualnog i medicinskog, preko socijalnog, do pristupa zasnovanog na ljudskim pravima pokazuje da se položaj osoba sa invaliditetom ne može razumeti posmatranjem njihovih individualnih karakteristika nezavisno od društvenog okruženja (Barnes & Mercer, 2004; Oliver, 1990; Thomas, 2004). Arhitektonske, institucionalne, komunikacione, ekonomske prepreke i predrasude mogu značajno ograničiti participaciju i ostvarivanje prava.

Istraživanja usmerena na osobe sa fizičkim i dugotrajnim neurološkim invaliditetom dodatno potvrđuju značaj odnosa između individualnog funkcionisanja i okruženja. Izgrađeno okruženje, transport i pristupačnost prostora mogu neposredno olakšavati ili ograničavati participaciju u zajednici (Heeb Desai et al., 2024; Turcotte et al., 2025).

Savremena empirijska literatura istovremeno pokazuje da su intervencije za unapređenje socijalne inkluzije još uvek u velikoj meri usmerene na individualni nivo, dok su organizacione, lokalne i strukturne intervencije znatno manje zastupljene (Saran et al., 2023; Schroeder et al., 2026). Takva struktura intervencija otvara pitanje da li se deo odgovornosti za inkluziju i dalje prebacuje na pojedinca, iako savremeno razumevanje invalidnosti naglašava značaj društvenih prepreka.

Za Republiku Srbiju posebno je značajan prelazak sa normativnog priznavanja prava na njihovu stvarnu dostupnost. Domaća literatura ukazuje na potrebu aktivnijeg uključivanja osoba sa invaliditetom u društvene procese (Lakićević, 2012), dok istraživanja u oblastima visokog obrazovanja, informacione pristupačnosti i pristupa javnim institucijama pokazuju da fizičke, komunikacione i organizacione prepreke i dalje mogu ograničavati korišćenje priznatih prava (Maslikoviċ & Tomić, 2024; Maslikoviċ et al., 2026; Vasiljević-Prodanović, 2019).

Stoga, možemo zaključiti da mera uspešnosti politika socijalne inkluzije nije samo broj donetih propisa, strategija, programa ili mera. Njena mera je svakodnevno iskustvo osobe sa invaliditetom:

mogućnost da se obrazuje, radi, kreće, koristi zdravstvene i druge javne usluge, ostvaruje društvene odnose, bira način života i ravnopravno učestvuje u zajednici. Socijalna inkluzija osoba sa invaliditetom ne može se meriti prvenstveno sposobnošću pojedinca da se prilagodi postojećem društvenom okruženju, već i sposobnošću društva da ukloni prepreke koje ograničavaju njegovo ravnopravno učešće.

U tom smislu, inkluzija je ostvarena tek onda kada prisustvo osobe sa invaliditetom u društvu prestane da bude izuzetak koji zahteva posebno opravdanje i postane uobičajen izraz ljudske različitosti. Odgovornost za ostvarivanje tog cilja ne može počivati samo na pojedincu. Ona pripada institucijama, zajednici i društvu u celini.

Literatura

Barnes, C., & Mercer, G. (2004). Theorising and researching disability from a social model perspective. In C. Barnes & G. Mercer (Eds.), *Implementing the social model of disability: Theory and research* (pp. 1–17). The Disability Press.

Centar za samostalni život osoba sa invaliditetom Srbije. (2014, December 7). *Socijalni model invalidnosti.*

Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2016). *General comment No. 4 (2016) on the right to inclusive education* (CRPD/C/GC/4). United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2017). *General comment No. 5 (2017) on living independently and being included in the community* (CRPD/C/GC/5). United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2022). *General comment No. 8 (2022) on the right of persons with disabilities to work and employment* (CRPD/C/GC/8). United Nations.

Hay, S., & Beamish, W. (2026). Inclusive education for students with special educational needs: A 30-year synthesis of the review-level literature (1994–2023). *Education Sciences, 16*(5), 794. https://doi.org/10.3390/educsci16050794

Heeb Desai, R., Hamlin, E., Eyler, A., Putnam, M., Stark, S., Doering, M., & Morgan, K. (2024). The role of the built environment in the community participation of adults aging with long-term physical disabilities: A scoping review. *Journal of Aging and Environment, 38*(3), 232–256. https://doi.org/10.1080/26892618.2023.2175099

Lakićević, M. (2012). Pretpostavke aktivne socijalne politike i inkluzija osoba sa invaliditetom u Srbiji. U D. Vuković i N. Perišić (ur.), *Rizici i izazovi socijalnih reformi* (str. 96–112). Fakultet političkih nauka.

Masliković, D., & Tomić, B. M. (2024). Is there communication? Access to information by persons with disabilities in Serbia. *Stanovništvo, 62*(1), 153–166. https://doi.org/10.59954/stnv.563

Masliković, D., Tomić, B. M., & Kadijevich, D. M. (2026). Factors influencing accessibility in judicial institutions for people with disabilities: A study of the Serbian judicial system. *Humanities and Social Sciences Communications, 13*, Article 477. https://doi.org/10.1057/s41599-026-06762-7

Nagtegaal, R., de Boer, N., van Berkel, R., Derks, B., & Tummers, L. (2023). Why do employers (fail to) hire people with disabilities? A systematic review of capabilities, opportunities and motivations. *Journal of Occupational Rehabilitation, 33*(2), 329–340. https://doi.org/10.1007/s10926-022-10076-1

Oliver, M. (1990). *The individual and social models of disability*. Paper presented at the Joint Workshop of the Living Options Group and the Research Unit of the Royal College of Physicians, London.

Poverenik za zaštitu ravnopravnosti. (2019). Pritužba B. K. povodom diskriminacije M. M. na osnovu invaliditeta u oblasti pružanja usluga (br. 07-00-1328/2018-02).

Poverenik za zaštitu ravnopravnosti. (2025). Poseban izveštaj Poverenika za zaštitu ravnopravnosti o diskriminaciji osoba sa invaliditetom. Poverenik za zaštitu ravnopravnosti.

Quinn, G., & Degener, T. (2002). *Human rights and disability: The current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability*. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights.

Rajkov, G. (2010). Sistemi podrške za osobe sa invaliditetom. *Hereticus, 8*(3–4), 45–52.

Saran, A., Hunt, X., White, H., & Kuper, H. (2023). Effectiveness of interventions for improving social inclusion outcomes for people with disabilities in low- and middle-income countries: A systematic review. *Campbell Systematic Reviews, 19*(1), e1316. https://doi.org/10.1002/cl2.1316

Schroeder, M., Weber, G., & Suhrcke, M. (2026). Effectiveness of interventions to promote social inclusion of people with disabilities in high-income countries: A systematic review of quantitative evaluation studies. *BMJ Open, 16*, e117213. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2026-117213

Tatić, D. (2010). Pravni okvir Republike Srbije za ravnopravnost osoba sa invaliditetom. *Hereticus, 8*(3–4), 31–44.

Tatić, D. (2013). Zaštita ljudskih prava osoba sa invaliditetom (3. dopunjeno izd.). Službeni glasnik.

Thomas, C. (2004). Developing the social relational in the social model of disability: A theoretical agenda. In C. Barnes & G. Mercer (Eds.), *Implementing the social model of disability: Theory and research* (pp. 32–47). The Disability Press.

Trkulja, J. (2010). Različiti, ali ravnopravni – od objekta zaštite do nosioca prava osoba sa invaliditetom. *Hereticus, 8*(3–4), 11–30.

Turcotte, S., Kheroua, S., Brun, G., Gagnon, L., Bustamante, N., Labbé, A., Simard, P., Veilleux, M., Lapointe, M., Nguyen, M. H., & Levasseur, M. (2025). Barriers and facilitators to the social participation of individuals aging with a long-term neurological disability: A scoping review. *Disabilities, 5*(2), 49. https://doi.org/10.3390/disabilities5020049

UNICEF Srbija. (2025). *Nacionalni izveštaj o inkluzivnom obrazovanju u Republici Srbiji: Za period od 2022. do 2024. godine*. UNICEF.

United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (A/RES/61/106). United Nations.

Vasiljević-Prodanović, D. (2019). Diskriminacija osoba sa invaliditetom u sistemu visokog obrazovanja u Srbiji. U N. Macanović (ur.), *IV međunarodna naučna konferencija „Položaj marginalizovanih grupa u društvu“: Zbornik radova* (str. 500–505). Centar modernih znanja; Resursni centar za specijalnu edukaciju. https://doi.org/10.7251/ZCMZ0119500V

Vlada Republike Srbije. (2025). Strategija unapređenja položaja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji za period 2025–2030. godine. Službeni glasnik Republike Srbije, br. 6/2025.

World Health Organization. (2022). *Global report on health equity for persons with disabilities*. World Health Organization.

https://doi.org/10.47152/psihsoc2026.3

Filip Mirić*
Pravni fakultet Univerziteta u Nišu

PREVENCIJA VIKTIMIZACIJE OSOBA SA INVALIDITETOM KAO PREDUSLOV STVARANJA INKLUZIVNOG DRUŠTVA

Zbog naročite ranjivosti uzrokovane brojnim zdravstvenim problemima sa kojima se suočavaju, osobe sa invaliditetom su u povišenom riziku od viktimizacije, naročito kada su u pitanju kriminalitet nasilja, krivična dela protiv života i tela, krivična dela protiv imovine, krivična dela protiv polne slobode i protiv prava čoveka i građanina. Procenjuje se da u pogledu viktimizacije osoba sa invaliditetom postoji veoma veliki udeo tamnih brojki, što dodatno otežava njihovu zaštitu. Autor u radu analizira mehanizme krivičnopravne zaštite osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji, ne samo sa normativnog, već i sa šireg društvenog aspekta, posmatrajući ih kao preduslov stvaranja inkluzivnog društva. Cilj rada je da se istakne potreba sinergijskog delovanja svih društvenih činilaca u procesu stvaranja inkluzivnog društva.

Ključne reči: *kriminalitet, osobe sa invaliditetom, krivično pravo, inkluzija.*

Uvodne napomene

Nasilje postoji od kad postoji civilizacija. Ono se javlja u svim epohama i društvima. Može se reći da se praćenjem razvoja ljudske

* E-mail: filip@prafak.ni.ac.rs;bfilip.miric@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3066-070X.

civilizacije, može pratiti i geneza različitih oblika nasilja. Sa razvojem države i prava, došlo je i do pravne reakcije na kriminalitet nasilja. Kod kriminaliteta nasilja uvek dolazi do primene pretnje, prinude ili sile prema žrtvi. Važno je napomenuti da kriminalitet nasilja nije inkriminisan kao posebno krivično delo u krivičnim zakonodavstvima, već postoje krivična dela kod kojih je nasilje element bića krivičnog dela ili način izvršenja (Konstantinović-Vilić, Nikolić-Ristanović, Kostić, 2012: 106). Iako svako može da postane žrtva krivičnog dela sa elementima nasilja, postoje kategorije ljudi koje zbog svojih ličnih karakteristika ili zdravstvenog stanja, mogu biti podložnije viktimizaciji ovom vrstom kriminaliteta. Ovde se svakako, ubrajaju i osobe sa invaliditetom. Naime, priroda samog invaliditeta čini da ove osobe često nisu u mogućnosti da pruže aktivan otpor zlostavljaču, kada je reč o fizičkom i seksualnom nasilju ili da uopšte prepoznaju nasilje (kada je reč o ekonomskom nasilju). Brojni međunarodni pravni akti pružaju zaštitu osobama sa invaliditetom od eksploatacije, nasilja i zlostavljanja. Najvažniji od njih je svakako Konvencija OUN o zaštiti prava i dostojanstva osoba sa invaliditetom koja u čl. 16. detaljno uređuje mere za zaštitu osoba sa invaliditetom od nasilja, zlostavljanja i eksploatacije (Tatić, 2006: 14). Bez obzira na postojanje solidnog pravnog okvira za zaštitu prava osoba sa invaliditetom, njihova stvarnost je često drugačija i zato je neophodno istražiti i fenomen nasilja nad osobama sa invaliditetom.

Polazeći od svega iznetog, u radu nastojimo da ukažemo na pojavne oblike nasilja prema osobama sa invaliditetom u potrazi za adekvatnim društvenim odgovorom na ovaj negativan društveni

fenomenom. Posebno će biti istaknuta uloga samog invaliditeta u viktimogenezi kriminaliteta nasilja nad osobama sa invaliditetom. Biće prezentovani i rezultati malobrojnih istraživanja iz ove oblasti, koji će biti interpretirani u kontekstu savremene viktimološke misli.

Oblici nasilja nad osobama sa invaliditetom

Oblici nasilja nad osobama sa invaliditetom ne razlikuju se od nasilja kojima su izložene ostale društvene grupe. Tako, može se govoriti o fizičkom, psihičkom, seksualnom, ekonomskom nasilju, nasilju na radnom mestu (mobing) i višestrukom nasilju (Konstantinović-Vilić, Nikolić-Ristanović & Kostić, 2009).

Fizičko nasilje nad osobama sa invaliditetom predstavlja svaki oblik ugrožavanja njihovog fizičkog integriteta. Ovo je svakako najočigledniji oblik nasilja jer ostavlja vidljive posledice u vidu telesnih povreda različitog stepena. U prošlosti su, naročito u vreme Drugog svetskog rata, osobe sa invaliditetom ubijane zbog svoje invalidnosti. Poznata je nacistička akcija T4 u kojoj je od oktobra 1939. do avgusta 1942. godine ubijeno 70.273 osobe (Mirić, 2015: 117 a). Osim ovih sistemskih nasilničkih akcija protiv osoba sa invaliditetom, posebno su opasni individualni slučajevi nasilja, naročito onih koji se javljaju u institucionalnim uslovima. U ovim slučajevima se kao nasilnici obično javljaju zaposleni u ustanovama, čija je profesionalna obaveza da se staraju o dobrobiti i sigurnosti samih osoba sa invaliditetom. O ovakvim slučajevima, nažalost, obično saznajemo iz štampe i drugih medija. Ovom vidu nasilja posebno su izložene žene sa invaliditetom koje borave u

rezidencijalnim ustanovama. Marijana Čanak iznosi sledeće podatke:

> *„U Srbiji 18250 osoba živi u nekom obliku kolektivnog smeštaja, a preko 11000 osoba prijavljuje da ima neki oblik invaliditeta. Polovinu ovih osoba čine devojčice i žene. Život u instituciji odlikuje nedostatak privatnosti, nemogućnost donošenja odluka o sopstvenom životu, društvenu isključenost i nepoštovanje osnovnih ljudskih prava i dostojanstva osobe, ali i visok rizik od nasilja, zlostavljanja i zanemarivanja. Iako ne postoje precizni podaci, većina žena sa intelektualnim i psihosocijalnim teškoćama u institucijama je lišena poslovne sposobnosti, što ih dovodi u situaciju da ne mogu samostalno da odlučuju o mestu stanovanja, svom lečenju, medicinskim intervencijama, trudnoći, roditeljstvu, partnerskim odnosima. Život u instituciji i starateljstvo ih dodatno dovodi u rizik od različitih prisilnih intervencija, kao što su fizičko sputavanje, izolacija, prekomerna upotreba lekova, uzimanje kontraceptivnih sredstava bez pristanka, sterilizacija, prisilni abortusi i odvajanje od deteta“ (Čanak, 2017).*

Iz ovoga se može jasno zaključiti koliko je problem nasilja nad osobama sa invaliditetom kompleksan. Zbog toga svi društveni činioci moraju biti aktivno uključeni u njegovo rešavanje. Ali ono je mnogo više od pukog društvenog problema. Fizičko nasilje je najvidljivije jer ostavlja tragove na telu, ali psihičko nasilje je često najbolnije jer ostavlja tragove na duši i u psihičkom životu žrtava.

Psihičko (emotivno) nasilje nad osobama sa invaliditetom uključuje dehumanizaciju i potcenjivanje osoba sa invaliditetom kroz verbalno ili neverbalno postupanje koje smanjuje njihovo samopoštovanje npr. laganje, ruganje, nazivanje pogrdnim imenima, pretnje, socijalnu izolaciju i zabranjivanje poseta, ponižavanje i sl. (Milić Babić, 2009: 599) . Ovo nasilje je posebno pogubno jer je usmereno na psihu žrtve i na njenu samopercepciju.

Seksualno nasilje nad osobama sa invaliditetom uključuje neželjeno dodirivanje, sve vrste seksualnog napada poput silovanja, sodomije, razgolićavanja i fotografisanja (Milić Babić, 2009: 600). Ova vrsta nasilja je, sudeći prema malobrojnim istraživanjima veoma rasprostranjena. Istraživanje o seksualnom nasilju nad ženama s intelektualnim teškoćama koje je sprovela Elman (2005) pokazalo je da je stopa seksualne viktimizacije od 4 do 10 puta veća kod ove grupe žena u odnosu na žene bez intelektualnih teškoća. Isti autor naglašava da su žene s invaliditetom u 70% slučajeva bile žrtve seksualnog nasilja u nekom razdoblju svog života (Milić Babić, 2009: 601). Iako je reč o istraživanju koje je sprovedeno pre više od deset godina, njegovi rezultati ukazuju na rasprostranjenost seksualnog nasilja prema ženama sa invaliditetom, što predstavlja svojevrsni „alarm za uzbunu“ i ukazuje na potrebu kreiranja posebnih mera prevencije ovog oblika nasilja. Prema našim saznanjima, u Srbiji nisu vršena empirijska istraživanja o rasprostranjenosti ovog oblika nasilja nad osobama sa invaliditetom, te se može pretpostaviti da je kod ovog oblika kriminaliteta „tamna brojka“ velika, pre svega zbog straha samih žrtava da prijavljuju nasilnike.

U Srbiji se u sudskoj praksi često javlja problem pravne kvalifikacije seksualnog nasilja nad osobama sa invaliditetom. Naime, nasilje nad osobama sa invaliditetom se može kvalifikovati kao „obljuba nad nemoćnim licem“ (čl.179. Krivičnog zakonika Republike Srbije).[28] Osnovni oblik ovog krivičnog dela čini onaj ko nad drugim izvrši obljubu ili sa njom izjednačen čin iskoristivši duševno oboljenje, zaostali duševni razvoj, drugu duševnu poremećenost, nemoć ili kakvo drugo stanje tog lica usled kojeg ono nije sposobno za otpor, za koje delo je predviđena kazna zatvora u trajanju od pet do dvanaest godina, čime je zakonodavac izjednačio raspon kazne za osnovni oblik ovog krivičnog dela i krivičnog dela silovanje iz čl.178. KZ. Ovakvo postupanje zakonodavca se može oceniti kao pozitivno jer se na taj način sprečava blaže kažnjavanje izvršilaca obljuba nad nemoćnim licima u odnosu na silovatelje.

Ekonomsko nasilje nad osobama sa invaliditetom je poseban oblik nasilja. Sastoji se u onemogućavanju osoba sa invaliditetom da koriste svoje prihode. Najčešće je reč o zaradi ili naknadi za negu i pomoć drugog lica. Kao izvršioci se najčešće javljaju lica koja brinu o osobama sa invaliditetom i članovi njihovih porodica. Žrtve ekonomskog nasilja nisu samo osobe sa invaliditetom, već i stara lica. Stare osobe imaju niz teškoća u pogledu prihvatanja svojih novih uloga u društvu, zbog radne neaktivnosti, penzionisanosti, komplikovanih porodičnih odnosa i nedostatka društvene podrške (Kostić, 2010: 48). Ako se tome doda

[28] Krivični zakonik Republike Srbije („Službeni glasnik Republike Srbije“, br. 85/2005, 88/2005, 107/2005, 72/2009, 111/2009, 121/2012, 104/2013, 108/2014, 94/2016, 35/2019, 94/2024 i 63/2026. U daljem tekstu: KZ).

i moguće prisustvo invaliditeta u starijem dobu, sasvim je jasno da lako može doći do različitih oblika ekonomskog nasilja.

Nasilje na radnom mestu (mobing) nad osobama sa invaliditetom je specifičan oblik nasilja koji se ne ogleda samo u nedavanju adekvatnih poslova radnicima sa invaliditetom, već i u stvaranju okruženja koje destimulativno deluje na njihovo dalje napredovanje. Ipak, ovaj oblik nasilja se najređe prijavljuje jer je veoma mali broj osoba sa invaliditetom u radnom odnosu. Prema rezultatima popisa stanovništva u Srbiji iz 2011.godine, od celokupnog broja osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji, ekonomski aktivno stanovništvo čine 71107 osoba, odnosno u ukupnom procentu 12,4% svih osoba sa invaliditetom, a od svih osoba sa invaliditetom, njih 9,0% u trenutku popisa ima zaposlenje (Marković, 2014: 72). Kada se uzmu u obzir ovi poražavajući podaci, može se osnovano pretpostaviti da osobe sa invaliditetom iz straha od gubitka posla ne prijavljuju slučajeve mobinga na svojim radnim mestima, iako za procesuiranje i kažnjavanje mobera postoji solidan normativni okvir.[29]

I konačno, postoji i *višestruko (mešovito) nasilje nad osobama sa invaliditetom*. To je slučaj kada je jedna osoba žrtva dva ili više oblika nasilja. Ovaj oblik nasilja se i najteže otkriva jer često ostaje sakriven velom porodične tajne, a osobe sa invaliditetom nisu uvek u stanju da ga prepoznaju i na njega na adekvatan način reaguju. I sam invaliditet može biti faktor

[29] Videti Zakon o sprečavanju zlostavljanja na radu („Službeni glasnik Republike Srbije“, br. 36/2010).

viktimizacije osoba sa invaliditetom. Upravo o tome će biti više reči u redovima koji slede.

Invaliditet kao faktor viktimizacije osoba sa invaliditetom kod krivičnih dela sa elementima nasilja

I sam invaliditet može biti značajan faktor viktimizacije osoba sa invaliditetom kod krivičnih dela sa elementima nasilja. Na koji način su povezani invaliditet i nasilje? Na ovo pitanje nije jednostavno dati sažet i precizan odgovor jer, prema našem mišljenju, ova povezanost je višestruka. Kao mogući faktori koji utiču na pojavu viktimizacije osoba sa invaliditetom, izdvajaju se:

- povećana zavisnost od pomoći drugih;
- vrsta invaliditeta;
- pol i dob žrtve;
- uskraćivanje ljudskih prava što dovodi do osećaja nemoći kod osobe sa invaliditetom
- smanjen rizik od otkrivanja koji podstiče nasilje;
- teškoće dokazivanja;
- socijalna i društvena izolacija osoba sa invaliditetom pogoduju pojavi nasilja
- predrasude o invalidnosti;
- nedostatak informacija o efikasnim načinima borbe protiv konkretnih vidova nasilja;

- ekonomska i svaka druga zavisnost žrtve od nasilnika;
- niži nivo obrazovanja;
- povećan rizik od institucionalnog zbrinjavanja (Milić Babić, 2009: 603-604).

Smatramo da bi na ovom mestu bilo korisno izneti neka zapažanja autora o dejstvu svakog od pobrojanih faktora koji mogu pogodovati nastanku viktimizacije osoba sa invaliditetom.

Naime, povećana zavisnost od drugih lica zajedno sa vrstom invaliditeta može dovesti do viktimizacije osoba sa invaliditetom jer se smanjuje mogućnost samih osoba sa invaliditetom za odbranu i otpor. Prema mišljenju autora, ovaj faktor svoje dejstvo ispoljava naročito kod fizičkog, seksualnog i ekonomskog nasilja. Kada je reč o seksualnom nasilju najčešće je ono usmereno prema ženama sa invaliditetom, što je potvrđeno ranije pomenutim istraživanjem (Elman, 2005, prema Milić Babić, 2009: 601).

Sa godinama, kako čovek stari, smanjuje se mogućnost individualne odbrane od različitih oblika nasilja, pa raste i verovatnoća pojave viktimizacije. Ukoliko, pak, u društvu postoji atmosfera da su ljudska prava toliko ugrožena i da se teško ostvaruju, takav stav može doprineti da se osobe sa invaliditetom koje su žrtve nasilja odluče da nasilje ne prijave, što dokazivanje postojanja krivičnih dela sa elementima nasilja i sankcionisanje njihovih učinilaca čini otežanim.

Socijalna izolacija osoba sa invaliditetom kao i brojne predrasude prema osobama sa invaliditetom, mogu dovesti do toga

da osoba sa invaliditetom iako trpi neki oblik nasilja nije u mogućnosti da isto prijavi nadležnim državnim organima. Neprijavljivanje kod nasilnika često jača motiv ka daljem ponavljanju nasilnih obrazaca ponašanja, što predstavlja posebni društveni problem. Nedostatak potrebnih informacija o prepoznavanju nasilja i načinima efikasne borbe protiv njega, takođe, može predstavljati jedan od značajnih faktora koji pogoduje viktimizaciji osoba sa invaliditetom. Naime, prema rezultatima popisa stanovništva iz 2011. godine, Za ukupno 153700 osoba sa invaliditetom zabeleženo je da imaju završeno srednje obrazovanje. Ovaj broj predstavlja 27,2% ukupnog broja osoba sa invaliditetom starosti 15 i više godina, odnosno oko jedne četvrtine, i 5,1% ukupnog broja stanovnika u Republici Srbiji sa završenom srednjom školom. Posebno je poražavajuća činjenica da je zabeleženo da je 18048 osoba ili 3,2% osoba sa invaliditetom u Srbiji fakultetski obrazovano (Marković, 2014: 62,64).[30] Poboljšanje obrazovne strukture osoba sa invaliditetom, predstavljao bi značajan protektivni faktor od nasilnih krivičnih dela.

Svi ovi faktori svojim skupnim delovanjem dovode osobu sa invaliditetom u stanje povećanog rizika da postane žrtva nasilja. Iako, prema saznanjima autora, nedostaju empirijska istraživanja koja bi utvrdila tačan mehanizam delovanja navedenih faktora u Republici Srbiji, smatramo da sama diskusija o njima može predstavljati značajan podsticaj stručnjakinjama i stručnjacima iz

[30] Treba istaći da, u trenutku pisanja ovog rada nisu objavljeni podaci Republičkog zavoda za statistiku o obrazovnoj strukturi osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji, prema Popisu stanovništva iz 2022. godine.

različitih nauka i naučnih disciplina za dalja istraživanja, što je, sam po sebi značajan korak napred. Posebno je zanimljivo da pogrešno etiketiranje osoba sa invaliditetom može biti dodatan faktor njihove viktimizacije. Marginalizacija i isključivanje osoba sa invaliditetom je u velikoj meri posledica postojanja „predrasuda, stereotipa, potcenjivanja sposobnosti, pogrešnog razumevanja pitanja ljudskih prava i jednakosti“ (Vasiljević-Prodanović, Stojković, 2012: 281). Upravo pomenuta marginalizacija i isključivanje osoba sa invaliditetom iz procesa donošenja odluka koje ih se direktno ili indirektno tiču, mogu dovesti do toga da osobe sa invaliditetom žrtve nekog oblika nasilja ne žele da o njemu svedoče bilo formalno u krivičnom ili parničnom sudskom postupku bilo neformalno kao učesnice/učesnici nekog od empirijskih istraživanja na ovu temu. Zbog toga je od izuzetnog značaja podsticati žrtve da o svojoj viktimizaciji javno govore, pomažući time izgradnju bezbednijeg društva. U ovom procesu je uloga akademske zajednice od izuzetnog značaja. Zaštitni faktor, koji može doprineti smanjenju rizika viktimizacije jeste svakako socijalna inkluzija osoba sa invaliditetom, koja počinje od prihvatanja različitosti. Na taj način se prevazilaze predrasude, anulira nedovoljna ili loša komunikacija među ljudima, svet pokreće ka prosperitetu (Vasiljević-Prodanović, Markov, Kojić, 2010: 67). Stvaranje istinski inkluzivnog društva je civilizacijska obaveza svakog demokratskog društva. Ovaj proces je neprekidan jer se odnosi na podizanje dostignutog stepena poštovanja ljudskih prava, što je najbolji indikator pravednosti svake zajednice (Mirić, 2015: 124 b).

Na osnovu ovog kratkog izlaganja o invalidnosti kao faktoru viktimizacije osoba sa invaliditetom može se zaključiti koliko je važno da društvo osobe sa invaliditetom tretira bez diskriminacije jer je to sasvim sigurno osnov njegovog prosperiteta.

Ka pravom društvenom odgovoru na viktimizaciju osoba sa invaliditetom?

Kada se govori o genezi društvene reakcije na nasilje nad osobama sa invaliditetom, neophodno je sagledati i kakav je bio njihov društveni položaj u prošlosti. Da bismo to postigli, moramo se koristiti malobrojnim istorijskim izvorima iz ove oblasti.

Neka istraživanja u oblasti antropologije pokazala su da je u periodu koji je prethodio pojavi države, položaj osoba sa invaliditetom bio u direktnoj vezi sa tumačenjem invaliditeta kao posledice „obeležavanja od strane viših sila“. Kao takve, osobe sa invaliditetom su uživale određene prednosti vezane za magijske kultove. Mogućnost komunikacije sa „onostranim“ doprinela je da uživaju izvestan ugled u društvu bez obzira na nemogućnost privređivanja (Petrović, 2012: 866). U antičko doba došlo je do pogoršanja položaja osoba sa invaliditetom jer je invaliditet, prema tadašnjem shvatanju, nespojiv sa antičkim idealom lepote. Ni srednji vek nije doveo do poboljšanja položaja osoba sa invaliditetom jer „hrišćansko milosrđe“, kao da je, suprotno istinskoj suštini hrišćanstva, zaobišlo osobe sa invaliditetom, budući da je invaliditet posmatran kao „božiji greh“. Savremeno doba je dovelo do značajnih promena normativnog okvira za zaštitu osoba sa invaliditetom, budući da su u većini država u svetu na snazi

antidiskriminacioni zakoni. No da li je to dovelo do suštinskog poboljšanja položaja osoba sa invaliditetom i njihove zaštite od nasilja? Odgovor na ovo pitanje ne bi mogao biti pozitivan. Iako u Srbiji, prema našim saznanjima, nije sprovedeno nijedno opsežno istraživanje o fenomenološkim i etiološkim karakteristikama nasilja nad osobama sa invaliditetom, možemo pretpostaviti da je „tamna brojka“ velika i da je otkrivanje ovih slučajeva i procesuiranje nasilnika veliki izazov za sve društvene činioce. Smatramo da je najbolji metod za istraživanje nasilja nad osobama sa invaliditetom metod analize slučaja (case study), a izučavanje ovog kriminološkog fenomena u budućnosti važan zadatak za sve kriminologe i viktimologe u Srbiji.

Šta učiniti da do viktimizacije osoba osobama sa invaliditetom nasiljem uopšte ne dođe? Kao mera primarne prevencije može se izdvojiti podizanje svesti celokupnog društva o realnim i pozitivnim kapacitetima ove kategorije ljudi da doprinose razvoju zajednice u kojoj žive. Ovo je permanentni zadatak čitavog društva, a ne uzgredna projektna aktivnosti udruženja osoba sa invaliditetom. Ukoliko se nasilje već ispoljilo reakcija pravosudnog sistema prema nasilniku mora biti brza i pravovremena. Jedino će se na taj način obezbediti da princip pravne sigurnosti zaista bude okosnica primene pravnih normi, a ne samo puko zakonsko načelo.

Kada razmatramo mogućnosti zaštite osoba sa invaliditetom od nasilja, smatramo da bi bilo veoma korisno učiniti sledeće:

1. U okviru krivičnog zakonodavstva predvideti kao posebnu otežavajuću okolnost ako je krivično delo učinjeno iz mržnje prema osobama sa invaliditetom (izmena člana 54a KZ);

2. Unaprediti sudske evidencije o pravosnažno okončanim krivičnim postupcima podacima koji bi se odnosili na žrtvu (njen zdravstveni i socijalni status). Na ovaj način ublažile bi se štetne posledice nepostojanja posebnog državnog organa koji bi bio zadužen za vođenje jedinstvene evidencije o svim žrtvama kriminaliteta, pa i žrtvama sa invaliditetom;

3. Obezbediti kontinuiranu edukaciju zaposlenih u rezidencijalnim ustanovama o prepoznavanju i reakciji na nasilje uz kadrovsku selekciju zasnovanu na stručnosti, što predstavlja važnu meru protiv nasilja. Sve ove aktivnosti usmerene su na pružanje zaštite osobama sa invaliditetom u rezidencijalnim ustanovama i pomoći svojim korisnicima, što je, po svoj prilici, nespojivo sa bilo kojim aktom nasilja;

4. Podsticati empirijska istraživanja o nasilju nad osobama sa invaliditetom, kako bi se smanjila „tamna brojka" ovog oblika kriminaliteta (broj neotkrivenih slučajeva);

5. Osnaživati osobe sa invaliditetom da prepoznaju i prijavljuju različite oblike nasilja kojima su izložene (kroz organizovanje različitih tribina, radionica, edukativnih programa, pružanjem besplatne pravne, psihosocijalne pomoći i podrške).

Ovo su samo neki od mogućih načina za aktivnu društvenu borbu protiv nasilja nad osobama sa invaliditetom koje predstavlja

zaseban krivičnopravni, kriminološki i sociološki fenomen. Slučajevi nasilja nad osobama sa invaliditetom najčešće su deo porodičnog nasilja, ali i nasilja u institucijama socijalne zaštite o kojima se najčešće saznaje iz medija. Nasilje ostavlja ozbiljne psihosocijalne posledice na svaku žrtvu, ali su osobe sa invaliditetom posebno ugrožene jer nasilje može pogoršati njihovo zdravstveno stanje u izvesnim slučajevima. Umesto zaključka i sumiranja stavova iznetih u radu, ostaje apel da se proučavanju nasilja nad osobama sa invaliditetom pristupi na sistemski način jer se upravo u ovoj oblasti najviše uočava značaj naučnih istraživanja i stručnjaka svih oblasti koji svakodnevno rade sa osobama sa invaliditetom i za njihovu dobrobit (Mirić, Vasiljević-Prodanović, 2018: 56).

Sveobuhvatno sagledavanje problema nasilja kroz multidisciplinarni pristup može doprineti stvaranju podsticajne klime za suzbijanje nasilja i osnaživanju ranjivih kategorija. Nizom preporuka iznetih u radu, motivisali bi se svi društveni akteri da aktivno doprinesu stvaranju pravednog i poželjnog životnog okruženja, dok bi se, sa druge strane, osnažile osobe sa invaliditetom i oslobodile straha od prijavljivanja nasilja. Sumarno, proučavanju nasilja nad osobama sa invaliditetom treba pristupiti holistički. Kriminološki pristup nasilju nad osobama sa invaliditetom omogućava da se ono sagleda kroz prizmu pojavnih oblika i uzroka, a sociološki omogućava da se ova pojava sagleda u širem društvenom kontekstu.

Smatramo da je izneti eklektički, kriminološko-sociološki pristup nasilju nad osobama sa invaliditetom dovoljno sveobuhvatan da može sagledati sve njegove aspekte i predstavljati solidnu osnovu

za dalja istraživanja u ovoj oblasti (Mirić, Nikolajević, 2021: 118-119, Mirić, 2023:56-58). Prevencija viktimizacije osoba sa invaliditetom putem nasilja je veoma složen društveni zadatak koji predstavlja veliki izazov, kako za stručnu i naučnu javnost, akademsku zajednicu, tako i za društvo u celini.

Umesto zaključka

Nasilje nad osobama sa invaliditetom je zaseban kriminološki i viktimološki fenomen. Slučajevi nasilja nad osobama sa invaliditetom najčešće su deo porodičnog nasilja, ali i nasilja u institucijama socijalne zaštite, o kojima se najčešće saznaje iz medija. Nasilje ostavlja ozbiljne posledice na svaku žrtvu, ali su osobe sa invaliditetom posebno ugrožene jer ono može dovesti u nekim slučajevima do pogoršanja zdravstvenog stanja osoba sa invaliditetom. Umesto zaključka i sumiranja stavova iznetih u radu, ostaje naš apel da se proučavanju nasilja nad osobama sa invaliditetom pristupi na sistemski način jer se upravo u ovoj oblasti najviše uočava značaj naučnih istraživanja i stručnjaka svih oblasti koji svakodnevno rade sa osobama sa invaliditetom i za njihovu dobrobit. Bez suzbijanja viktimizacije osoba sa invaliditetom, ne može se govoriti o istinski inkluzivnom društvu. Preduslov inkluzije osoba sa invaliditetom u savremeno društvo je njihova bezbednost i sigurnost.

Suzbijanje viktimizacije osoba sa invaliditetom, naročito one koja za posledicu ima nasilje predstavlja izazovan i težak zadatak za praktičare koji se ovim pitanjem bave u svom svakodnevnom radu, naučnu i akademsku zajednicu koja treba da osmisli nove i

unapredi postojeće načine za istraživanje i praćenje ove negativne društvene pojave, ali i društvo u celini. Jedino se sinergijskim delovanjem svih društvenih činilaca može stvoriti društvo koje je zaista inkluzivno i pravedno.

Literatura

Mirić, F. , Nikolajević, A. (2021) Violence against Persons with Disabilities: The “Dark Number” of Crime, Facta universitatis: Series Law and Politics, Vol. 19, No. 2, pp. 111-120.

Васиљевић-Продановић, Д., Марков, З., Којић, М. (2010) Особе са инвалидитетом у Србији кроз призму европских изазова и интеграција. У: Ђ. Ђурић, (ур.) *Друштвени изазови европских интеграција: Србија и упоредна искуства, део 2*. Зборник радова са међународног научног скупа, Нови Сад: Факултет за правне и пословне студије, стр. 53-69.

Васиљевић-Продановић, Д., Стојковић, И. (2012) Законски оквир и практичне импликације примене инклузије у образовању. У: И. Чутура (ур.) *Школа као чинилац развоја националног и културног идентитета и проевропских вредности: образовање и васпитање - традиција и вредности*. Јагодина: Факултет педагошких наука у Јагодини, стр. 281-291.

Milić Babić, M. (2009) Nasilje i osobe sa invaliditetom, *Ljetopis socijalnog rada*, god. 16, br. 3, str. 595-614.

Константиновић-Вилић, С., Николић-Ристановић, В. and Костић, М. (2009) *Криминологија*, Пеликан принт.

Константиновић-Вилић, С., Николић-Ристановић, В. and Костић, М. (2012) *Криминологија*, Ниш: Центар за публикације Правног факултета у Нишу.

Костић, М. (2010) *Виктимитет старих људи*, Ниш: Правни факултет универзитета у Нишу, Центар за публикације, Издавачко предузеће "Социјална мисао", Београд.

Марковић, М. (2014) *Попис становништва, домаћинства и станова 2011. године у Републици Србији-особе са инвалидитетом у Србији*, Београд: Републички завод за статистику, http://pod2.stat.gov.rs/ObjavljenePublikacije/Popis2011/Invaliditet.pdf

Мирић (2023) Кривичноправна заштита особа са инвалидитетом у Републици Србији, Београд: Институт за криминолошка и социолошка истраживања.

Мирић, Ф., Васиљевић-Продановић, Д.- (2018) Друштвени одговор на насиље над особама са инвалидитетом', у: Мацановић, Н. (ур.) Не насиљу-јединствен друштвени одговор, Бања Лука: Центар модерних знања.

Мирић, Ф. (2015а) Идеолошки оквир страдања особа са инвалидитетом у Другом светском рату, *Пешчаник*, год. 13, бр. 13, стр 114-121.

Мирић, Ф. (2015б) Језик инвалидности као фактор дискриминације особа са инвалидитетом, *Темида*, год.18, стр 111-126.

Петровић, Ј. (2012) Преглед односа друштва према особама са инвалидитетом кроз историју, *Теме*, год. 36, бр. 2, стр 865-886.

Татић, Д. (2006) *Увод у Међународну конвенцију о правима особа са инвалидитетом*, Београд: Центар за самостални живот инвалида Србије.

Чанак, М. (2017) *Спречавање насиља над женама са инвалидитетом у резиденцијалним установама*, http://portaloinvalidnosti.net/2017/07/sprecavanje-nasilja-nad-zenama-sa-invaliditetom-u-rezidencijalnim-ustanovama/

Zakon o sprečavanju zlostavljanja na radu, Službeni glasnik Republike Srbije, br. 36/2010.

Krivični zakonik Republike Srbije, Službeni glasnik Republike Srbije, br. 85/2005, 88/2005, 107/2005, 72/2009, 111/2009, 121/2012, 104/2013, 108/2014, 94/2016, 35/2019, 94/2024 i 63/2026.

https://doi.org/10.47152/psihsoc2026.4

Jasna Stojanović*
Advokatska kancelarija Jasna Lj. Stojanović

Olivera Ćulibrk*
Udruženje obolelih od Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa Srbije - Ljiljan Đaković

IZVAN DIJAGNOZE: MOJA DIJAGNOZA JE NEVIDLJIVA. MOJA PRAVA NISU!

Osobe sa zapaljenskim bolestima creva (IBD) suočavaju se sa paradoksom „nevidljivog invaliditeta“. Dok su simptomi bolesti fizički prisutni, pravni i socijalni status pacijenta često ostaje nedefinisan u očima sistema i okruženja. Hipoteza rada je da nedostatak pravne pismenosti direktno narušava proces psihosocijalne adaptacije, stvarajući hronični stres usled straha od diskriminacije ili gubitka egzistencije u svim fazama života – od obrazovanja do radnog odnosa.

Usled kompleksnosti pravne regulative u Srbiji, pacijenti su često u podređenom položaju u odnosu na sistem. Postoji jasan jaz između zakonski zagarantovanih prava i njihove praktične primene, što negativno utiče na socio-ekonomski status i mentalno zdravlje obolelih, ostavljajući ih bez adekvatne zaštite u oblastima socijalnog osiguranja i radnog prava.

Udruženje UKUKS, u saradnji sa advokaticom Jasnom Lj. Stojanović, pokrenulo je kampanju „Izvan dijagnoze: Moja dijagnoza je nevidljiva. Moja prava nisu.“ Okosnicu čine tematski vodiči koji obuhvataju: radna prava i

* E-mail: advjasnastojanovic@gmail.com
* E-mail: olivera.culibrk@ukuks.org

njihovu zaštitu, pravo na obrazovanje, prava u vezi sa zapošljavanjem, pravnu zaštitu osoba sa invaliditetom (OSI) i socijalna prava. Metodološki pristup se zasniva na prevođenju normativnih akata u nivo praktičnih rešenja. Izlaganje analizira proces izrade brošura, interaktivne metode prikupljanja pravnih dilema pacijenata putem digitalnih platformi, kao i rešenja za tri najčešća scenarija kršenja prava u praksi.

Očekuje se da će diskusija potvrditi da pravno osnaživanje predstavlja esencijalnu komponentu psihosocijalne adaptacije. Pomeranjem fokusa sa same dijagnoze na aktivno upravljanje pravnim statusom, pacijent dobija alat za očuvanje dostojanstva i sigurnosti. Zaključuje se da je integracija pravne podrške u rad udruženja pacijenata neophodan korak ka potpunoj socijalnoj inkluziji i unapređenju kvaliteta života hronično obolelih u Srbiji.

Ključne reči: *IBD, radna prava, nevidljivi invaliditet, psihosocijalna adaptacija, pravno osnaživanje.*

Uvod

Inflamatorne bolesti creva (IBD), koje prvenstveno obuhvataju Kronovu bolest i ulcerozni kolitis, hronična su i relapsirajuća oboljenja. Njihove posledice ne mogu se svesti na inflamatorne promene digestivnog trakta niti na trenutnu kliničku aktivnost. Domaća stručna literatura IBD opisuje kao stanje koje može dovesti i do „nevidljive invalidnosti“ (Marković & Svorcan, 2022, str. VII).

Nevidljivost ima najmanje dva značenja. Prvo je telesno i socijalno: bol, umor, intestinalna urgentnost, posledice terapije, stid i psihološko opterećenje mogu ograničavati svakodnevno funkcionisanje, iako okolini nisu neposredno uočljivi. Drugo je institucionalno: medicinski utvrđena dijagnoza ne daje automatski

odgovor na pitanja radne sposobnosti, statusa osobe sa invaliditetom, razumnog prilagođavanja, bolovanja, socijalne zaštite ili zaštite od diskriminacije. Trikoš (2022, str. 295–297) zato značaj IBD povezuje i sa radnim mestom, odnosom okoline, dostupnošću toaleta, pauzama i bolovanjem.

U praksi Udruženja obolelih od Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa Srbije – Ljiljan Đaković (UKUKS) ponavljaju se upravo takve dileme: da li dijagnoza znači invaliditet, kome se podnosi zahtev za procenu radne sposobnosti, šta utvrđeni stepen znači za profesionalnu karijeru, može li se tražiti prilagođavanje radnog mesta i šta učiniti kada česta bolovanja izazivaju pritisak poslodavca (Stojanović & Ćulibrk, 2026, slajd 3). Formalno postojanje prava, međutim, nije isto što i sposobnost osobe da ga prepozna, razume i koristi. Cilj rada je da ispita presek psihosocijalnih i funkcionalnih posledica IBD sa pravnim i administrativnim preprekama i analizira pravnu pismenost i pravno osnaživanje kao elemente šire psihosocijalne i institucionalne podrške.

Metodološki pristup i izvori

Rad je koncipiran kao interdisciplinarni pregledni naučni rad. Kombinuje normativno-pravnu analizu domaćih i međunarodnih izvora, narativni pregled literature o psihosocijalnoj adaptaciji, mentalnom zdravlju, stigmi, radu, zdravstvenoj pismenosti, administrativnom teretu i pravnom osnaživanju, sekundarnu deskriptivnu analizu agregiranih podataka UKUKS-a i sistematizaciju iskustava iz prakse udruženja.

Empirijsku osnovu čine istraživanje Tadić et al. (2026) na 109 punoletnih osoba sa IBD u Srbiji, UKUKS anketa sa 156 ispitanika o administrativnim i geografskim aspektima primanja biološke terapije i nalazi Erasmus+ Sport projekta BOOST – Building Opportunities for Optimal Sports Participation and Training for People with IBD – o uključivanju osoba sa IBD u sport i fizičku aktivnost. Ponavljajuća pitanja pacijenata, vodiči i savetodavna praksa koriste se kao iskustvena građa za identifikovanje pravnih dilema, ali ne kao reprezentativni kvalitativni uzorak.[31]

Specifičnost rada jeste u tome što pravna analiza ne počinje samo od pitanja šta propis kaže, već se proverava na problemskim situacijama koje osobe sa IBD stvarno donose udruženju. Istovremeno, iskustvo pacijenata se pravno kvalifikuje i povezuje sa dostupnim mehanizmima zaštite.

Polazna hipoteza o povezanosti pravne pismenosti i psihosocijalne adaptacije razmatra se kroz kombinaciju pravnih, empirijskih i iskustvenih izvora; neposredno kauzalno testiranje te veze nije predmet ovog istraživanja.

IBD kao hronično, promenljivo i nevidljivo stanje

IBD se karakteriše smenjivanjem perioda remisije i pogoršanja, pri čemu tok bolesti može biti nepredvidiv i razlikovati se između osoba, ali i kod iste osobe tokom vremena (Tarabar, n.d.-a; Tarabar, n.d.-b). U periodima pogoršanja funkcionalne potrebe mogu

[31] BOOST je akronim projekta Building Opportunities for Optimal Sports Participation and Training for People with IBD, koji se realizuje u okviru programa Erasmus+ Sport. Videti: UKUKS, Erasmus – BOOST, https://ukuks.org/erasmus-boost/.

uključivati češće pauze, neposredan pristup toaletu i prilagođavanje organizacije rada (Cheng et al., 2022; Trikoš, 2022, str. 296–297). Zbog promenljivog toka bolesti, procena stanja u jednom trenutku ne može u potpunosti obuhvatiti funkcionisanje osobe tokom dužeg vremenskog perioda.

Nevidljivost dodatno komplikuje socijalni položaj. Sistematski pregled Harriman et al. (2025), zasnovan na 34 kvalitativne studije sa 1.004 učesnika, pokazuje napetost između želje da se dijagnoza zadrži privatnom i potrebe da se ona otkrije radi razumevanja ili podrške. Slični nalazi o banalizovanju bolesti, stigmi i strateškom otkrivanju dijagnoze postoje i u novijoj kvalitativnoj literaturi (Erdmann et al., 2026; Giri et al., 2025). Nevidljivost zato utiče i na spremnost osobe da traži prilagođavanje, koristi bolovanje ili pokrene mehanizam zaštite.

Psihosocijalna adaptacija, rezilijentnost i mentalno zdravlje

Psihosocijalna adaptacija obuhvata odnos prema lečenju, emocionalno funkcionisanje, porodicu, socijalne odnose i profesionalne uloge (Derogatis, 1986). Tadić et al. (2026) su kod 109 osoba sa IBD u Srbiji utvrdili umereno do visoke nivoe rezilijentnosti i uglavnom adaptivno funkcionisanje, ali su profesionalni i domaći domen bili među više pogođenim oblastima. Rezilijentnost je značajno predviđala više dimenzija adaptacije, ali taj nalaz ne znači da pojedinac unutrašnjim resursima može nadomestiti neprilagođeno okruženje.

Mentalno zdravlje je posebno relevantno. Dragašević et al. (2025) su kod 104 novodijagnostikovane osobe sa IBD u Srbiji utvrdili značajno više nivoe percipiranog stresa, simptoma depresije i anksioznosti nego kod 100 kontrolnih ispitanika. Kod osoba sa Kronovom bolešću nađene su i korelacije pojedinih mera psihološkog distresa sa ekspresijom inflamatornih gena u ilealnoj sluznici. Autori odnos psihološkog distresa i inflamacije tumače kao složen i potencijalno bidirekcioni.

Domaća literatura istovremeno naglašava potrebu za psiho-fizičkim pristupom i multidisciplinarnom podrškom (Marković & Svorcan, 2022), dok UKUKS obezbeđuje besplatno psihološko i psihoterapijsko savetovanje (UKUKS, 2018). Pravo na mentalno zdravlje proizlazi iz šireg prava na zdravlje: Ustav Republike Srbije jemči pravo na zaštitu fizičkog i psihičkog zdravlja (Ustav Republike Srbije, 2006/2021, čl. 68), dok Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima priznaje pravo na najviši dostižni standard fizičkog i mentalnog zdravlja (United Nations, 1966, čl. 12; Committee on Economic, Social and Cultural Rights, 2000). To ne znači da sama dijagnoza IBD automatski stvara pravo na određeni oblik psihoterapije, već da se mentalno zdravlje ne može izdvojiti iz sveobuhvatne zdravstvene i psihosocijalne podrške.

Od formalnog do “upotrebljivog” prava

Iskustvo udruženja pokazuje da normativno priznanje nije dovoljno. Osoba mora znati da pravo postoji, prepoznati da se odnosi na njenu situaciju, razumeti postupak, identifikovati nadležnu instituciju i znati kako da reaguje ako bude odbijena. Za potrebe

rada koristi se pojam „upotrebljivo pravo“ kao analitički, a ne normativni koncept.

Pravo pacijenta već sadrži sličnu logiku: pored dostupne zdravstvene zaštite, Zakon o pravima pacijenata garantuje informacije o zdravstvenoj službi, načinu njenog korišćenja, pravima iz zdravstvenog osiguranja i postupcima za njihovo ostvarivanje (Zakon o pravima pacijenata, 2013/2019, čl. 6–7). Kyle et al. (2025) administrativni teret dele na troškove učenja, postupanja i psihološke troškove. U UKUKS vodiču pravni postupak se zato objašnjava kroz praktična pitanja: šta poneti, gde otići, koliko se čeka i šta se može očekivati (Stojanović, 2026b, str. 3–4). Pravna informacija ne leči bolest, ali deo neodređene situacije pretvara u poznate mogućnosti i korake.

Pravni položaj osoba sa IBD

Pravo na dostupnu zdravstvenu zaštitu i informacije

Pravni položaj osobe sa IBD najpre se zasniva na opštem pravu na zdravstvenu zaštitu i pravima pacijenta. Zakon o zdravstvenoj zaštiti zdravstvenu zaštitu određuje kao organizovanu i sveobuhvatnu delatnost usmerenu ka najvišem mogućem nivou očuvanja i unapređenja zdravlja, a u okviru društvene brige za zdravlje izričito obuhvata pravovremenu dijagnostiku, blagovremeno, delotvorno i efikasno lečenje, zdravstvenu negu i rehabilitaciju, kao i informacije potrebne pojedincu za odgovorno postupanje i ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, 2019/2025, čl. 2 i 8).

Zakon o pravima pacijenata ovu zaštitu konkretizuje kroz pravo na dostupnu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu i jednak pristup zdravstvenoj službi bez diskriminacije, pravo na informacije o zdravstvenoj službi, načinu njenog korišćenja, pravima iz zdravstvenog osiguranja i postupcima njihovog ostvarivanja, pravo na blagovremenu i kvalitetnu zdravstvenu uslugu, kao i pravo na obaveštenje o dijagnozi, prognozi i predloženim medicinskim merama (Zakon o pravima pacijenata, 2013/2019, čl. 6, 7, 9 i 11).

Za centralnu tezu ovog rada posebno je značajno što zakon ne ostaje na priznavanju materijalnog prava, već uređuje i put njegove zaštite. Pacijent koji smatra da mu je uskraćeno pravo može podneti prigovor zdravstvenom radniku koji rukovodi procesom rada, direktoru zdravstvene ustanove, osnivaču privatne prakse ili savetniku za zaštitu prava pacijenata, dok jedinica lokalne samouprave obezbeđuje zaštitu prava pacijenata putem savetnika i Saveta za zdravlje. Savetnik, između ostalog, postupa po prigovorima i pruža informacije i savete u vezi sa pravima pacijenata (Zakon o pravima pacijenata, 2013/2019, čl. 30 i 38–39).

Antidiskriminacioni okvir dodatno štiti pristup zdravstvenoj zaštiti. Zakon o zabrani diskriminacije kao diskriminaciju na osnovu zdravstvenog stanja posebno prepoznaje neopravdano odbijanje zdravstvene usluge, postavljanje medicinski neopravdanih posebnih uslova, odbijanje postavljanja dijagnoze i uskraćivanje informacija o zdravstvenom stanju, merama lečenja ili rehabilitacije (Zakon o zabrani diskriminacije, 2009/2021, čl. 27).

Srpski pravni sistem poznaje i poseban zakon koji uređuje prevenciju i dijagnostiku genetičkih bolesti, genetički uslovljenih anomalija i retkih bolesti. Njegovo postojanje pokazuje da zakonodavac u određenim oblastima prepoznaje poseban problem dijagnostičke neizvesnosti i kašnjenja. Međutim, područje njegove primene je ograničeno: član 2 izričito propisuje da se njegove odredbe ne odnose na multifaktorijalne bolesti. Zbog toga ovaj zakon ne predstavlja opšti pravni osnov za dijagnostiku IBD; za osobe sa IBD ključni ostaju opšti propisi o zdravstvenoj zaštiti i pravima pacijenata.

Dijagnoza, invaliditet i procena radne sposobnosti

Medicinska dijagnoza IBD sama po sebi ne proizvodi jedinstven pravni „status invaliditeta“. Za pravilno razumevanje pravnog položaja potrebno je razlikovati najmanje četiri instituta: privremenu sprečenost za rad, invalidnost u smislu penzijskog i invalidskog osiguranja, telesno oštećenje i procenu radne sposobnosti radi zaposlenja ili održanja zaposlenja.

Privremena sprečenost za rad pripada sistemu zdravstvenog osiguranja. Zakon o zdravstvenom osiguranju među novčanim pravima iz obaveznog osiguranja prepoznaje naknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad, a bolest ili povredu van rada izričito navodi kao jedan od razloga privremene sprečenosti (Zakon o zdravstvenom osiguranju, 2019/2025, čl. 71–73).

Nasuprot tome, invalidnost u smislu Zakona o penzijskom i invalidskom osiguranju postoji kada nastane potpuni gubitak radne

sposobnosti zbog promena u zdravstvenom stanju koje se ne mogu otkloniti lečenjem ili medicinskom rehabilitacijom (Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju, 2003/2024, čl. 21). Telesno oštećenje predstavlja poseban institut i definiše se kao gubitak, bitnije oštećenje ili znatnija onesposobljenost pojedinih organa ili delova tela, pri čemu je novčana naknada po tom osnovu vezana za telesno oštećenje od najmanje 30% prouzrokovano povredom na radu ili profesionalnom bolešću (Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju, 2003/2024, čl. 37–39).

Treći režim predstavlja procena radne sposobnosti prema Zakonu o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom. Zakon poznaje više osnova za sticanje statusa osobe sa invaliditetom, među kojima je i procena radne sposobnosti prema tom zakonu, dok sama procena obuhvata medicinske, socijalne i druge kriterijume relevantne za uključivanje na tržište rada i obavljanje konkretnih poslova samostalno, uz podršku ili pod posebnim uslovima. Zahtev se podnosi Nacionalnoj službi za zapošljavanje, osim u zakonom predviđenom slučaju kada se postupak povezuje sa zahtevom za invalidsku penziju (Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom, 2009/2022, čl. 4, 8 i 9).

Važeći Pravilnik dalje nalaže da se pri oceni radne sposobnosti, pored telesnih funkcija i stepena njihovog oštećenja, sagledavaju socijalni, psihološki i drugi faktori u skladu sa principima Međunarodne klasifikacije funkcionisanja, invaliditeta i zdravlja, a konačna ocena izražava se kroz skalu od 0. do 3. stepena (Pravilnik o bližem načinu..., 2010/2026, čl. 12–16).

Kod relapsno-remitentnog IBD ovaj funkcionalni pristup ima poseban značaj. S obzirom na smenjivanje remisija i pogoršanja, procena radne sposobnosti treba da omogući sagledavanje funkcionalnih posledica bolesti u dužem vremenskom periodu, a ne samo manifestacija prisutnih u trenutku pregleda. Time se medicinska dijagnoza povezuje sa stvarnim zahtevima konkretnog rada i potrebom osobe za podrškom.

Ravnopravnost i razumno prilagođavanje

Antidiskriminaciona zaštita po osnovu zdravstvenog stanja nije uslovljena formalno utvrđenim statusom OSI. Zakon o zabrani diskriminacije zdravstveno stanje i invaliditet prepoznaje kao odvojena lična svojstva, pa osoba sa IBD može uživati antidiskriminacionu zaštitu po osnovu zdravstvenog stanja i kada nema formalno utvrđen status OSI. Posredna diskriminacija može nastati i kada naizgled neutralna odredba, kriterijum ili praksa osobu zbog određenog ličnog svojstva stavlja u neopravdano nepovoljniji položaj (Zakon o zabrani diskriminacije, 2009/2021, čl. 2 i 7). U oblasti rada posebno je zabranjeno narušavanje jednakih mogućnosti za zasnivanje radnog odnosa i uživanje prava u oblasti rada, uključujući napredovanje, stručno usavršavanje, profesionalnu rehabilitaciju i pravične uslove rada (čl. 16).

Paralelnu zaštitu pruža Zakon o radu, koji zabranjuje neposrednu i posrednu diskriminaciju lica koja traže zaposlenje i zaposlenih, između ostalog, na osnovu zdravstvenog stanja i invalidnosti. Zabrana se odnosi na uslove zapošljavanja i izbor kandidata, uslove rada i sva prava iz radnog odnosa, obrazovanje i

stručno usavršavanje, napredovanje na poslu i otkaz ugovora o radu (Zakon o radu, 2005/2025, čl. 18–20). Ovaj okvir je posebno značajan za IBD jer funkcionalne posledice bolesti mogu postojati i onda kada osoba nema utvrđen status OSI, a nepovoljnije postupanje može biti neposredno povezano sa njenim zdravstvenim stanjem.

Ravnopravnost, međutim, ne podrazumeva samo zabranu različitog postupanja. Član 14 Zakona o zabrani diskriminacije predviđa preduzimanje odgovarajućih mera kada je to potrebno u konkretnom slučaju radi obezbeđivanja pristupa, razumno prilagođenog radnog mesta, učešća, stručnog usavršavanja i napredovanja zaposlenih koji se nalaze u neravnopravnom položaju, naročito osoba sa invaliditetom, osim kada bi takve mere predstavljale nesrazmeran teret. Time se ravnopravnost ne svodi na formalno jednako postupanje prema svima, već u određenim okolnostima zahteva odgovor prilagođen konkretnoj prepreci i potrebama zaposlenog (Zakon o zabrani diskriminacije, 2009/2021, čl. 14).

Za osobe koje imaju status OSI dodatno je relevantan Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom. On razlikuje zapošljavanje pod opštim i posebnim uslovima. Zapošljavanje pod posebnim uslovima može podrazumevati prilagođavanje poslova, radnog mesta ili oba, pri čemu se prilagođavanje poslova odnosi na prilagođavanje radnog procesa i radnih zadataka, a prilagođavanje radnog mesta na tehničko i tehnološko opremanje radnog mesta, sredstava za rad, prostora i opreme. Zakon predviđa i mogućnost stručne pomoći i podrške na

radnom mestu (Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom, 2009/2022, čl. 22–23). Ova prava treba razlikovati od opšte antidiskriminacione zaštite po osnovu zdravstvenog stanja, koja ne zavisi od formalnog statusa OSI.

Takav pristup odgovara i međunarodnom standardu sadržanom u članu 27 Konvencije Ujedinjenih nacija o pravima osoba sa invaliditetom, kojim se pravo na rad povezuje sa otvorenim, inkluzivnim i pristupačnim tržištem rada, zaštitom od diskriminacije, održanjem zaposlenja, povratkom na rad i obezbeđivanjem razumnog prilagođavanja na radnom mestu (Republika Srbija potvrdila je Konvenciju 2009. godine (Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, 2009). Opšti komentar br. 8 Komiteta za prava osoba sa invaliditetom dodatno naglašava značaj individualizovanog pristupa i prilagođavanja u ostvarivanju prava na rad (Committee on the Rights of Persons with Disabilities, 2022).

Kod IBD, u zavisnosti od prirode posla, funkcionalnih posledica bolesti i individualnih potreba, odgovarajuća prilagođavanja u praksi mogu obuhvatiti nesmetan pristup toaletu, fleksibilnije ili češće pauze, prilagođavanje rasporeda rada i pojedinih radnih zadataka, vreme potrebno za terapiju i kontrole, kao i rad na daljinu kada priroda posla to dopušta (Cheng et al., 2022). Navedeni primeri ne predstavljaju unapred utvrđen katalog mera, već pokazuju zbog čega je individualizovana procena posebno značajna kod bolesti čije posledice nisu iste kod svih osoba niti su kod iste osobe stalno prisutne.

Poverenik za zaštitu ravnopravnosti dodatno je operacionalizovao obaveze u oblasti sprečavanja diskriminacije i razumnog prilagođavanja kroz smernice namenjene poslodavcima. Kodeks ravnopravnosti naglašava preventivnu ulogu internih antidiskriminacionih politika i potrebu da poslodavci unapred uspostave mehanizme za sprečavanje i reagovanje na diskriminaciju, dok Uputstvo za sprovođenje aktivnosti u vezi sa razumnim prilagođavanjem radnih mesta/poslova za osobe sa invaliditetom razumno prilagođavanje postavlja kao individualizovan proces usmeren na uklanjanje ili ublažavanje konkretnih prepreka sa kojima se zaposleni suočava (Poverenik za zaštitu ravnopravnosti, 2024a, 2024b).

Time se fokus pomera sa formalnog postojanja zabrane diskriminacije na pitanje da li je radno okruženje u praksi organizovano tako da osoba može ravnopravno da pristupi radu, obavlja posao i održi zaposlenje. Kod bolesti čije su posledice promenljive i često spolja nevidljive, kao što je IBD, ovakav individualizovani pristup je naročito značajan: potreba za prilagođavanjem ne mora biti očigledna niti stalno prisutna, ali u periodima pogoršanja može biti od ključnog značaja za održanje zaposlenja.

Bolovanje, održanje zaposlenja i povratak na rad

U praksi UKUKS-a jedna od tipičnih dilema odnosi se na učestala bolovanja i odnos poslodavca prema zaposlenom koji ih koristi: „Zbog bolesti sam često na bolovanju i to je počelo da smeta mom nadređenom – kako da se postavim?“ (Stojanović & Ćulibrk,

2026, slajd 3). Iza ovako formulisanog pitanja nalazi se više povezanih pravnih problema: pravo na privremenu sprečenost za rad i naknadu zarade, zaštita od nepovoljnog postupanja zbog zdravstvenog stanja, mogućnost nastavka rada nakon pogoršanja bolesti i, kada je potrebno, obezbeđivanje odgovarajućeg posla ili prilagođavanja.

Kod hroničnog oboljenja privremena sprečenost za rad zato nije samo pitanje odsustva sa posla, već i ekonomske sigurnosti i mogućnosti održanja zaposlenja. Zakon o zdravstvenom osiguranju prepoznaje pravo na naknadu zarade za vreme privremene sprečenosti za rad, uključujući sprečenost usled bolesti ili povrede van rada, pod uslovima propisanim tim zakonom (Zakon o zdravstvenom osiguranju, 2019/2025, čl. 71–73).

Sa stanovišta radnog odnosa posebno je značajno da Zakon o radu izričito propisuje da privremena sprečenost za rad usled bolesti sama po sebi ne predstavlja opravdan razlog za otkaz ugovora o radu (Zakon o radu, 2005/2025, čl. 183). To znači da zakonito korišćenje bolovanja ne može samo po sebi predstavljati razlog za prestanak radnog odnosa, pri čemu se time ne isključuje postojanje drugih, samostalnih i zakonom dopuštenih osnova za otkaz.

Pravni problem se, međutim, ne završava povratkom zaposlenog sa bolovanja. Kod hronične i promenljive bolesti potrebno je razmotriti i uslove pod kojima osoba može održivo da nastavi da radi. Zaposleni sa zdravstvenim smetnjama utvrđenim od nadležnog zdravstvenog organa ne može da obavlja poslove koji bi doveli do pogoršanja njegovog zdravstvenog stanja, dok je

poslodavac zaposlenom sa invaliditetom i zaposlenom sa takvim zdravstvenim smetnjama dužan da obezbedi poslove prema radnoj sposobnosti (Zakon o radu, 2005/2025, čl. 81 i 101). Ako poslodavac odgovarajući posao ne može da obezbedi, pravne posledice uređene su članom 102 istog zakona.

Kod IBD se zato bolovanje, povratak na posao, procena radne sposobnosti, obezbeđivanje odgovarajućeg posla i razumno prilagođavanje ne mogu posmatrati kao potpuno odvojene pravne teme. Njihova povezanost je posebno značajna za održanje zaposlenja kod bolesti čiji intenzitet i funkcionalne posledice mogu varirati tokom vremena. U tom smislu, odgovor na praktično pitanje pacijenta nije samo informacija o tome da li ima pravo na bolovanje, već razumevanje šireg pravnog položaja pre, tokom i nakon perioda privremene sprečenosti za rad.

Privatnost i otkrivanje dijagnoze

Podaci o zdravstvenom stanju pripadaju posebnim vrstama podataka o ličnosti, za čiju obradu Zakon o zaštiti podataka o ličnosti predviđa pojačanu zaštitu i posebne pravne osnove (Zakon o zaštiti podataka o ličnosti, 2018, čl. 17). Zakon o radu dodatno štiti lične podatke zaposlenog i ograničava njihovu dostupnost i obradu u radnom odnosu (Zakon o radu, 2005/2025, čl. 83).

Za osobu sa IBD pitanje otkrivanja dijagnoze zato nije samo psihosocijalna dilema, već i pitanje prava na privatnost. Ne postoji univerzalan odgovor da li dijagnozu poslodavcu treba otkriti ili zadržati za sebe. Relevantno je koja je informacija potrebna radi

ostvarivanja konkretnog prava ili ispunjavanja zakonske obaveze, kome se dostavlja, u koju svrhu i u kom obimu. Pravno osnaživanje u tom kontekstu ne podrazumeva savet da se dijagnoza otkrije ili sakrije, već omogućavanje osobi da razume pravni značaj takve odluke i njene moguće posledice. Takav pristup odgovara nalazima o stalnom balansiranju osoba sa IBD između zaštite privatnosti, straha od stigmatizacije i potrebe za podrškom ili prilagođavanjem na radnom mestu (Harriman et al., 2025; Erdmann et al., 2026).

Tabela 1

Jedna dijagnoza – različiti pravni instituti

Životno pitanje	**Pravni institut**	**Svrha**
Da li osoba trenutno može da radi?	Privremena sprečenost za rad	Odsustvo sa rada i naknada zarade
Može li da radi i pod kojim uslovima?	Procena radne sposobnosti	Mogućnost rada, podrške i uslova zaposlenja
Da li postoji potpuni gubitak radne sposobnosti u smislu PIO?	Invalidnost	Moguće pravo na invalidsku penziju
Postoji li propisano trajno oštećenje?	Telesno oštećenje	Utvrđivanje procenta i posebnih prava
Da li je nepovoljnije tretirana zbog bolesti?	Antidiskriminaciona zaštita	Zaštita ravnopravnosti

Napomena. Prikaz autora na osnovu Zakona o zdravstvenom osiguranju (2019/2025, čl. 71–73), Zakona o penzijskom i invalidskom osiguranju (2003/2024, čl. 21 i 37–39), Zakona o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom (2009/2022, čl. 4 i 8) i Zakona o zabrani diskriminacije (2009/2021, čl. 2, 7, 14 i 16).

Iskustvo UKUKS-a: gde formalno pravo susreće svakodnevni život

Pacijent problem najčešće ne formuliše pravnim terminima, već pita: „Da li po dijagnozi dobijam invaliditet?“, „Da li prvi stepen znači da nisam sposoban za rad?“, „Poslodavac neće da mi prilagodi radno mesto – šta sada?“ ili „Kome da se obratim ako želim da obavim procenu radne sposobnosti?“ (Stojanović & Ćulibrk, 2026, slajd 3). Udruženje se tada nalazi između dva jezika: jezika iskustva bolesti i jezika prava. Vodiči o proceni radne sposobnosti, zapošljavanju i pravima zaposlenih nastali su upravo kao odgovor na takve situacije (Majstorović, 2026; Stojanović, 2026a).

Koncept pravnog osnaživanja bio je postavljen i kao neposredan cilj kampanje „Izvan dijagnoze“, kroz edukaciju i pojednostavljivanje procesa dolaženja do tačnih informacija, kao odgovor na dileme povezane sa složenim procedurama, socio-ekonomskom sigurnošću i zapošljavanjem (Stojanović & Ćulibrk, 2026, slajd 4).

Uloga udruženja može se sistematizovati kroz tri funkcije. Informaciona funkcija prevodi propise i stručni jezik u razumljivu informaciju; navigaciona pomaže osobi da utvrdi ko je nadležan i kojim redosledom postupa; kolektivna i zagovaračka funkcija nastaje kada veći broj sličnih iskustava ukaže na sistemsku prepreku. Posebnost UKUKS-a jeste i to što uz pravnu podršku postoji psihološko i psihoterapijsko savetovanje. Time se u praksi spajaju oblici podrške koji se u literaturi često razmatraju odvojeno: emocionalno i socijalno suočavanje sa bolešću i snalaženje u pravima i institucijama.

Administrativni teret i dostupnost lečenja

UKUKS anketa sa 156 ispitanika konkretizuje jaz između formalne i praktične dostupnosti zdravstvene zaštite. Administrativnu proceduru povezanu sa biološkom terapijom 89 ispitanika (57,1%) ocenilo je kao komplikovanu, dok je kod 85 ispitanika (54,5%) proces primanja terapije uticao ili u velikoj meri uticao na studiranje, posao ili porodične obaveze. Više od 50 kilometara radi terapije putovalo je 58 ispitanika (37,2%), a 115 (73,7%) je navelo da bi duže važenje uputa veoma unapredilo iskustvo lečenja (UKUKS, 2026). Ovi nalazi dokumentuju dodatni vremenski i organizacioni rad koji se nadovezuje na teret bolesti.

Slična logika vidi se u projektu BOOST. Osobe sa IBD prepoznaju korist fizičke aktivnosti, ali se suočavaju sa umorom, bolom, urgentnošću, anksioznošću i nedostatkom prilagođenih informacija i infrastrukture. U srpskom uzorku 81,4% ispitanika navelo je da nikada nije dobilo profesionalni savet o fizičkoj aktivnosti prilagođenoj IBD, dok je 44,2% bolje informacije označilo kao potrebnu podršku, a 28,3% bolji pristup toaletima (BOOST Project, 2026). Za pravnu analizu to je korisna analogija: ni ostvarivanje prava ne može se svesti na motivaciju osobe ako su informacije fragmentirane, postupak složen ili okruženje neprilagođeno.

Tabela 2

Odabrani nalazi UKUKS ankete o biološkoj terapiji (N = 156)

Pokazatelj	Rezultat
Komplikovana administrativna procedura	89/156 (57,1%)
Uticaj na studije, posao ili porodicu	85/156 (54,5%)
Putovanje >50 km radi terapije	58/156 (37,2%)
Duže važenje uputa bi veoma pomoglo	115/156 (73,7%)

Pravna pismenost i pravno osnaživanje kao deo psihosocijalne podrške

Pravna pismenost u ovom radu ne podrazumeva poznavanje pojedinačnih članova zakona niti sposobnost pacijenta da samostalno rešava složena pravna pitanja. Ona označava funkcionalnu sposobnost osobe da prepozna da određeni životni problem ima pravnu dimenziju, da zna da pravo ili mehanizam zaštite postoji, da razume osnovne mogućnosti koje joj stoje na raspolaganju i da može da identifikuje instituciju ili stručnu podršku kojoj treba da se obrati. Pravno osnaživanje predstavlja širi proces u kojem osoba stiče mogućnost da pravnu informaciju koristi u donošenju odluka, ostvarivanju prava i korišćenju mehanizama zaštite. Joshi et al. (2022) pravno osnaživanje u zdravstvenom kontekstu povezuju upravo sa sposobnošću ljudi da poznaju i koriste pravo i pravne mehanizme radi ostvarivanja svojih potreba i jačanja odgovornosti institucija.

Za potrebe ovog rada pravna pismenost može se posmatrati kroz četiri međusobno povezane funkcije: prepoznavanje pravno relevantnog problema, razumevanje sopstvenog pravnog položaja i

raspoloživih opcija, navigaciju kroz nadležnosti i postupke i aktiviranje zaštite kada je pravo uskraćeno. Time se ovaj koncept neposredno povezuje sa ranije uvedenim pojmom „upotrebljivog prava“: pravo nije praktično dostupno samo zato što postoji u propisu, već kada osoba može da prepozna njegovu relevantnost za sopstvenu situaciju, razume put njegovog ostvarivanja i, kada je potrebno, pristupi mehanizmu zaštite.

Ovo je naročito vidljivo u iskustvu osoba sa IBD. Pitanje „da li mi dijagnoza daje invaliditet“ može obuhvatiti više različitih pravnih pitanja: status OSI, procenu radne sposobnosti, invalidnost u smislu penzijskog osiguranja, telesno oštećenje ili potrebu za antidiskriminacionom zaštitom. Pitanje „šta ako poslodavcu smeta moje bolovanje“ može istovremeno otvoriti pitanje privremene sprečenosti za rad, zaštite od diskriminacije, mogućnosti obavljanja odgovarajućeg posla i održanja zaposlenja. Funkcija pravne podrške jeste da takav iskustveni problem pravno kvalifikuje, razdvoji institute koji se u svakodnevnom govoru prepliću i pokaže koji pravni put i mehanizmi zaštite stoje osobi na raspolaganju.

Odgovornost za ostvarivanje prava, međutim, ne može se svesti na individualnu informisanost pacijenta. Kada su relevantne informacije raspoređene između više propisa i institucija, postupci administrativno zahtevni, stručni jezik teško razumljiv, a nadležnosti fragmentirane, sama organizacija sistema utiče na dostupnost prava. Pravna pismenost zato predstavlja resurs pojedinca, dok su razumljivost informacija, jasnoća nadležnosti, dostupnost postupaka i delotvornost mehanizama zaštite odgovornost institucija.

Administrativni teret dodatno pokazuje značaj te razlike. Troškovi učenja pravila, pribavljanja dokumentacije, odlazaka, čekanja i postupanja prema zahtevima institucija ne proizlaze neposredno iz same bolesti, ali postaju deo svakodnevnog iskustva osobe koja se leči (Kyle et al., 2025). Podaci UKUKS-a o biološkoj terapiji pokazuju da upravljanje hroničnim stanjem ne obuhvata samo medicinsko lečenje, već i administrativni i organizacioni rad koji može zadirati u radne, obrazovne i porodične obaveze.

U tom kontekstu pravna informacija ima funkciju smanjenja pravne i institucionalne neizvesnosti. Osoba koja razume razliku između dijagnoze i pravnog statusa, zna da zdravstveno stanje predstavlja zaštićeno lično svojstvo, poznaje osnovna pravila o bolovanju, mogućnosti procene radne sposobnosti i raspoložive mehanizme zaštite može jasnije da sagleda sopstveni položaj i raspoložive izbore. Pravna podrška time ne zamenjuje psihološku ili psihoterapijsku podršku, već deluje na drugom nivou: povećava razumljivost i predvidljivost institucionalnog okruženja i mogućnost osobe da aktivno postupa u situacijama koje bolest proizvodi izvan zdravstvenog sistema.

Ovakav pristup ima određenu paralelu sa zdravstvenom pismenošću. Sistematski pregled Mercuri et al. (2025) ukazuje na značaj razumljive zdravstvene informacije za samoupravljanje bolešću i komunikaciju kod osoba sa IBD. Zdravstvena i pravna pismenost nisu isti koncepti, ali ih povezuje činjenica da formalna dostupnost stručne informacije nema punu praktičnu vrednost ako osoba ne može da je razume i primeni u sopstvenoj situaciji.

Iskustvo UKUKS-a pokazuje kako se ovaj proces može organizovati u okviru pacijentskog udruženja. Individualno pitanje najpre otkriva životni problem; pravnom analizom taj problem se kvalifikuje i povezuje sa odgovarajućim pravnim institutom; kroz savetovanje ili vodič pravilo se prevodi u razumljiv i praktično primenljiv oblik; ponavljanje sličnih pitanja omogućava prepoznavanje šire prepreke; a dokumentovani obrazac može postati osnov za zagovaranje institucionalne ili normativne promene. Na taj način pravno osnaživanje povezuje individualnu podršku sa sistemskim zagovaranjem.

Diskusija

Analiza pokazuje da se položaj osoba sa IBD može razumeti kroz tri međusobno povezana raskoraka: između dijagnoze i stvarnog funkcionisanja, između individualnih kapaciteta za adaptaciju i uslova u okruženju i između formalno priznatog i praktično dostupnog prava.

Prvi raskorak proizlazi iz prirode same bolesti. Ista dijagnoza ne proizvodi identične posledice kod različitih osoba, niti su funkcionalne posledice kod iste osobe stabilne tokom vremena. Smenjivanje remisije i pogoršanja znači da medicinski naziv bolesti sam po sebi ne daje dovoljan odgovor na pitanja radne sposobnosti, potrebe za prilagođavanjem ili nivoa podrške. Pravni sistem zato mora da razlikuje dijagnozu od funkcionalnih posledica i od pravnih statusa koji se utvrđuju u posebnim postupcima. Upravo razdvajanje privremene sprečenosti za rad, procene radne sposobnosti, invalidnosti u penzijskom osiguranju, telesnog oštećenja i

antidiskriminacione zaštite predstavlja jednu od ključnih tačaka pravne analize ovog rada.

Drugi raskorak postoji između individualne rezilijentnosti i prilagođenosti okruženja. Domaći nalazi pokazuju značaj rezilijentnosti za psihosocijalnu adaptaciju osoba sa IBD, ali istovremeno ukazuju da profesionalni i svakodnevni domeni ostaju posebno relevantna područja funkcionisanja (Tadić et al., 2026). To znači da sposobnost pojedinca da se prilagođava bolesti ne može zameniti fleksibilnost radnog okruženja, dostupnost zdravstvene i psihološke podrške, odsustvo stigmatizacije ili funkcionalan institucionalni sistem. Visoka individualna rezilijentnost ne uklanja prepreku koja nastaje kada osoba nema pristup toaletu, kada rigidna organizacija rada ne uzima u obzir promenljiv tok bolesti ili kada pacijent mora da ulaže značajno vreme i energiju u administrativne postupke.

Treći raskorak, koji predstavlja centralni pravni problem rada, jeste razlika između formalnog postojanja prava i njegove praktične upotrebljivosti. Pravo na dostupnu zdravstvenu zaštitu, zaštitu od diskriminacije, bolovanje, procenu radne sposobnosti ili prilagođavanje može biti jasno utvrđeno propisom, a da za konkretnu osobu ipak ostane teško dostupno ako ona ne zna da pravo postoji, ne može da utvrdi ko je nadležan, ne razume postupak ili ne zna koji mehanizam zaštite može da aktivira. Zbog toga se stvarna dostupnost prava ne može ocenjivati samo prema sadržaju pravne norme, već i prema institucionalnom putu koji korisnik mora da pređe da bi ona proizvela praktičan efekat.

Upravo na toj osnovi rad uvodi pojam „upotrebljivog prava“ kao analitički okvir. Njegova svrha nije stvaranje nove pravne kategorije, već označavanje razlike između prava koje postoji u normativnom sistemu i prava koje korisnik može da prepozna, razume, proceduralno aktivira i, kada je potrebno, zaštiti. Ovakav pristup pomera analizu sa isključivo normativnog pitanja „koje pravo postoji“ ka dodatnom pitanju „pod kojim uslovima to pravo zaista postaje dostupno osobi kojoj je namenjeno“.

Jedinstven doprinos rada nalazi se u povezivanju ovog pravnog okvira sa psihosocijalnim istraživanjima i neposrednim iskustvom pacijentskog udruženja. UKUKS istovremeno prikuplja iskustva osoba sa IBD, učestvuje u istraživanjima, pruža psihološku i psihoterapijsku podršku, razvija informativne i pravne resurse i prepoznaje obrasce koji se ponavljaju u individualnim slučajevima. Posebnost analize nije samo u prikazu tih iskustava već u njihovom pravnom prevođenju: konkretno pitanje pacijenta povezuje se sa odgovarajućim pravnim institutom, nadležnom institucijom, postupkom i mehanizmom zaštite.

Time se otkriva i fragmentiranost pravnog položaja osobe sa hroničnom bolešću. Jedna životna situacija može istovremeno aktivirati pravila zdravstvenog, radnog, antidiskriminacionog i socijalnog prava. Pacijent, međutim, problem ne doživljava prema administrativnim granicama pravnih oblasti. Za njega je to jedna situacija – na primer, pogoršanje bolesti koje zahteva bolovanje, utiče na mogućnost obavljanja posla, otvara potrebu za prilagođavanjem i izaziva strah od reakcije poslodavca. Upravo zato pravna analiza koja polazi od iskustva korisnika može otkriti veze

koje ostaju manje vidljive kada se svaki pravni režim posmatra zasebno.

Širi domaći kontekst podržava ovakav pristup. Analiza politika zapošljavanja mladih osoba sa invaliditetom pokazala je da formalno postojanje mera ne garantuje nužno njihovu praktičnu dostupnost, odgovarajuću podršku niti održive ishode (Stojanović, 2026b). Iako se ti nalazi ne odnose specifično na osobe sa IBD, oni ukazuju na širi institucionalni problem: normativno uključivanje određene grupe u sistem nije isto što i stvarno dostupna i delotvorna podrška.

Pravna pismenost u ovom okviru dobija dvojaku funkciju. Na individualnom nivou omogućava osobi da pravovremeno prepozna pravni problem i koristi postojeće mehanizme. Na sistemskom nivou, ponavljanje sličnih pitanja i prepreka može pokazati da problem nije rezultat pojedinačnog nerazumevanja već načina na koji je pravo uređeno, objašnjeno ili primenjeno. Tada individualna pravna podrška postaje izvor podataka za zagovaranje promena.

Naslovna poruka „Moja dijagnoza je nevidljiva. Moja prava nisu!“ zato dobija šire značenje. Ona ne podrazumeva da sama dijagnoza IBD proizvodi jedinstven skup posebnih prava. Naprotiv, analiza pokazuje da je pravni položaj individualizovan i zavisi od konkretnih funkcionalnih posledica i pravnog instituta koji se primenjuje. Poruka označava zahtev da nevidljivost bolesti ne dovede do nevidljivosti njenih posledica, dostupnih prava i puteva njihove zaštite.

Pravno osnaživanje se na toj osnovi može postaviti kao sastavni deo šire psihosocijalne i institucionalne podrške osobama sa IBD. Njegova uloga nije da zameni zdravstvenu ili psihološku podršku, već da jedan deo neizvesnosti vezane za zaposlenje, socijalnu sigurnost, diskriminaciju i odnos sa institucijama pretvori u razumljive opcije i puteve postupanja. Upravo povezivanje medicinske, psihološke, pravne i zagovaračke dimenzije omogućava da se osoba sa IBD ne posmatra samo kao pacijent, već kao nosilac prava čiji se život sa bolešću odvija i izvan zdravstvenog sistema.

Ograničenja

Najvažnije ograničenje rada proizlazi iz toga što pravna pismenost i psihosocijalna adaptacija nisu istovremeno merene kod istog uzorka ispitanika, pa raspoloživi podaci ne omogućavaju neposredno utvrđivanje uzročnog odnosa između njih. Istraživanje Tadić et al. (2026) ima presečni dizajn i uzorak regrutovan u saradnji sa pacijentskim udruženjem, dok UKUKS anketa predstavlja deskriptivni izvor iskustava ispitanika, a ne reprezentativno populaciono istraživanje. Nalazi projekta BOOST prvenstveno se odnose na fizičku aktivnost i u ovom radu koriste se za prikaz odnosa individualnih potreba i strukturnih prepreka. Ponavljajuće pravne dileme iz savetodavne prakse UKUKS-a nisu prikupljane kao sistematski kvalitativni uzorak i zato ne omogućavaju zaključivanje o učestalosti pojedinih problema u ukupnoj populaciji osoba sa IBD. Deo literature o administrativnom teretu i pravnom osnaživanju potiče iz drugih zdravstvenih i institucionalnih konteksta

i koristi se kao teorijski okvir. Navedena ograničenja ne umanjuju mogućnost identifikovanja relevantnih pravnih i institucionalnih mehanizama, ali upućuju na potrebu da buduća istraživanja neposredno ispituju odnos pravne pismenosti, pravne neizvesnosti, percipirane kontrole, administrativnog tereta i psihosocijalne adaptacije kod osoba sa IBD.

Zaključak

IBD je hronična, promenljiva i često nevidljiva bolest čije posledice prevazilaze zdravstvenu sferu i obuhvataju mentalno zdravlje, porodicu, rad, obrazovanje i društvenu participaciju. Domaća istraživanja potvrđuju psihološki teret bolesti i značaj rezilijentnosti, ali istovremeno pokazuju da individualna sposobnost prilagođavanja ne može biti jedini odgovor na hronično stanje. Funkcionisanje osobe zavisi i od dostupnosti podrške, prilagođenosti okruženja i načina na koji institucije prepoznaju posledice bolesti.

Pravni sistem Republike Srbije raspolaže različitim mehanizmima zaštite kroz prava pacijenata, antidiskriminaciono pravo, zdravstveno i penzijsko-invalidsko osiguranje, procenu radne sposobnosti, profesionalnu rehabilitaciju, razumno prilagođavanje, zaštitu tokom privremene sprečenosti za rad i zaštitu podataka o zdravstvenom stanju. Analiza, međutim, pokazuje da normativno postojanje prava nije isto što i njegova praktična dostupnost. Da bi pravo proizvelo stvarni efekat, osoba mora biti u mogućnosti da ga prepozna, razume njegov značaj za sopstvenu situaciju, zna kome

da se obrati i pristupi odgovarajućem postupku ili mehanizmu zaštite.

Upravo tu se pokazuje značaj pravne pismenosti i pravnog osnaživanja. Pravna pismenost ne podrazumeva obavezu pacijenta da postane poznavalac prava, već sposobnost da prepozna pravno relevantan problem i da zna gde i na koji način može potražiti pomoć. Istovremeno, odgovornost je sistema da informacije, nadležnosti i postupke učini dovoljno jasnim i dostupnim da postojeća prava zaista mogu da se koriste. Pravno osnaživanje se zato može posmatrati kao sastavni deo šire psihosocijalne i institucionalne podrške osobama sa IBD: ne kao zamena za medicinsku ili psihološku podršku, već kao mehanizam kojim se smanjuje pravna i institucionalna neizvesnost, povećava predvidljivost postupanja i omogućava aktivnije upravljanje posledicama bolesti izvan zdravstvenog sistema.

Iskustvo UKUKS-a pokazuje značaj posredničke uloge pacijentskog udruženja u tom procesu. Direktna pitanja pacijenata otkrivaju situacije u kojima pravni put nije dovoljno vidljiv; pravno savetovanje i vodiči prevode normativni okvir u razumljiv i praktično primenljiv oblik; psihološko i psihoterapijsko savetovanje odgovara na emocionalni teret bolesti; dok istraživanja, ankete i ponavljanje sličnih individualnih problema omogućavaju da se pojedinačno iskustvo prepozna kao moguća sistemska prepreka i pretvori u zagovaračko pitanje. Time se individualna podrška povezuje sa mogućnošću institucionalne i normativne promene.

Buduća istraživanja trebalo bi da istovremeno ispituju psihosocijalnu adaptaciju, pravnu pismenost, administrativni teret, iskustvo diskriminacije, percipirani osećaj kontrole i korišćenje mehanizama zaštite, uključujući praćenje promena pre i nakon strukturisanih intervencija pravnog osnaživanja. Takav pristup omogućio bi preciznije sagledavanje mesta koje pravna podrška može imati u integrisanom modelu podrške osobama sa hroničnim bolestima.

Izlazak „izvan dijagnoze“ zato ne znači udaljavanje od medicine, već priznavanje da se život sa hroničnom bolešću odvija i na radnom mestu, u porodici, obrazovanju, pred institucijama i u društvenom okruženju. Dijagnoza može biti nevidljiva; prava i putevi njihove zaštite ne bi smeli da budu.

Literatura

BOOST Project. (2026). Analysis of the current situation regarding the participation of people with inflammatory bowel disease in sports and physical activity [D1.2 project report]. Erasmus+ Sport. https://ukuks.org/wp-content/uploads/2026/04/BOOST-REPORT-D1_2-SRB.pdf

Cheng, L., Jetha, A., Cordeaux, E., Lee, K., & Gignac, M. A. M. (2022). Workplace challenges, supports, and accommodations for people with inflammatory bowel disease: A scoping review. Disability and Rehabilitation, 44(24), 7587–7599. https://doi.org/10.1080/09638288.2021.1979662

Committee on Economic, Social and Cultural Rights. (2000). General comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). United Nations.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities. (2022). General comment No. 8 (2022) on the right of persons with disabilities to work and employment (CRPD/C/GC/8). United Nations.

Derogatis, L. R. (1986). The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). Journal of Psychosomatic Research, 30(1), 77–91. https://doi.org/10.1016/0022-3999(86)90069-3

Dragasevic, S., Stankovic, B., Kotur, N., Sokic Milutinovic, A., Nikolic, A., Pavlovic, S., & Popovic, D. (2025). Psychological distress is associated with inflammatory bowel disease manifestation and mucosal inflammation. Inflammatory Bowel Diseases, 31(6), 1567–1573. https://doi.org/10.1093/ibd/izae180

Erdmann, A., Rehmann-Sutter, C., Schrinner, F., & Bozzaro, C. (2026). Managing stigma and disclosure of inflammatory bowel diseases for a good life with the disease: An interpretative phenomenological analysis study. Chronic Illness, 22(2), 148–161. https://doi.org/10.1177/17423953261436465

Giri, S., Harindranath, S., Chandnani, S., Jena, A., Sharma, V., & Sebastian, S. (2025). Systematic review: Stigma associated with inflammatory bowel disease. Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 62(11–12), 1066–1088. https://doi.org/10.1111/apt.70448

Harriman, E., Jones, F. W., & Duff, A. (2025). Disclosing inflammatory bowel disease: A systematic review and meta-synthesis exploring the experience of, and barriers and facilitators to, self-disclosure. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 32, 526–548. https://doi.org/10.1007/s10880-025-10079-z

Joshi, A., Schaaf, M., & Zayed, D. (2022). The use of legal empowerment to improve access to quality health services: A scoping review. International Journal for Equity in Health, 21, 136. https://doi.org/10.1186/s12939-022-01731-3

Kyle, M. A., Feng, K. Y., Wade, C. G., & Yaver, M. (2025). Patient administrative burden: A scoping review. Health Affairs Scholar, 3(11), qxaf216. https://doi.org/10.1093/haschl/qxaf216

Majstorović, A. (2026). Vodič za zapošljavanje osoba sa zapaljenskim bolestima creva. Udruženje obolelih od Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa Srbije – Ljiljan Đaković. https://ukuks.org/wp-content/uploads/2026/03/Vodic-za-zaposljavanje-osoba-sa-zapaljenskim-bolestima-creva-WEB.pdf

Marković, S., & Svorcan, P. (Ur.). (2022). Inflamatorne bolesti creva u 12 lekcija. Kliničko-bolnički centar Zvezdara.

Mercuri, C., Nocerino, R., Bosco, V., Rea, T., Giordano, V., Virgolesi, M., Doldo, P., & Simeone, S. (2025). Health literacy in inflammatory bowel disease: A systematic review of health outcomes, predictors and barriers. Journal of Clinical Medicine, 14(23), 8577. https://doi.org/10.3390/jcm14238577

Poverenik za zaštitu ravnopravnosti. (2023). Prepoznavanje i reagovanje na diskriminaciju u oblasti rada i zapošljavanja. https://ravnopravnost.gov.rs/prepoznavanje-i-reagovanje-na-diskriminaciju-u-oblasti-rada-i-zaposljavanja/

Poverenik za zaštitu ravnopravnosti. (2024a). Kodeks ravnopravnosti: Smernice za izradu kodeksa antidiskriminacione politike poslodavaca u Srbiji (2. izmenjeno i dopunjeno izd.). https://ravnopravnost.gov.rs/kodeks-ravnopravnosti-smernice-3a-izradu-kodeksa-antidiskriminacione-politike-poslodavaca-u-srbiji/

Poverenik za zaštitu ravnopravnosti. (2024b). Uputstvo za sprovođenje aktivnosti u vezi sa razumnim prilagođavanjem radnih mesta/poslova za osobe sa invaliditetom. https://ravnopravnost.gov.rs/uputstvo-za-sprovodjenje-aktivnosti-u-vezi-sa-razumnim-prilagodjavanjem-radnih-mesta-poslova-za-osobe-sa-invaliditetom/

Poverenik za zaštitu ravnopravnosti. (2024c). Mišljenje br. 07-00-488/2024-02, predmet 560-24. https://ravnopravnost.gov.rs/zbornik-odabranih-misljenja-preporuka-i-upozorenja-poverenika-za-zastitu-ravnopravnosti/

Pravilnik o bližem načinu, troškovima i kriterijumima za procenu radne sposobnosti i mogućnosti zaposlenja ili održanja zaposlenja osoba sa invaliditetom. (2010/2026). Službeni glasnik Republike Srbije, br. 36/2010, 97/2013 i 63/2026.

Stojanović, J. Lj. (2026a). Vodič kroz procenu radne sposobnosti, invaliditet i bolovanje. Udruženje obolelih od Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa Srbije – Ljiljan Đaković.

Stojanović, J. (2026b). Uključeni, ali nevidljivi: Politike zapošljavanja, prakse i ishodi za mlade osobe sa invaliditetom u Republici Srbiji. Inicijativa mladih za ljudska prava.

Stojanović, J., & Ćulibrk, O. (2026, 29. maj). Izvan dijagnoze: Moja dijagnoza je nevidljiva. Moja prava nisu! [Prezentacija sa naučne konferencije]. Konferencija „Psihosocijalna adaptacija osoba sa zdravstvenim poteškoćama“, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja u Beogradu.

Tadić, V., Batrićević, A., & Zarić, D. (2026). Psychosocial adjustment to illness and resilience in inflammatory bowel disease outpatients: Cross-sectional evidence from Serbia. Health Psychology Report. https://doi.org/10.5114/hpr/218405

Tarabar, D. (n.d.-a). Živeti sa Kronovom bolešću. Udruženje obolelih od Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa Srbije.

Tarabar, D. (n.d.-b). Živeti sa ulceroznim kolitisom. Udruženje obolelih od Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa Srbije.

Trikoš, L. (2022). Psihosocijalni faktori i inflamatorne bolesti creva. U S. Marković & P. Svorcan (Ur.), Inflamatorne bolesti creva u 12 lekcija (str. 293–303). Kliničko-bolnički centar Zvezdara.

Udruženje obolelih od Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa Srbije. (2018). Psihološko savetovalište. https://ukuks.org/psiholosko-savetovaliste/

Udruženje obolelih od Kronove bolesti i ulceroznog kolitisa Srbije. (2026). Rezultati ankete o administrativnim i geografskim aspektima primanja biološke terapije [Neobjavljeni agregirani podaci].

United Nations. (1966). International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.

United Nations. (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

Ustav Republike Srbije. (2006/2021). Službeni glasnik Republike Srbije, br. 98/2006 i 115/2021.

World Health Organization, & Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (2023). Mental health, human rights and legislation: Guidance and practice. World Health Organization.

Youssef, M., Hossein-Javaheri, N., Hoxha, T., Mallouk, C., & Tandon, P. (2024). Work productivity impairment in persons with inflammatory bowel diseases: A systematic review and meta-analysis. Journal of Crohn's and Colitis, 18(9), 1486–1504. https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjae057

Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba sa invaliditetom. (2009). Službeni glasnik Republike Srbije – Međunarodni ugovori, br. 42/2009.

Zakon o pravima pacijenata. (2013/2019). Službeni glasnik Republike Srbije, br. 45/2013 i 25/2019 – dr. zakon.

Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju. (2003/2024). Službeni glasnik Republike Srbije, br. 34/2003, 64/2004 – odluka USRS, 84/2004 – dr. zakon, 85/2005, 101/2005 – dr. zakon, 63/2006 – odluka USRS, 5/2009, 107/2009, 101/2010, 93/2012, 62/2013, 108/2013, 75/2014, 142/2014, 73/2018, 46/2019 – odluka US, 86/2019, 62/2021, 125/2022, 138/2022, 76/2023 i 94/2024.

Zakon o prevenciji i dijagnostici genetičkih bolesti, genetički uslovljenih anomalija i retkih bolesti. (2015). Službeni glasnik Republike Srbije, br. 8/2015.

Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom. (2009/2022). Službeni glasnik Republike Srbije, br. 36/2009, 32/2013 i 14/2022 – dr. zakon.

Zakon o radu. (2005/2025). Službeni glasnik Republike Srbije, br. 24/2005, 61/2005, 54/2009, 32/2013, 75/2014, 13/2017 – odluka US, 113/2017, 95/2018 – autentično tumačenje i 109/2025 – dr. zakon.

Zakon o zabrani diskriminacije. (2009/2021). Službeni glasnik Republike Srbije, br. 22/2009 i 52/2021.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti. (2019/2025). Službeni glasnik Republike Srbije, br. 25/2019, 92/2023 – autentično tumačenje i 29/2025 – odluka US.

Zakon o zaštiti podataka o ličnosti. (2018). Službeni glasnik Republike Srbije, br. 87/2018.

Zakon o zdravstvenom osiguranju. (2019/2025). Službeni glasnik Republike Srbije, br. 25/2019, 92/2023 i 109/2025 – dr. zakon.

https://doi.org/10.47152/psihsoc2026.5

Milana M. Ljubičić*
Univerzitet u Beogradu Filozofski fakultet

ZNAČAJ RADNOG ANGAŽMANA ZA LJUDE S MARGINE: IZ NJIHOVE PERSPEKTIVE*

U ovom radu bavimo se istraživanjem značaja koji radno angažovanje ima za mentalno oboljele i u isto vrijeme siromašne ljude. Mentalna bolest, naročito ukoliko nije tretirana, može biti visoko ometajuća (i) u profesionalnom smislu. S druge strane, nezaposlenost, uz odsustvo formalnih servisa za podršku, oboljele ljude osuđuje na socijalnu izolaciju i siromaštvo. Jedan broj njih se tako nađe na margini društva: bolesni, stigmatizovani, izolovani i siromašni. Drugim riječima, društveno isključeni. Da li radni angažman može da ih izvede iz ovog začaranog kruga? To je pitanje na koje smo tražili odgovor u ovoj analizi.

Nastojali smo da opišemo trajektorije izlaska sa, i ponovnog ulaska na tržište rada, kao i da istražimo kakvu ulogu rad ima u svakodnevici ovih ljudi i njihovim planovima za budućnost. Posebno, zanimalo nas je da utvrdimo kako status biti zaposlen uvezan sa njihovom mentalnom bolešću i slikom koju imaju o sebi. Istraživanjem je obuhvaćeno sedam ispitanika, uličnih prodavaca časopisa Lice ulice. Sa njima je vođen fokus grupni intervju, a potom su njihovi narativi analizirani.

Nalazi su nedvosmisleno pokazali da raditi za njih ima višestruko značenje. Osim materijalne, njihova je dobit i emocionalna i u identitetskom smislu izuzetna. Za ove ljude to što su radno angažovani, ključni je dokaz da i oni pripadaju društvu.

Ključne riječi: *mentalno oboljeli, siromaštvo, radni angažman, integracija.*

---

* E-mail: milanaljubicic@yahoo.com ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1400-5705
* Realizaciju ovog istraživanja finansijski je podržalo Ministarstvo prosvete, nauke i tehnološkog razvoja Republike Srbije u sklopu finansiranja naučnoistraživačkog rada na Univerzitetu u Beogradu – Filozofskom fakultetu (broj ugovora 451-03-33/2026-03/200163).

Uvod

Mentalni poremećaji jedan su od najvećih javno zdravstvenih izazova savremenog društva. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (2025, September 30) u 2021. na globalnom nivou sa mentalnim poteškoćama suočavala se svaka sedma osoba, a procjena je da će četvrtina svjetskog stanovništva patiti od mentalne bolesti u nekom trenutku svog života. Najučestalije dijagnoze su anksioznost i depresija, dok od poremećaja iz kruga psihoza pati oko 60 miliona ljudi[32] (World Health Organization, 2025, September 30). Dodajmo: očekuje se da će prevalenca mentalnih bolesti nastaviti da raste (Carbonell, et al., 2020).

Da li na takav izazov mogu na adekvatan način odgovoriti zdravstveni sistemi?33 Odgovor je: ne. U prilog tome svjedoči podatak da se posljednjih decenija čak i u zapadnim, razvijenim zemljama nedovoljno ulaže u kontinuirano zdravstveno zbrinjavanje ljudi oboljelih od hroničnih bolesti. Na globalnom nivou tek trećina zemalja izdvaja finansijska sredstva namijenjena zaštiti mentalnog zdravlja, a ona su manja od jednog procenta ukupnog budžeta. Medicinsku pomoć dobija tek 29% ljudi koji pate od poremećaja iz spektra psihoza i jedna trećina depresivnih (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-

[32] Kada je riječ o našoj zemlji, nema preciznih epidemioloških podataka o raširenosti mentalnih poremećaja, a Jovanović i saradnici (2023) iznose da u Republici Srbiji jedna trećina stanovništva ispoljava simptomatologiju različitog spektra.

[33] Svjetska zdravstvena organizacija (2007, po: Carbonell, et al., 2020: 1366) zdravstveni sistem definiše kao zbir svih organizacija, institucija i resursa koji imaju za cilj poboljšanje zdravlja stanovništva.

disorders). Smatra se da razlog tome treba tražiti u prirodi sistema zdravstvene zaštite koji je po definiciji dizajniran za pružanje akutne njege (Druss, 2007; Nicaise, et al., 2020). S druge strane, iz kritičko sociološke perspektive posmatrano, to govori o relativno niskoj društvenoj i političkoj prioritizaciji ovog vida zaštite (Kecmanović, 2010; Carbonell, et al., 2020; de Medina-Moragas, et al., 2024).

Manjkavosti sistema zdravstvene zaštite, a prije svega ograničena podrška u oporavku i reintegraciji, neposredno utiču na visoke stope nezaposlenosti i siromaštva među mentalno oboljelima (Sylvestre, et al., 2018). Nezaposlenost, uobičajeno se smatra, posljedica je mentalne bolesti koja značajno ometa radnu funkcionalnost. No, Ljungqvist i saradnici (2016) iznose tezu da je neophodno proširiti listu *osumnjičenih* za niske stope zaposlenosti među ljudima sa mentalnim bolestima. Autori tvrde da ti činioci imaju manje veze sa prirodom mentalne bolesti, a više sa socio-ekonomskim karakteristikama radnika. Naime, oni čiji je nivo obrazovanja nizak, materijalni položaj loš, a neformalne socijalne mreže slabe, imaju neznatne izglede za zapošljavanje, nezavisno od stanja mentalnog zdravlja. I mentalno oboljele osobe i one koji to nisu podjednako pogađaju promjene na tržištu rada jer ono isključuje sve koji ne mogu da ispune njegove zahtjeve: da rade puno radno vrijeme, da lične krize rješavaju bez odsustva sa radnog mjesta, da posjeduju spektar kognitivnih vještina, kao i odgovarajući nivo akademskog postignuća.[34] Nadalje, kako tržište rada nudi

[34] Iako u izvještaju Svjetske banke stoji da ekstremno siromaštvo opada u svim dijelovima svijeta uz izuzetak Bliskog Istoka i Sjeverne Afrike (Poverty and Inequality, 2025), čini se da je realnost ipak sumornija. Sudeći po jednom od dva načina mjerenja siromaštva koje koristi United States Census Bureau (Historical Poverty Tables: People and Families - 1959 to 2024), u SAD stopa siromaštva ne opada, a ono najviše pogađa pripadnike manjina (Afro i

radnoj snazi prekarne, nesigurne poslove, hiljade radnika su dovedene na ivicu siromaštva u koje se ulazi lako: „dovoljan je otkaz na slabo plaćenom poslu da skliznu u njega" (https://adra.org.rs/programi/beskucnistvo/).

Jedan od ekstremnih ishoda siromaštva je beskućništvo. Kako ono konstantno raste i mijenja svoju fenomenologiju: na ulicama velikih evropskih i američkih gradova sada sve češće žive čitave porodice,[35] to nesumnjivo govori o porastu siromaštva na globalnom nivou. Među onima koji najbrže padaju na margine društva su: djeca, starije osobe i ljudi sa zdravstvenim poteškoćama (Soucy, Hall, & MosesState, 2025., September 4). Tako, kada je riječ je mentalno oboljelima, nalazimo podatak da su ove osobe nadprosječno zastupljene među beskućnicima u odnosu na opštu populaciju[36] (Shaheen, & Rio, 2007; Kerman, & Stergiopoulos, 2024).

Iako je razumno pretpostaviti da mentalna bolest predstavlja ključni faktor rizika (i) za ulazak u beskućništvo, Sullivan, Burnam i Koegel (2000) pozivaju na oprez kada se iznosi ovakva tvrdnja, jer ona podupire stereotipe[37] o direktnoj povezanosti između oboljenja i siromaštva. Oni su naime stava da je potonji ishod sasvim izvjestan

Latino Amerikance) i djecu. Slična je situacija i u Velikoj Britaniji. Naime, iako je u ovoj zemlji bruto domaći proizvod od početka 90-ih godina XX vijeka porastao za 20%, broj siromašnih se u isto vrijeme povećao za jedan milion (Brikner, 2013).

[35] Npr. u SAD 2020. među primarnim beskućnicima čak 39% su činile majke, očevi i njihova djeca, u Velikoj Britaniji procenat je i viši (43%) (Questionnaire on Affordable and Social Housing, 2021, prema: Ljubičić, 2022).

[36] Procjene su da između 30–50% beskućnika pati od funkcionalnih psihoza, oko 20% se suočava sa nekom od bolesti zavisnosti, dok su poremećaji ličnosti među njima veoma zastupljeni (Scott, 1993).

[37] Na primjer, Johnson i Chamberlain (2011) su na uzorku od 4.291 beskućnika u Melburnu utvrdili da je mentalna bolest prethodila beskućništvu u 15% slučajeva, dok se tokom ovog iskustva psihički razboljelo njih 16%.

zato što savremeni trend deinstitucionalizacije nije praćen razvojem adekvatnih servisa za pomoć i podršku oboljelima[38] (Scott, 1993; Sullivan, et al., 2000). Prepušteni samima sebi, padaju na društveno dno, sa kojeg je gotovo nemoguće da se pomjere.

Imajući ovaj nalaz na umu, Poremski i saradnici (2015) upućuju na neophodnost da se u osmišljavanju efikasnih intervencija za izlazak iz situacije beskućništva, naročito ukoliko su u pitanju psihički oboljeli ljudi, posebna pažnja obrati na podršku pri zapošljavanju. Tako, pišući o svojim iskustvima u razvoju dva projekta programa zapošljavanja mentalno oboljelih beskućnika, Shaheen i Rio (2007) navode da i ovi ljudi mogu, uz podršku, biti radno angažovani, i iz situacije beskućništva uspješno izaći. Svjesni su da je za to neophodno da se prevaziđu i zvanične i barijere stereotipa o mentalno oboljelim beskućnicima, ali ova dva autora smatraju da je takav ishod - moguć. Slične argumente iznose Bretherton i Pleace (2019), identifikujući niz prednosti programa *Work First*[39]*,* kao uostalom i niz prepreka za njegovu primjenu.

Da li radno angažovanje može biti jedna od strategija suočavanja sa ekstremnim siromaštvom, pitanje je na koje smo nastojali da pronađemo odgovor u našoj studiji. U toj potrazi,

[38] Prije svega onih namjenjenih obezbjeđivanju sigurnog stanovanja, zadovoljavanja bazičnih egzistencijalnih potreba, usluga zdravstvene zaštite, kao i smanjenja simptoma depresije, tvrde Sullivan i saradnici (2000). Konačno, nalazi jedne od rijetkih kvalitativnih studija koje su rađene na uzorku beskućnika, pokazali su da su ljudi sa ovim iskustvom veoma nezadovoljni kvalitetom usluga, kao i onima koji im te usluge isporučuju (Bhui, Shanahan, & Harding, 2006).

[39] Na sličan način razmišljaju i Steen, Mackenzie, McCormack (2012) smatrajući da je strategija *Work first* koja se razvija u SAD, primjenjiva i u njihovoj zemlji (Australija).

pomogli su nam ljudi koji su se našli na margini društva kao ekstremno siromašni i kao nosioci dijagnoze mentalne bolesti.

O tome šta o radu kao životnoj strategiji oni misle, biće više riječi na narednim stranama.

Metodološki okvir

Predmet i ciljevi analize

Istraživački zadatak kojim smo se u ovoj studiji bavili bio je da istražimo značaj koji radno angažovanje ima za mentalno oboljele i u isto vrijeme ekstremno siromašne ljude. Da bismo razumjeli smisao i značenje radnog angažovanja, pred sebe smo postavili dva cilja. Prvi je deskriptivni: opisati razloge odsustva sa tržišta rada, i ponovnog radnog angažovanja, dok je drugi cilj eksplorativni i tiče se razumijevanja uloge koju rad ima u životima naših sagovornika.

Istraživačka pitanja

U radu se nismo oslanjali na hipoteze budući da je naše istraživanje kvalitativno, izvedeno na malom uzorku. U ovoj u osnovi kvalitativnoj i eksplorativnoj studiji, rukovodili smo se istraživačkim pitanjima koja glase: 1. Kako su se naši sagovornici našli u situaciji ekstremnog siromaštva?; 2. Kako su iz te situacije izašli?; 3. Kakvo iskustvo imaju sa prodajom magazina i kakav je odnos Drugih[40] prema njima?; 4. Kakvo značenje i smisao za njih rad ima?

[40] Pojmom Drugi u radu označavamo društvene aktere kroz čije stavove, procjene i postupke naši sagovornici bivaju društveno definisani i vrijednovani. U tom smislu, Drugi predstavljaju

Uzorak

Studijom smo obuhvatili sedmoro uličnih prodavaca časopisa *LiceUlice*. Uzorak je namjerni, a formirali smo ga na osnovu tri kriterijuma: da sagovornici imaju iskustvo života na ulici, zvanično postavljenu dijagnozu mentalne bolesti, i da su radno angažovani kroz specifičan model socijalne ekonomije (kao ulični prodavci časopisa). Sa nama su razgovarali Dragana, Katarina, Ana, Petar, Jovan, Nemanja i Nenad41 (Tabela 1.). U trenutku kada je rađeno istraživanje, niko od njih nije bio u braku niti emocionalnoj vezi, dvoje je živjelo u ustanovama socijalnog tipa (staračkidomovi), a od onih koji su živjeli mimo institucionalnog smještaja, niko nije bio vlasnik stana.

važan izvor društvenih identiteta koji se osobama na margini pripisuju, ali koje one kroz različite strategije, uključujući radno angažovanje, mogu prihvatati, pregovarati ili osporavati.

[41] Zbog zaštite anonimnosti sagovornika, njihova su imena promijenjena.

Tabela 1.

Sociodemografski podaci o sagovornicima

Ime	Dragana	Katarina	Ana	Petar	Jovan	Nemanja	Nenad
Pol	ž	ž	ž	m	m	m	m
Starost	71	41	62	58	52	43	42
Bračni status	razvedena	razvedena	neudata	neoženjen	neoženjen	neoženjen	neoženjen
Ostvaren kao roditelj	da	da	ne	ne	ne	ne	ne
Živi u/sa kim	u stanu, sama	u stanu, sa roditeljima i kćerkom	u instituciji	u stanu, sa bratom	u instituciji	u stanu, sa majkom	u stanu, sa majkom
Porodična podrška	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Oduzeta poslovna sposobnost	ne	ne	da	ne	da	da	da

Tehnika prikupljanja i obrada podataka

Sa našim smo sagovornicima vodili fokus grupni intervju. Fokus grupni intervju odabran je zbog mogućnosti da se iskustva učesnika ne posmatraju izolovano, već u interakciji, odnosno kroz načine na koje učesnici potvrđuju, dopunjuju ili osporavaju iskustva drugih. Razgovor smo obavili u prostorijama organizacije *LiceUlice* u okviru koje su naši sagovornici radno angažovani na prodaji časopisa. *LiceUlice* je nezavisna, humanitarna organizacija i neprofitni medij, posvećena... ekonomskom i socijalnom osnaživanju[42] osoba suočenih sa životnim teškoćama, beskućništvom, bolešću, invaliditetom, siromaštvom i socijalnom isključenošću (https://liceulice.org/o-nama/). Ova organizacija radno angažuje i one ljude kojima je oduzeta poslovna sposobnost, kakav je slučaj sa jednim brojem naših sagovornika.

U intervjuu smo se rukovodili vodičem za pitanja, i postavljali pitanja otvorenog tipa, i potpitanja, kada je bilo za to potrebe. Moderator razgovora je bila autorka studije, koja nije poznavala sagovornike. Učestvovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno, a sagovornici su u svakom trenutku mogli odustati od razgovora.

Razgovoru je prethodilo informisanje o svrsi i ciljevima, načinu sprovođenja studije i svim drugim u etičkom smislu relevantnim aspektima istraživanja, kakvi su npr. pravo na anonimnost i

[42] "Program podrške sprovodimo na principima socijalnog preduzetništva u medijskoj sferi, kroz izdavanje i društveno odgovornu distribuciju jedinstvenog, visoko kvalitetnog magazina. Magazin se distribuira kroz mrežu naših prodavaca, korisnika i korisnica programa podrške, koji zarađuju polovinu cene svakog prodatog primerka (https://liceulice.org/o-nama/).

povjerljivost podataka. Razgovor je trajao 120 minuta i uz dozvolu naših sagovornika, snimljen je audio opremom.

Analiza je tekla na sljedeći način: prikupljenu građu smo transkribovali, potom smo materijal kodirali, izveli kategorije i teme. U analizi smo koristili induktivno-deduktivni postupak tematske kategorizacije. Deduktivni okvir činile su unaprijed definisane istraživačke oblasti: o *padu* u ekstremno siromaštvo, o radnom angažovanju, o odnosu Drugih prema njima, o značenju i smislu rada. Unutar ovih oblasti kodovi i kategorije razvijani su induktivno, na osnovu značenja koja učesnici pripisuju sopstvenim iskustvima, i tokom analize kontinuirano provjeravani i revidirani u odnosu na cjelokupan transkript.

Nalazi analize

Ulazak u ekstremno siromaštvo

Narativi naših sagovornika ukazuju da je njihov ulazak u ekstremno siromaštvo uslovio čitav niz društvenih faktora i ličnih izazova. Ono je posljedica preplitanja društveno-političkih promjena i ekonomske tranzicije, mentalne bolesti, institucionalne stigme, a sve ove nepovoljne okolnosti dodatno je amplifikovalo prisustvo porodične disfunkcionalnosti. Na primjer, Dragana i Petar su tranzicioni gubitnici: oboje su bili fabrički radnici koji su ostali bez posla kada su njihova preduzeća zatvorena. I oboje su postali beskućnici. Dragana o tom svom iskustvu govori uopšteno. Kaže: “Zamislite osobu koja je ostala bez posla. Tad smo počeli da stvaramo tešku staračku populaciju sa ili bez socijalne pomoći ili sa

jako malom penzijom…sve smo to zaboravili. Mnogi ljudi nisu krivi za tu nevolju". Petrov narativ je ličniji. On konstatuje: „Dobio sam otkaz", a potom priča o strategijama koje je koristio kako bi preživio: „Onda sam prodavao maramice, radili smo fizikalije i tako ... snalazili smo se". Međutim, takvi prekarni oblici zarade nisu bili dovoljni, i Petar i njegov brat su uskoro ostali bez krova nad glavom.

Ana i Jovan svoj put ka ekstremnom siromaštvu povezuju sa drugim uzrocima: sa (mentalnom) bolešću, porodičnom disfunkcionalnošću i institucionalnom diskriminacijom. Ana je, dok se nije razboljela, radila kao novinarka, a kada je nastupila bolest, prestala je da radi jer je kako kaže bila „...iscrpljena i psihički i fizički". Roditelji, visokoobrazovani i dobrostojeći ljudi, su je se odrekli, kako ona tvrdi, jer nije ispunila „njihova očekivanja". Bez podrške i prihoda, našla se na ulici. Iskustvo beskućništva opisuje kao „zastrašujuće, teško, ponižavajuće". Ona je živjela kao beskućnica nekoliko mjeseci, da bi potom, zahvaljujući poznanici, bila smještena u ustanovu socijalne zaštite.

Jovan se na ulici našao zbog svoje bolesti, odsustva podrške najbližih u tim trenucima i institucionalnog nasilja. Ta „rodbina sa majčine strane" smatrala je da je on „...lenj, da neću ništa da radim, takve neke budalaštine". Nisu razumjeli da je „prilično ... fizički slab, što bi se reklo kilav" i da ne može da radi. Tek pri regrutaciji za vojsku, ovaj je čovjek bio psihijatrijski opserviran i dali su mu „onako ofrlje" dijagnozu: „da imam najstrašniju psihičku bolest i ubijali su me u pojam". Opisujući proces „dobijanja najgore šifre", ovaj čovjek se naročito osvrće na osjećaj poniženja i delegitimaciju ličnosti koje je doživio. Ispitivali su „da li sam ležao, pa kako nisam, da im

donesem dokumentaciju. Jedna zadrta starija gospođa pitala me, prozivala... *Trebalo bi da odeš na procenu radne sposobnosti.* I onda su me ... Nikakav ozbiljan pregled. Psihijatar me najnekorektnije ispita o generalijama kao da se obraća nekom idiotu. I počne tako nešto da izvodi u tom smislu kako sam ih prevario. Nisam hteo nikog da prevarim. Sad bi možda možda i oštrije odgovorio, da me neko tako prozove. Tad sam bio bogzna kako fin. I na kraju su me najstrašnije nagrdili i rekli da nisam sposoban za rad jer nekom tako odgovara".

Nenad je postepeno padao na marginu zbog porodičnog nasilja i mentalne bolesti sa kojom se suočio relativno rano u životu. Opisuje kako ga je, kada je imao 14 godina, otac nasilnik "isterao iz kuće. Marš napolje! I ja onda na građevinu". Na poslu se nije zadržao jer se „plašio ... visine i onda me gazda otpustio. Nije prošlo mnogo dobijem poziv za vojsku. Odem u Zaječar, ali su me vratili zbog šifre". Potom su mu „oduzeli poslovnu sposobnost". Ostao je prepušten samom sebi, bez porodične podrške, i našao se na ulici.

Radno angažovanje kao strategija suočavanja sa ekstremnim siromaštvom

Radno angažovanje - prodaju časopisa, naši sagovornici opisuju kao ličnu strategiju koja je ublažila njihovu ekstremnu materijalnu oskudicu i unaprijedila svakodnevno funkcionisanje. Zanimljivo je primjetiti da su se u ulozi prodavaca časopisa našli spletom okolnosti i/ili zahvaljujući institucionalnom usmjeravanju. Na primjer, Petar je, dok je radio na ulici – čitaj: prosio, od neke žene dobio vizit kartu. „Pozvala me da dođem u organizaciju i da

prodajem časopis“. On je poziv shvatio ozbiljno i bio visoko motivisan da počne da radi: „Nema problema, doći ću!“, ali je ipak bio zabrinut. Pitao se „ko bi mogao njega da primi da radi i dal' će da me prime“. Na kraju se iznenadio jer su ga oni „lepo... primili”. Ani je sasvim slučajno, na „rođendanskoj žurci jedna osoba ... ponudila da “prodaje časopis, a pomogla joj je i njena „socijalna radnica koja je ocenila da ja mogu više i ja sam počela da radim kao prodavac“. Na sličan način, počeli su da prodaju časopis i ostali. Jovan je za tu mogućnost čuo od svojih poznanika, a zatim se obratio organizaciji, Nemanju je na takvu mogućnost radnog angažovanja uputio psiholog u udruženju korisnika psihijatrijskih usluga čiji je član, a Katarina i Dragana su tražile bilo kakav posao.

Prodaja časopisa na ulici je rijetko dostupna mogućnost za radno angažovanje naših sagovornika, naročito zbog toga što je jednom broju njih poslovna sposobnost oduzeta. S druge strane, nema nikakve sumnje da je rad na prodaji časopisa uspješna strategija za ublažavanje i/ili izlazak iz situacije ekstremne materijalne deprivacije. No, i pored toga njihov radni angažman skopčan je sa nizom neprijatnosti o kojima ovi ljudi otvoreno pričaju.

Iskustvo sa prodajom magazina i odnos Drugih prema njima

Naši sagovornici češće se osvrću na neprijatna, nego na prijatna iskustva na svom radnom mjestu. Svi oni govore o tome da se osjećaju kao da ih Drugi vide kao manje vrijedne. To simboličko isključivanje predstavlja bolno, ponižavajuće iskustvo. Na primjer, Petru naročito teško pada kada ga drugi ignorišu, ili ga optuže da je pripadnik sekte (jer prodaje „ko zna kakav časopis“). Katarina se

buni kada joj pripišu identitet prosjakinje ili varalice “Kao prvo pitaju da l' je bojanka? Kažu mi *Varate narod, bolje da prosiš više bi zaradila“.* Ani smeta kada joj kažu da „neće da radi“ i „da lako dolazi do novca“ stojeći na ulici, a Nenad je siguran da ih prolaznici vide kao manje vrijedne jer znaju da su siromašni. Ana, opisujući porijeklo te distinkcije kaže: „Ko je sposoban da preživi treba da živi, onaj ko nije, on samo smeta“, a Jovan smatra da drugi ljudi njih doživljavaju „kao nižu rasu“. Nenadovo iskustvo je da je „Društvo... surovo“ i da „kad si na ulici, nisi čovek“. Ti drugi „su mnogo veliki, a mi smo mali, mi njih ne zanimamo“ (Nemanja), toliko da ih „ne interesuje da li ti imaš il' nemaš, kako živiš...neće on... To su ljudi nezainteresovani za nas“ (Petar).

Nadalje, svi naši sagovornici prepoznaju da ih Drugi smatraju odgovornima za situaciju u kojoj su se našli. „Ima i onih koji te okrivljuju jer si siromašan“, kaže Nemanja, a na ovu temu Jovan dodaje: „...ako je neko u lošijoj situaciji misle sam je kriv, jer nije sposoban“. Ipak, iako su ova iskustva simboličkog i stvarnog odbacivanja od strane Drugih, upečatljiva, ona naše sagovornike ne spriječavaju da nastave da rade, jer za njih rad ima smisao i značenje.

Smisao i značenje radnog angažmana

Pokazaće se da za naše sagovornike rad ima mnogostruko značenje i važnu ulogu u svakodnevnom životu. Prije svega, rad je način na koji ovi ljudi obezbjeđuju osnovnu koliko-toliko dostojanstvenu egzistenciju. O tome Petar kaže: „Mogu da platim stan, da imam dovoljno za pristojan život, privređujem, imam nešto

novca u novčaniku“, a iz istih razloga rad je važan i Dragani. Takođe, svi naši sagovornici veoma insistiraju na legitimitetu svog angažmana. Na primjer, Nenada svi u glas ispravljaju kada kaže da on „uvaljuje“ časopis. Oni poručuju da časopis ne uvaljuju, već da rade/prodaju *LiceUlice.*

Osim u pogledu sticanja prihoda, rad za ove ljude ima i važno mjesto prilikom osmišljavanja svakodnevnih aktivnosti. Rad je zapravo ključni aspekt svakodnevice oko koje se pletu sve ostale dnevne rutine. Tako Ana kaže da zahvaljujući radnom angažmanu ima zbog čega ujutru da ustane iz kreveta, da izađe iz sobe. Rad na prodaji časopisa omogućava joj da „promeni sredinu u kojoj je, da bude među ljudima“. Drugim riječima, rad ovoj ženi pruža mogućnost da svoj dan strukturiše na smislen način zbog čega se osjeća kao „aktivan učesnik života“.

Za naše sagovornike rad predstavlja i potvrdu vlastite vrijednosti i identiteta. Zahvaljujući radnom angažovanju, oni počinju da prihvataju sebe bez stida zbog mentalne bolesti i siromaštva. Za Jovana to što radi potvrda je lične vrijednosti. On radeći osporava sebi pripisanu karakteristiku da je lijen, duševno obolio, nekoristan čovjek, dok je za Anu to što radi važno jer se osjeća „kao da je živa, a ne u čekaonici smrti“. Nenad kroz rad na svoj identitet duševno oboljelog čovjeka dodaje još neke identitetske niti. On je proaktivan i borben. Dragani rad donosi osjećanje kompetentnosti i samopouzdanja. Ova je žena sebi postavila neke ciljeve, osmislila poslovnu strategiju „Posvetim se svakoj osobi“, i sada sebe vidi kao korisnog člana društva.

Nadalje, rad je značajan za ove ljude jer nudi prostor za društvenu interakciju. Naši sagovornici svakodnevno dolaze u kontakt sa kupcima časopisa, prolaznicima, prijateljima, drugim prodavcima, ljudima iz različitih društvenih grupa: bogatima – tašna-mašna, kako ih naziva Petar, i siromašnima. Rad ih ponovo povezuje sa društvom. Na primjer, za Nemanju, hronično oboljelog čovjeka koji sa dijagnozom mentalne bolesti i posljedičnom socijalnom izolacijom, živi više od polovine svog života, rad na ulici je način da osjeti da je viđen i da ga drugi ljudi prihvataju.

Naši sagovornici rad opisuju kao iskustvo koje za njih ima psihološki i emocionalni značaj. O tome posebno rječito govori Ana. Ona kaže da je to što je radno angažovana razlog zbog kojeg ustaje iz kreveta ujutru, a „depresivni ljudi vole krevet, vole da leže“. To što ona kao „psihijatrijski pacijent i socijalni slučaj“, kako sama sebe opisuje, radi, daje joj osjećaj da se nešto dešava, da je živa, „mentalne potrebe zadovoljavam“. Katarini činjenica da radi, omogućava da ima „malo više samopouzdanja“, a na sličan način na ovu temu razmišlja i Nemanja. Svoj radni dan opisuje ovako: „Sav izluđen dođem na posao, dođem do radnog mesta. Naiđem na samog sebe, na unutrašnje ludilo. Bude mi teško. Muče me strahovi i nervoze...a onda kad krene prodaja, naiđe raspoloženje “.

Umjesto zaključka

Siromaštvo i mentalna bolest često su međusobno povezani, a odgovor na pitanje šta čemu prethodi, u sebi sadrži i sjeme stereotipa o ljudima na margini (Ljubičić & Dragišić Labaš, 2024). Naime, još davnih 1960. godina Lewisova teorija o kulturi

siromaštva opisala je niz manjkavosti siromašnih, i pripisala im odgovornost za takvu društvenu poziciju.

U društveno-političkom kontekstu u kojem je teorija nastala, nije iznenađujuće što je stekla značajnu naučnu popularnost, no čudi sljedeće. Riječ je o tome da savremeni koncepti o siromaštvu podvlače i sistemske uzroke materijalne deprivacije, ukazujući istovremeno na potrebu da se zaštite ljudska prava onih na margini, ali u praksi malo šta se mijenja. Siromaštvo se ne smanjuje, i pored (deklarativnih?) strategija i politika vlada brojnih zemalja koje ciljaju na vulnerabilnu populaciju (djecu, stare, mentalno oboljele...), ono se nadvija nad sjenkom bogatstva (Brikner, 2013). U neoliberalnim društvima biti siromašan očekivan je ishod životnih okolnosti, kakva je npr. mentalna bolest, i/ili gubitak nesigurnog posla, a kada se jednom uđe u tabor gubitnika (Љубичић, 2014) iz njega je gotovo nemoguće izaći. Konačno, takva pozicija ne podrazumijeva samo gubitak društvene podrške, već i nametanje statusa Drugog, nevažnog, beskorisnog.

Nalazi našeg istraživanja otvaraju pitanje opravdanosti pretpostavke da su siromašni naviknuti na nasilje, ponižavanje i patnju, da su pasivni i da se s nebrigom odnose prema svojoj životnoj situaciji. Čini se ipak da oni svoju ličnu i društvenu poziciju ne smatraju normalnom niti podnošljivom, a jedan broj autora ukazuje da imaju aktivan odnos prema svojim životnim nedaćama.

Upravo o tome su govorili i naši sagovornici. Opisujući svoje trajektorije ka društvenoj margini, govorili su i o ličnim strategijama ili načinima snalaženja u situaciji ekstremnog siromaštva, koji su

uključivali i neformalno radno angažovanje, i razotkrili kakvo značenje rad za njih ima. Ono je višestruko: materijalno, identitetsko, društveno. To je način suprotstavljanja osjećanju društvene bezvrijednosti, iskustvima brojnih poniženja, i mehanizam re-konstrukcije dostojanstva i identiteta. Mogli bismo reći: rad predstavlja strategiju kojom ljudi marginalizovani zbog siromaštva i mentalne bolesti pokušavaju da ponovo uspostave društvenu pripadnost, iako stigma i socijalno odbacivanje ne nestaju.

Literatura

Bhui, K., Shanahan, L., & Harding, G. (2006). Homelessness and mental illness: A literature review and a qualitative study of perceptions of the adequacy of care. International *Journal of Social Psychiatry*, 52(2), 152-165.

Bretherton, J., & Pleace, N. (2019). Is work an answer to homelessness?: Evaluating an employment programme for homeless adults. *European Journal of Homelessness*, 13(1), 59-83.

Brikner, P. (2013). *Beda prosperiteta: Tržište kao religija i njegovi neprijatelji*. Beograd: Službeni glasnik.

Carbonell Á, Navarro-Pérez J-J, Mestre M-V. Challenges and barriers in mental healthcare systems and their impact on the family: A systematic integrative review. *Health Soc Care Community*. 2020; 28: 1366–1379. https://doi.org/10.1111/hsc.12968

de Medina-Moragas, A.J., Lima-Serrano, M., Fernández-Fernández, M.J. et al. Quality of life of individuals with serious mental illness and family caregivers. *Curr. Psychol.,* 43, 21756–21767 (2024). https://doi.org/10.1007/s12144-024-05961-2

Druss, B. G. (2007). Improving medical care for persons with serious mental illness: challenges and solutions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(4), 40.

Historical Poverty Tables: People and Families - 1959 to 2024 (2025). https://www.census.gov/data/tables/time-series/demo/income-poverty/historical-poverty-people.html

Beskućništvo. https://adra.org.rs/programi/beskucnistvo/

Soucy, D., Hall, A., MosesState, J. (2025., September 4). *State of Homelessness: 2025 Edition*. https://endhomelessness.org/state-of-homelessness/.

Johnson, G., & Chamberlain, C. (2011). Are the homeless mentally ill?. *Australian Journal of Social Issues,* 46(1), 29-48.

Jovanović, V., Gavrilov-Jerković, V., Žuljević, D., i sar. (2023). *Mentalno zdravlje u Srbiji: Procena potreba, faktora rizika i barijera u dobijanju stručne podrške*. Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH i PIN – Psihosocijalne inovacione mreže. https://pin.org.rs/wp-content/uploads/2023/02/PROCENA-POTREBA-FAKTORA-RIZIKA-I-BARIJERA-U-DOBIJANJU-STRUCNE-PODRSKE-5.pdf

Kecmanović, D. (2010). *Očima psihijatra*. Beograd: Clio.

Kerman, N., & Stergiopoulos, V. (2024). Addressing health needs in people with mental illness experiencing homelessness. *Nature Mental Health*, 2(4), 354-366.

Љубичић, М. (2014). Виктимизација и сиромаштво: О жртвама и жртвовањима у Србији. *Социолошки преглед*, 48 (4), 565–582.

Ljubičić, M. M. (2022). Beskućnici u savremenom društvu: između ignorisanja i (zločina) mržnje“. U: *Zbornik radova Govor mržnje*. Novi Sad: Pokrajinski zaštitnik građana – ombudsman i Institut za kriminološka i sociološka istraživanja, str. 27–40.

Ljubičić, M., & Dragišić Labaš, S. (2024). O teorijama, politici i praksi borbe protiv siromaštva. U: *Ne nasilju kroz sistem društvenih vrednosti i kulture* (str. 195–204). Banja Luka: Centar modernih znanja.

Ljungqvist, I., Topor, A., Forssell, H., Svensson, I., & Davidson, L. (2016). Money and mental illness: A study of the relationship between poverty and serious psychological problems. *Community mental health journal*, 52(7), 842-850.

Nicaise, P., Giacco, D., Soltmann, B., Pfennig, A., Miglietta, E., Lasalvia, A., ... & Lorant, V. (2020). Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: A comparison of five European countries. *Health policy*, 124(1), 25-36.

Poremski, D., Distasio, J., Hwang, S. W., & Latimer, E. (2015). Employment and income of people who experience mental illness and homelessness in a large Canadian sample. The Canadian Journal of Psychiatry, 60(9), 379-385.

Poverty and Inequality (2025). https://thedocs.worldbank.org/en/doc/229ff18129687a785f08af7cfb28e5e1-0350012025/original/WBG-Poverty-and-Inequality-Update-Fall-2025.pdf.

Scott, J. (1993). Homelessness and mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 162(3), 314-324.

Shaheen, G., & Rio, J. (2007). Recognizing work as a priority in preventing or ending homelessness. *The journal of primary prevention*, 28(3), 341-358.

Steen, A., Mackenzie, D., & McCormack, D. (2012). *Homelessness and unemployment: understanding the connection and breaking the cycle*. Hawthorn: Swinburne Institute for Social Research, 110-20.

Sullivan, G., Burnam, A., & Koegel, P. (2000). Pathways to homelessness among the mentally ill. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35(10), 444-450.

Sullivan, G., Burnam, A., Koegel, P., & Hollenberg, J. (2000). Quality of life of homeless persons with mental illness: Results from the course-of-homelessness study. *Psychiatric Services*, 51(9), 1135-1141.

Sylvestre, J., Notten, G., Kerman, N., Polillo, A., & Czechowki, K. (2018). Poverty and serious mental illness: Toward action on a seemingly intractable problem. *American journal of community psychology,* 61(1-2), 153-165.

Wilton, R. (2004). Putting policy into practice? Poverty and people with serious mental illness. *Social Science & Medicine*, 58(1), 25-39.

Mental disorders. (2025, September 30). World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders.

https://doi.org/10.47152/psihsoc2026.6

Vida Vilić*
Klinika za dentalnu medicinu Niš

PSIHOSOCIJALNA ADAPTACIJA OSOBA SA ZDRAVSTVENIM POTEŠKOĆAMA U KONTEKSTU ANTIDISKRIMINACIONIH PROPISA I JEDNAKOG PRISTUPA STOMATOLOŠKIM USLUGAMA

Predmet rada je psihosocijalna adaptacija osoba sa zdravstvenim poteškoćama u kontekstu antidiskriminacionih propisa i jednakog pristupa stomatološkim uslugama. Psihosocijalna adaptacija podrazumeva proces prevazilaženja stigmatizacije, jačanja samopouzdanja i integracije u društvo, dok antidiskriminacioni zakoni obezbeđuju pravni okvir za ravnopravan tretman svih pacijenata. U radu su analizirani relevantni međunarodni i nacionalni propisi koji garantuju zabranu diskriminacije, kao i praktične prepreke koje se javljaju u stomatološkoj praksi – arhitektonske, komunikacione i organizacione barijere. Poseban akcenat stavljen je na značaj univerzalnog dizajna, edukaciju stomatologa i primere dobre prakse koji doprinose inkluzivnom zdravstvenom sistemu.

Psihosocijalna adaptacija osoba sa zdravstvenim poteškoćama ne može se posmatrati odvojeno od društvenog i pravnog okvira u kojem se odvija. Stomatološke usluge, kao deo opšte zdravstvene zaštite, moraju biti dostupne svima, bez obzira na fizičke, psihičke ili socijalne poteškoće. Diskriminacija u pristupu zdravstvenim uslugama, pa samim tim i stomatološkim, predstavlja ozbiljnu prepreku integraciji i očuvanju kvaliteta života ovih osoba. Antidiskriminacioni propisi i zakoni o pravima pacijenata

* E-mail: vila979@gmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0003-1413-4037

postavljaju temelje za jednak tretman, ali njihova primena u praksi zahteva stalnu kontrolu, edukaciju zdravstvenih radnika i podizanje svesti javnosti. Psihosocijalna adaptacija osoba sa zdravstvenim poteškoćama zavisi od uklanjanja diskriminacionih barijera i obezbeđivanja jednakog pristupa stomatološkim uslugama, čime se ostvaruje pravo na zdravlje i unapređuje kvalitet života.

Ključne reči: *psihosocijalna adaptacija, zdravstvene poteškoće, antidiskriminacioni propisi, prava pacijenata, stomatološke usluge.*

Uvod

Psihosocijalna adaptacija osoba sa zdravstvenim poteškoćama predstavlja složen proces u kojem pojedinci nastoje da se uključe u društvene tokove, prevaziđu stigmatizaciju i ostvare ravnopravan pristup osnovnim životnim i zdravstvenim uslugama. Ovaj proces nije samo individualni izazov, već i društvena obaveza – jer način na koji zajednica reaguje na potrebe osoba sa poteškoćama direktno utiče na njihovu integraciju i kvalitet života.

Jedan od ključnih segmenata zdravstvene zaštite jeste stomatologija, koja ima značajnu ulogu u očuvanju opšteg zdravlja i socijalne dobrobiti. Međutim, osobe sa invaliditetom ili hroničnim bolestima često se suočavaju sa brojnim barijerama: od arhitektonske nepristupačnosti ordinacija, preko nedostatka prilagođene opreme, do nedovoljne edukacije zdravstvenih radnika o specifičnim potrebama ovih pacijenata. Takve prepreke ne samo da otežavaju pristup uslugama, već mogu dovesti i do osećaja diskriminacije i socijalne izolacije.

Upravo zato, antidiskriminacioni propisi i zakoni o pravima pacijenata imaju presudnu ulogu u obezbeđivanju jednakog tretmana. Oni postavljaju pravni okvir koji garantuje da svaka osoba, bez obzira na zdravstveno stanje, ima pravo na dostojanstven i ravnopravan pristup stomatološkim uslugama. Povezivanje ovih zakonskih normi sa psihosocijalnom adaptacijom otvara prostor za razmatranje kako društvo može da doprinese osnaživanju pacijenata, smanjenju stigme i stvaranju inkluzivnog zdravstvenog sistema.

Cilj ovog rada je da se sagleda značaj psihosocijalne adaptacije osoba sa zdravstvenim poteškoćama u kontekstu antidiskriminacionih propisa, sa posebnim osvrtom na jednak pristup stomatološkim uslugama. Time se ukazuje na potrebu da se zdravstvena zaštita posmatra ne samo kao medicinski, već i kao socijalni i pravni fenomen, koji oblikuje kvalitet života i društvenu integraciju pojedinaca.

Normativni antidiskriminacioni okvir

Evropska konvencija o ljudskim pravima i osnovnim slobodama (Rimska konvencija) od 04.11. 1950. godine[43] (Council of Europe, 1950) u članu 14 garantuje da se "uživanje prava i sloboda predviđenih u ovoj Konvenciji obezbeđuje bez diskriminacije po bilo kom osnovu, kao što su pol, rasa, boja kože, jezik, veroispovest,

[43] Orginalni tekst Konvencije je promenjen u skladu sa Protokolom br. 3 (ETS N0. 45 – stupio na snagu 21. septembra 1970). Protokol br. 5 (ETS No.55 – stupio na snagu 20. decembra 1971.) i Protokolom br.8 (EZS No 118 – stupio na snagu 1. januara 1990.). Tekst Konvencije takođe sadrži i tekst Protokola br.2 (ETS No. 44) koji je, na osnovu svog člana 5. st. 3, postao integralni deo Konvencije od momenta stupanja na snagu 21. septembra 1970. godine.

političko ili drugo mišljenje, nacionalno ili socijalno poreklo, veza s nekom nacionalnom manjinom, imovno stanje, rođenje ili drugi status", što je potencirano i čl. 1 Protokola 12 uz Konvenciju (Council of Europe, 2000/2003, čl. 1). Republika Srbija je Ratifikovala Konvenciju 2003.godine.[44]

Direktiva Saveta Evrope 2000/78/EC od 27. novembra 2000 – Opšti okvir za ravnopravni tretman u zapošljavanju i profesiji (Council of the European Union, 2000) uspostavlja opšti okvir za jednak tretman pri zapošljavanju i radu, što posredno utiče i na ostvarivanje prava na zdravstveno osiguranje. Tačka 11 Direktive navodi da diskriminacija zasnovana na religiji ili verovanju, invaliditetu, starosti ili seksualnoj orjentaciji može podriti ostvarenje ciljeva Ugovora Evropske zajednice, a naročito postizanje visokog nivoa zapošljavanja i socijalne zaštite, povećanje životnog standarda i kvaliteta života, ekonomske i socijalne kohezije i solidarnosti i slobodnog kretanja ljudi, dok Tačka 12 izričito zabranjuje bilo koji oblik ovakve diskriminacije.

Zakonom o potvrđivanju konvencije o pravima osoba sa invaliditetom45 Republika Srbija je ratifikovala Konvenciju UN o pravima osoba sa invaliditetom iz 2006. godine (Council of Europe, 2006) i na ovaj način pravno stvorila okvir za garantovanje jednakog pristupa zdravstvenim uslugama. U čl.2 Konvencije, "Diskriminacija po osnovu invalidnosti" se definiše kao "svako pravljenje razlike, isključivanje ili ograničavanje po osnovu invalidnosti čiji cilj ili

[44] Sl. list SCG - Međunarodni ugovori", br. 9/2003, 5/2005 i 7/2005 - ispr. i "Sl. glasnik RS - Međunarodni ugovori", br. 12/2010 i 10/2015

[45] Službeni glasnik RS – Međunarodni ugovori, broj 42/09

posledica jeste ograničavanje ili poništavanje priznanja, uživanja ili sprovođenja svih ljudskih prava i osnovnih sloboda u oblastima politike, ekonomije, socijalnih, kulturnih, građanskih prava i bilo kojoj drugoj oblasti." Diskriminacija takođe obuhvata i sve oblike diskriminacije, uključujući uskraćivanje razumnih adaptacija, u smislu "neophodnih i odgovarajućih modifikacija i prilagođavanja koje ne predstavljaju nesrazmeran ili neprimeren teret a potrebne su u konkretnim slučajevima kako bi se osobama sa invaliditetom garantovalo uživanje ili ostvarivanje svih ljudskih prava i osnovnih sloboda na jednakim osnovama" (*Ibid.*)

Kada je u pitanju garantovanje zdravstvene zaštite osobama sa bilo kakvom vrstom invaliditeta, Konvencija u čl.25 nalaže državama potpisnicama da osobama sa invaliditetom omoguće pravo na uživanje najvišeg mogućeg standarda zdravlja bez diskriminacije po osnovu invalidnosti i da moraju da preduzmu sve odgovarajuće mere kako bi osigurale pristup zdravstvenim i uslugama rehabilitacije vezanim za zdravstvenu zaštitu, koje će voditi računa o rodnim aspektima. (*Ibid., str.16*) Između ostalog, Konvencija zahteva od zdravstvenih radnika da se osobama sa invaliditetom pruža zdravstvena zaštita istog kvaliteta koja se pruža i ostalim licima, da se utiče na stalno podizanje nivoa svesti zdravstvenih radnika o ljudskim pravima, dostojanstvu, autonomiji i potrebama osoba sa invaliditetom kao i da se spreči diskriminatorno uskraćivanje zdravstvene zaštite, zdravstvenih usluga, hrane ili tečnosti na osnovu invalidnosti. (*Ibid., str.16-17*)

Nacionalni pravni okvir kojim se garantuje zabrana diskriminacije na osnovu invaliditeta ili zdravstvenog stanja se može

sagledati kroz **Zakon o zabrani diskriminacije**[46] i **Zakon o pravima pacijenata**[47].

Zakon o zabrani diskriminacije u čl.2 pod izrazima "diskriminacija" i "diskriminatorsko postupanje" označava svako neopravdano pravljenje razlike ili nejednako postupanje, odnosno propuštanje (isključivanje, ograničavanje ili davanje prvenstva), u odnosu na lica ili grupe kao i na članove njihovih porodica, ili njima bliska lica, na otvoren ili prikriven način, a koji se zasniva na rasi, boji kože, precima, državljanstvu, nacionalnoj pripadnosti ili etničkom poreklu, jeziku, verskim ili političkim ubeđenjima, polu, rodu, rodnom identitetu, seksualnoj orijentaciji, polnim karakteristikama, nivoom prihoda, imovnom stanju, rođenju, genetskim osobenostima, zdravstvenom stanju, invaliditetu, bračnom i porodičnom statusu, osuđivanosti, starosnom dobu, izgledu, članstvu u političkim, sindikalnim i drugim organizacijama i drugim stvarnim, odnosno pretpostavljenim ličnim svojstvima. Diskriminacija može biti neposredna i posredna diskriminacija, odnosno može se realizovati kroz povredu načela jednakih prava i obaveza, pozivanje na odgovornost, udruživanje radi vršenja diskriminacije, govor mržnje, uznemiravanje, ponižavajuće postupanje i polno i rodno uznemiravanje i navođenje na diskriminaciju. Neposredna diskriminacija (čl.6) postoji ako se lice ili grupa lica, zbog njegovog odnosno njihovog ličnog svojstva u istoj ili sličnoj situaciji, bilo kojim aktom, radnjom ili propuštanjem, stavljaju ili su stavljeni u nepovoljniji položaj, ili bi mogli biti stavljeni

[46] Sl. glasnik RS", br. 22/2009 i 52/2021
[47] Sl. glasnik RS", br. 45/2013 i 25/2019 - dr. zakon

u nepovoljniji položaj, a posredna diskriminacija (čl. 7) postoji ako na izgled neutralna odredba, kriterijum ili praksa lice ili grupu lica stavlja ili bi mogla staviti, zbog njihovog ličnog svojstva, u nepovoljan položaj u poređenju sa drugim licima u istoj ili sličnoj situaciji, osim ako je to objektivno opravdano legitimnim ciljem, a sredstva za postizanje tog cilja su primerena i nužna.

Zakon u čl. 26 se posebno osvrće na osobe sa invaliditetom, određujući da "diskriminacija postoji ako se postupa protivno načelu poštovanja jednakih prava i sloboda osoba sa invaliditetom u političkom, ekonomskom, kulturnom i drugom aspektu javnog, profesionalnog, privatnog i porodičnog života." Zakon direktno zabranjuje diskriminaciju lica ili grupe lica s obzirom na njihovo zdravstveno stanje (čl.27), a naročito "ako se licu ili grupi lica zbog njihovih ličnih svojstava neopravdano odbije pružanje zdravstvenih usluga, postave posebni uslovi za pružanje zdravstvenih usluga koji nisu opravdani medicinskim razlozima, odbije postavljanje dijagnoze i uskrate informacije o trenutnom zdravstvenom stanju, preduzetim ili nameravanim merama lečenja ili rehabilitacije, kao i uznemiravanje, vređanje i omalovažavanje u toku boravka u zdravstvenoj ustanovi".

Zakon o pravima pacijenata pacijentima garantuje "jednako pravo na kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu u skladu sa njegovim zdravstvenim stanjem, opšteprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima, u najboljem interesu pacijenta i uz poštovanje njegovih ličnih stavova." (čl. 3) Odnos između pružalaca zdravstvenih usluga i pacijenata treba da se zasniva na partnerskom odnosu pacijenta kao primaoca zdravstvenih usluga i

zdravstvenog radnika/saradnika kao davaoca zdravstvenih usluga, jer treba da podrazumeva uzajamno poverenje i poštovanje na svim nivoima zdravstvene zaštite.

Poseban deo zakona (čl.6-31) predviđa obavezna prava pacijenata, poput prava na dostupnost zdravstvene zaštite, prava na informacije o zdravstvenom stanju, prava na preventivne mere, prava na kvalitet pružanja zdravstvene usluge, prava na bezbednost pacijenta, prava na obaveštenje, prava na slobodan izbor, prava na drugo stručno mišljenje, prava na privatnost i poverljivost ličnih informacija poverenih zdravstvenom radniku, prava na pristanak, prava na uvid u medicinsku dokumentaciju, prava na poverljivost podataka o zdravstvenom stanju pacijenta, prava pacijenta koji učestvuje u medicinskom istraživanju, prava pacijenta da na sopstvenu odgovornost napusti stacionarnu zdravstvenu ustanovu, prava na olakšavanje patnji i bola, prava na poštovanje pacijentovog vremena, prava na prigovor, prava na naknadu štete.

Svaki pacijent ima pravo na dostupnu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu, u skladu sa svojim zdravstvenim stanjem, a u granicama materijalnih mogućnosti sistema zdravstvene zaštite. U postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite, pacijent ima pravo na jednak pristup zdravstvenoj službi, bez diskriminacije u odnosu na finansijske mogućnosti, mesto stanovanja, vrstu oboljenja, vreme pristupa zdravstvenoj službi ili u odnosu na neku drugu različitost koja može da bude uzrok diskriminacije.

Psihosocijalna adaptacija osoba sa zdravstvenim poteškoćama i pravo na značaj jednakog pristupa zdravstvenim uslugama

Psihosocijalna adaptacija je važan konceptualni termin koji u oblasti zdravstva nije jasno definisan. U psihosocijalnoj adaptaciji, novi životni uslovi služe kao prethodnici, dok su posledice dobri ili loši ishodi. (Londono & McMillan, 2015) Posmatrano u najširem smislu, psihosocijalna adaptacija (prilagođavanje) predstavlja složen proces prilagođavanja pojedinca, u ovom slučaju osobe sa zdravstvenim poteškoćama, društvenom, porodičnom i profesionalnom okruženju. Proces prilagođavanja se odnosi na proces kojim se pojedinci mentalno i socijalno prilagođavaju promenama, stresovima ili novim životnim okolnostima, poput bolesti ili povrede, i podrazumeva razvoj strategija suočavanja i otpornosti kako bi se održao ili povratio kvalitet života i blagostanje. (StudySmarter, 2024). Psihosocijalna adaptacija može da se odnosi na emocionalnu i socijalnu sposobnost promene i prilagođavanja novom okruženju. (Livneh & Antonak, 2005, str. 12).

Kada je reč o zdravstvenom stanju osobe i adaptaciji na novonastali invaliditet ili hroničnu bolest, mnogi faktori međusobno deluju i stvaraju dubok uticaj na kvalitet života. Neki od najbitnijih faktora uključuju stepen funkcionalnih ograničenja, ometanje sposobnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti i životnih uloga, neizvesnu prognozu, produženi tok medicinskog lečenja i rehabilitacionih intervencija, psihosocijalni stres povezan sa samom traumom ili procesom bolesti, uticaj na porodicu i prijatelje i trajne

finansijske gubitke (npr. smanjeni prihodi, povećani medicinski računi) gemini

Ključni aspekti psihosocijalne adaptacije najčešće mogu da podrazumevaju: (1) **proces prilagođavanja**, jer adaptacija nije statično stanje već dinamičan proces koji obuhvata fizičko i psihosocijalno funkcionisanje organizma; (2) **odgovor na stres**, jer ovaj proces podrazumeva strategije koje pojedinac koristi da odgovori na stresne situacije, transformišući te stresove u adaptivne životne strategije a ne u patologiju; (3) **socijalne karakteristike,** u smislu sposobnosti formiranja međuljudskih odnosa; (4) **problemi u adaptaciji**, koji se mogu ispoljiti kao neprijatni doživljaji i poteškoće u funkcionisanju, posebno u novim, nepoznatim ili tuđim sredinama; (5) **personalne adaptacije**, jer svaka osoba razvija jedinstvenu kombinaciju adaptacija, uključujući one za preživljavanje i za lični identitet.

Jednak pristup zdravstvenim uslugama predstavlja jedno od osnovnih ljudskih prava. Pravo na zdravlje ne podrazumeva samo odsustvo bolesti, već i mogućnost da svaki pojedinac, bez obzira na socijalni status, pol, rasu ili invaliditet, dobije adekvatnu medicinsku pomoć i podršku. Time se obezbeđuje dostojanstven život i ostvarivanje drugih ljudskih prava.

U praksi, jednak pristup zdravstvenim uslugama znači da svi građani imaju pravo na preventivnu zaštitu, lečenje i rehabilitaciju pod jednakim uslovima. Ovaj princip je posebno važan za ranjive grupe, poput osoba sa invaliditetom, starijih, siromašnih ili pripadnika manjinskih zajednica, koje se često suočavaju sa

diskriminacijom i sistemskim barijerama. Nedostatak jednakog pristupa dovodi do produbljivanja socijalnih nejednakosti, marginalizacije i ugrožavanja osnovnog prava na život, dok, sa društvenog aspekta, univerzalna zdravstvena zaštita doprinosi socijalnoj pravdi i solidarnosti.

Diskriminacija u kontekstu dostupnosti zdravstvenih usluga i pristupa zdravstvenom sistemu otežava psihosocijalnu adaptaciju i dovodi do socijalne izolacije, jer psihosocijalna adaptacija podrazumeva i proces prilagođavanja osoba sa zdravstvenim poteškoćama društvenim normama, očekivanjima i svakodnevnim izazovima. Stomatološke usluge su deo opšte zdravstvene zaštite i moraju biti jednako dostupne svima.

Država i zdravstveni sistem imaju obavezu da stomatološke usluge učine dostupnim svima – kroz javne programe, preventivne kampanje i uklanjanje prepreka koje stoje na putu ranjivim grupama. Diskriminacija u stomatološkim uslugama može da se ogleda u postojanju *arhitektonskih barijera* jer stomatološke ordinacije često nisu dostupne osobama sa invaliditetom; *komunikacionih barijera*, jer postoji nedovoljna edukacija stomatologa o radu sa osobama sa oštećenjem sluha ili govora ili otežanom saradnjom; *organizacionih barijera*, kroz nedovoljno vremena i strpljenja za pacijente sa složenim zdravstvenim potrebama.

Prilikom stomatološkog zbrinjavanja osoba sa zdravstvenim poteškoćama uvek treba voditi računa o psihosocijalnoj dimenziji i kompleksnosti sadejstva zdravstvenih problema kod ovih pacijenata. Osobe sa zdravstvenim poteškoćama često se

suočavaju sa stigmatizacijom i osećajem isključenosti, što može izazvati osećaj manje vrednosti i anksioznost, pa zbog toga psihosocijalna adaptacija mora da podrazumeva i osnaživanje pacijenata da aktivno učestvuju u donošenju odluka o svom zdravlju. Jačanju samopouzdanja pomažu i posebni vidovi psihosocijalne podrške poput radne terapije, savetovanja, podrške zajednice, koji mogu da doprinesu do smanjenju socijalne izolacije i bolje psihosocijalne adaptacije. Podrška porodice, zajednice i stručnjaka pomaže u jačanju samopouzdanja.

Jednak pristup stomatološkim uslugama u praksi i diskriminacija prilikom pružanja stomatoloških usluga

Prema podacima Republičkog zavoda za statistiku iz Popisa stanovništva 2022. godine, oko 12% stanovništva Srbije starog dve i više godina ima neki oblik invaliditeta (*Republički zavod za statistiku, 2022*). Najčešći problemi su poteškoće sa hodom i penjanjem stepenicama, zatim sa vidom i sluhom, kao i poteškoće u obavljanju osnovnih aktivnosti svakodnevnog života. U Nišu, kao i u celoj Srbiji, svaka osma osoba živi sa nekim oblikom invaliditeta, što je činjenica koja treba da bude osnova za razvoj inkluzivnih politika i poboljšanje kvaliteta života osoba sa invaliditetom. (*Republički zavod za statistiku, 2022*).

Prema Situacionoj analizi o položaju osoba sa invaliditetom u Srbiji iz 2023. godine, osobe sa invaliditetom u Srbiji se i dalje suočavaju sa značajnim barijerama u pristupu zdravstvenim uslugama, a najčešće prepreke su arhitektonska nepristupačnost zdravstvenih ustanova, nedostatak prilagođene opreme i

nedovoljna edukacija zdravstvenih radnika o specifičnim potrebama pacijenata. (*IZ KRUGA – Portal o invalidnosti, 2023*). Situaciona analiza iz 2023. godine, koju su validirali UN agencije i Nacionalna organizacija osoba sa invaliditetom Srbije, pokazala je da osobe sa invaliditetom u Srbiji i dalje imaju značajne barijere u pristupu zdravstvenim uslugama uprkos zakonskim okvirima i međunarodnim obavezama, uključujući nedostatak kapaciteta institucija i jaz između politika i prakse (*Ibid.*). Glavni problemi su nedostatak institucionalnih kapaciteta, nepristupačnost zdravstvenih ustanova i nedovoljna participacija osoba sa invaliditetom u donošenju odluka. Neki od osnovnih ključnih nalaza iz Situacione analize odnose se na:

- Nedostatak u institucionalnim kapacitetima: Državni akteri, uključujući Republički fond za zdravstveno osiguranje i Institut za mentalno zdravlje, nemaju dovoljno kapaciteta da sprovedu obaveze iz Konvencije UN o pravima osoba sa invaliditetom.

- Jaz između politika i prakse: Postoji nesklad između zakonskih okvira i stvarne primene. Osobe sa invaliditetom se često posmatraju kao korisnici socijalne zaštite, a ne kao nosioci ljudskih prava.

- Nedovoljna reprezentacija: Savet za prava osoba sa invaliditetom ima samo 7 predstavnika organizacija osoba sa invaliditetom od ukupno 26 članova, što ukazuje na slabu participaciju.

- Pristup zdravstvenim uslugama: Analiza je pokazala da osobe sa invaliditetom nailaze na prepreke u korišćenju zdravstvenih

usluga, uključujući arhitektonsku nepristupačnost, nedostatak specijalizovanih usluga i nedovoljnu obuku zdravstvenih radnika.

U Nišu postoje i neki primeri dobrih praksi koje su istaknute u Situacionoj analizi a koji se odnose na *poboljšavanje pristupačnosti prilaza zdravstvenim uslugama* (u nekoliko zdravstvenih ustanova u Nišu postavljene su rampe i prilagođeni toaleti, što je deo lokalnog projekta za unapređenje fizičke pristupačnosti), *formiranje mobilnih timova za podršku* (Grad Niš je u saradnji sa organizacijama osoba sa invaliditetom pokrenuo inicijativu mobilnih timova koji pružaju osnovne zdravstvene usluge u zajednici, posebno osobama koje teško dolaze do ustanova), *organizovanje i održavanje obuka za medicinsko osoblje* (Univerzitetski Klinički centar Niš je u okviru pilot programa organizovao radionice za lekare i medicinske sestre o komunikaciji i radu sa osobama sa invaliditetom), *ostvarivanje boljeg partnerstva između zdravstvenih ustanova i organizacija civilnog društva* (organizacije poput Udruženja osoba sa invaliditetom Niš aktivno učestvuju u kreiranju lokalnih akcionih planova za zdravstvo i socijalnu inkluziju), *razvijanje projekata digitalne pristupačnosti* (pokrenuti su projekti za prilagođavanje zdravstvenih informacija osobama sa oštećenjem vida i sluha, npr. audio materijali i tumači za znakovni jezik).

Pored poštovanja antidiskriminacionih normativnih garancija kada je u pitanju pristup zdravstvenoj zaštiti, koji je naglasio zabranu postojanja kako direktne (odbijanje usluge) tako i indirektne (nedostatak prilagođenih uslova) diskriminacije, obaveza je zdravstvenih ustanova da obezbede dostupnost pristupa svim

pacijentima, uključujući arhitektonsku dostupnost, prilagođene procedure i načine komunikacije.

Moderne zdravstvene ustanove moraju da poštuju princip univerzalnog dizajna, što znači da ambulante, ordinacije i oprema moraju biti prilagođene svim pacijentima, pa i osobama sa zdravstvenim poteškoćama i/ili invaliditetom. Stomatološke ambulante i ordinacije često nisu prilagođene osobama sa smetnjama u kretanju (npr. nemogućnost nesmetanog fizičkog pristupa, nedostatak specijalizovane opreme i mobilnih stomatoloških jedinica). Kako bi bili senzibilisani za razumevanje osoba sa zdravstvenim poteškoćama i za rad sa njima, neophodna je stalna edukacija stomatologa, ne samo u smislu pružanja zdravstvene stomatološke usluge, već i obavezne obuke o adekvatnom načinu komunikacije i radu sa ovom kategorijom vulnerabilnih pacijenata (npr. osobe koje se slabo kreću, osobe sa oštećenjem sluha, pacijenti sa neurološkim oštećenjima i sl.).

U cilju boljeg saznavanja potreba različitih kategorija osoba sa zdravstvenim poteškoćama, Stomatološka komora Srbije kao strukovno udruženje stomatologa neophodno je da uspostavi saradnju sa udruženjima pacijenata, kako bi imali stalni uvidu problem sa kojima se ove kategorije pacijenata susreću prilikom dolaska u zdravstvenu ustanovu i prilikom pružanja stomatoloske zdravstvene zaštite. Takođe, u saradnji bi mogli da iniciraju kod nadležnih Ministarstava i zdravstvenih fondova mogućnost uvođenja određenih subvencionisanih usluga za ugrožene grupe pacijenata.

Diskriminacija u stomatološkim uslugama najčešće pogađa osobe koje žive sa HIV-om i osobe sa invaliditetom, kojima se uskraćuje jednak pristup ili se upućuju na druge ustanove bez medicinskog opravdanja. U Srbiji su zabeleženi slučajevi kada stomatološke ordinacije iz prihvate prakse odbijaju da pruže uslugu pacijentima koji su HIV pozitivni, uz obrazloženje da „nemaju adekvatnu opremu“ ili da „takve intervencije treba da rade klinike“. Ovakva praksa je protivna zakonima o zabrani diskriminacije i pravima pacijenata, a više puta je i Poverenik za zaštitu ravnopravnosti utvrdio da je to neposredna diskriminacija na osnovu zdravstvenog stanja, jer se radi o neopravdanom uskraćivanju usluge.

Osobe sa invaliditetom se susreću sa problemom dostupnosti prilaza samoj zgradi u kojoj se pruža stomatološka zdravstvena zaštita, pa samim tim i ambulantama i ordinacijama, jer ne postoje arhitektonska rešenja na i unutar zgrada, poput rampi ili liftova, već samo stepenice. [48]

[48] Povereniku za zaštitu ravnopravnosti podneta od strane AA, u ime maloletne ćerke, pritužba protiv Opšte bolnice „Sveti Luka“ u S., zbog diskriminacije na osnovu invaliditeta. U pritužbi je navedeno da je dečije odeljenje Opšte bolnice nepristupačno deci sa invaliditetom koja za kretanje koriste kolica i da do međusprata postoji betonska rampa koja ne ispunjava standarde za nesmetano kretanje i pristup osobama sa invaliditetom. Dalje, navedeno je da dečije odeljenje ne poseduje toaletna kolica uz pomoć kojih bi osobe sa invaliditetom mogle da održavaju ličnu higijenu, te je samim tim i pravo na ličnu higijenu onemogućeno osobama u kolicima. Po sprovedenom postupku, Poverenik je dao mišljenje da dečije odeljenje Opšte bolnice „Sveti Luka“ nije pristupačno za osobe sa invaliditetom koje za kretanje koriste kolica, čime su povređene odredbe člana 6, 17. i 26. Zakona o zabrani diskriminacije, a u vezi sa odredbom člana 13. Zakona o sprečavanju diskriminacije osoba sa invaliditetom. Opštoj bolnici „Sveti Luka“ u S. je preporučeno da obezbedi toaletna kolica za održavanje lične higijene pacijenata sa invaliditetom, da do obezbeđivanja pune pristupačnosti, bilo novim rasporedom unutar objekta ili na drugi način organizuje rad i preduzme sve potrebne mere u cilju obezbeđivanja pristupačnosti dečijeg odeljenja osobama koje za kretanje koriste kolica ili se otežano kreću, kao i da ubuduće vode računa da ne krše zakonske propise o zabrani diskriminacije (Poverenik za zaštitu ravnopravnosti, 2022).

Posledice ovakve diskriminacije su velike i ozbiljne, jer osobe koji pripadaju posebno ranjivim kategorijama pacijenata osobe ostaju bez adekvatne stomatološke zaštite, što dovodi do gubitka zuba, infekcija i pogoršanja opšteg zdravlja. Pored zdravstvenih posledica, javljaju se i određene psihološke posledice poput osećaja stigmatizacije zbog zdravstvenog stanja za koje pacijent nije kriv niti odgovoran, potrebe za izolacijom i osećaja izopštenja i nepoverenja u zdravstveni sistem. Zdravstvene ustanove koje uskraćuju zdravstvene usluge osobama sa zdravstvenim poteškoćama mogu biti suočene sa određenim pravnim posledicama, u vidu novčanog i pravnog sankcionisanja i obavezne promene načina postupanja u skladu sa antidiskriminacionim propisima. Ključni korak je dosledna primena antidiskriminacionih propisa i edukacija stomatologa da su svi pacijenti jednako vredni i da zaslužuju adekvatnu zdravstvenu zaštitu.

Komparativni prikaz međunarodnopravnih standarda i antidiskriminacionih propisa Republike Srbije koje se odnose na pristup stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti

Standardi međunarodnog prava koji se odnose na zdravstvenu zaštitu i usluge, pa i stomatološke, jasno zabranjuju diskriminaciju po osnovu zdravstvenog stanja, invaliditeta, pola, etničke pripadnosti i drugih ličnih svojstava, dok u Srbiji i dalje postoje slučajevi odbijanja pacijenata uprkos zakonskoj zabrani diskriminacije. Normativni okvir nije problem, problem je u doslednoj primeni antidiskriminacionih propisa – međunarodnim dokumentima

se potencira obaveza postupanja u skladu sa profesionalnom etikom i jednakom pristupu svih pacijenata zdravstvenim uslugama, dok u Srbiji praksa često odstupa od zakonskih normi. Neke od osnovnih sličnosti i razlika između zagarantovanih i realizovanih prava u oblasti zdravstvene zaštite su:

Aspekti	**Međunarodni standardi**	**Republika Srbija**
Pravni okvir	Evropska konvencija o ljudskim pravima i osnovnim slobodama (Rimska konvencija) (1950) Direktiva Saveta Evrope 2000/78/EC (2000) – Opšti okvir za ravnopravni tretman u zapošljavanju i profesiji Konvencija UN o pravima osoba sa invaliditetom (2006)	Zakon o zabrani diskriminacije (2009) Zakon o pravima pacijenta (2013)
Institucija	Evropski sud za ljudska prava Nacionalne regulatorne agencije	Poverenik za zaštitu ravnopravnosti Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, uz napomenu da se traži inspekcijski nadzor Zaštitnik građana (Ombudsman) Stomatološka komora Srbije, koja je nadležna za profesionalno ponašanje stomatologa Nevladine organizacije koje pružaju pravnu pomoć i podršku osobama koje žive sa HIV-om i drugim ranjivim grupama.
Praksa	Stroga zabrana odbijanja pacijenata; redovne kontrole	Diskriminacija i dalje prisutna (npr. HIV pacijenti, nepristupačnost objekata u kojima se pruža zdravstvena zaštita): Nema odbijanja pacijenata na osnovu zdravstvenog stanja, invaliditeta, etničke pripadnosti, pola ili seksualne orijentacije Obavezna primena univerzalnih protokola zaštite od infekcija (standardne mere higijene važe za sve pacijente)
Sankcija	Gubitak licence, novčane kazne, sudski postupci	Preporuke Poverenika koje nisu obavezujuće već samo konsultativne, ali retko ozbiljne sankcije Kršenje antidiskriminacionih pravila može dovesti do gubitka licence, novčanih kazni i sudskih postupaka

Praktične preporuke za usklađivanje međunarodno-pravnih standarda i antidiskriminacionih propisa Republike Srbije koje se odnose na pristup stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti

Preporuke za donosioce odluka i državne institucije nadležne za stomatološku zdravstvenu zaštitu

Standardi međunarodnog prava usmereni su prvenstveno na postojanje proaktivnih i preventivnih mera koje sprečavaju da do diskriminacije dođe, dok se u Republici Srbiji, iako postoji adekvatan normativni okvir, postupa tek nakon davanja preporuka relevantnih institucija i pritužbi pacijenata.

Kako bi se sprečila svaka mogućnost sprečavanja diskriminacije osoba sa zdravstvenim poteškoćama, neophodno je da se nacionalno pravo u domenu praktične primene harmonizuje sa međunarodnim standardima počev od brige o univerzalnom dizajnu zdravstvenih ustanova u smislu arhitektonske dostupnosti, projektovanja i renoviranja ulaza ustanova i stomatoloških ordinacija, kako bi se one učinile pristupačnije osobama sa zdravstvenim poteškoćama. Kako bi se postigla psihosocijalna adaptacija osoba sa zdravstvenim poteškoćama, neophodno je obezbediti i fizičku pristupačnost (prilazi, rampe, liftovi, prilagođeni toaleti) zdravstvenim ustanovama i digitalnu pristupačnost zdravstvenim informacijama. Nepristupačnost ustanovama stomatološke zdravstvene zaštite nosi veliki zdravstveni rizik za osobe sa drugim zdravstvenim poteškoćama, jer one ostaju bez pravovremene stomatološke zdravstvene zaštite, opasnost od dalje

stigmatizacije, jer odbijanje pacijenata produbljuje društvenu diskriminaciju, dok odsustvo ozbiljnih sankcija za nepoštovanje antidiskriminacionih propisa obeshrabruje doslednu primenu zakona. Ustanove stomatološke zdravstvene zaštite moraju da razmišljaju o nabavkama mobilnih stomatoloških jedinica za očuvanje oralnog zdravlja osoba sa drugim zdravstvenim poteškoćama, a posebno i u ruralnim područjima, gde je pristup stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti otežan.

Kada je u pitanju dodatna senzibilizacija stomatoloških zdravstvenih radnika za rad sa osobama sa drugim oblicima zdravstvenih poteškoća, neophodno je posebno ih edukovati i uvesti obavezne kurseve u okviru kontinuirane medicinske edukacije, sa fokusom na komunikaciju i prilagođene metode rada i na preventivnoj etici. Posebno je primećena stigmatizacija prema HIV pozitivnih pacijentima, što je posledica nedovoljne edukacije stomatologa o univerzalnim protokolima zaštite od infekcija.

Za razliku od međunarodnih standarda koji predviđaju da Evropska komisija i nacionalni ombudsmani imaju mehanizme za praćenje sprovođenja propisa, Republika Srbija treba kroz odgovarajuće nacionalne propise da ojača ulogu Poverenika za zaštitu ravnopravnosti i da uvede strože sankcije za ustanove koje ne obezbeđuju jednak pristup pacijentima sa zdravstvenim poteškoćama, jer preporuke Poverenika često ostaju bez pravnih posledica kako nisu obavezujuće.

Takođe, neophodno je poboljšati saradnju državnih institucija sa organizacijama koje zastupaju prava osoba sa invaliditetom, na

taj način što će se saradnjom jačati participacija u donošenju odluka, posebno u Savetu za prava osoba sa invaliditetom, i što će se uvesti redovno prikupljanje i analiza podataka o korišćenju zdravstvenih usluga od strane osoba sa invaliditetom i zdravstvenim poteškoćama. Saradnja sa udruženjima pacijenata doprinosi boljem razumevanju potreba i uklanjanju barijera.

Preporuke za pacijente sa zdravstvenim poteškoćama

Standardi međunarodnog prava usmereni su na organizovanje aktivnih kampanja o pravima pacijenata u cilju stalne pružanje podrške pacijentima u realizaciji njihovih prava. Pacijenti moraju biti upoznati nedvosmisleno sa načinima ostvarivanja svojih prava kao I sa obimom istih, tako da u svakom momentu mogu jasno da istaknu pravo na jednak tretman i dostupnost usluga.[49]

Pravo pacijenata je da se u slučaju sumnje na postojanje diskriminacije obrate pritužbom Povereniku za zaštitu ravnopravnosti, pri čemu se pacijenti savetuju da zabeležite datum, vreme i ime stomatologa/ordinacije gde i kada se dogodila sumnja na diskriminatorsko ponašanje zdravstvenog radnika; da sačuva svu komunikaciju (poruke, mejlove, račune) i da sa ovim podacima podnesu pritužbu Povereniku,[50] Stomatološkoj komori Srbije ili da

[49] Pacijenti moraju da znaju kako se sve ispoljava diskriminacija kako bi je prepoznali i reagovali:

- Odbijanje usluge: Ako vam stomatolog kaže da vas ne može primiti zbog HIV statusa, invaliditeta, etničke pripadnosti ili bilo kog ličnog svojstva.
- Nejednak tretman: Ako se prema vama primenjuju posebne mere koje nisu medicinski opravdane.
- Uvrede ili stigmatizacija: Ako se koriste pogrdni izrazi ili se sugeriše da ste „opasni“ za druge pacijente.

[50] Primer pritužbe Povereniku za zaštitu ravnopravnosti može da glasi:

potraže pravnu pomoć od organizacija koje se bave ljudskim pravima.

Zaključak

Srbija je formalno usklađena sa međunarodnim dokumentima, ali u praksi zaostaje za EU standardima. Iako postoje zakonski propisi koji garantuju jednak pristup, u praksi su barijere i dalje prisutne. Najveći izazovi su pristupačnost infrastrukture, nedostatak specijalizovane opreme i nedovoljna senzibilizacija zdravstvenih radnika. Uvođenjem obaveznih obuka, univerzalnog dizajna i

---

"POVERENIKU ZA ZAŠTITU RAVNOPRAVNOSTI

Bulevar kralja Aleksandra 84, 11000 Beograd

E-mail: poverenik@ravnopravnost.gov.rs

Pritužba zbog diskriminacije u stomatološkim uslugama

Poštovani,

Obraćam Vam se radi zaštite svojih prava, jer sam dana [unesite datum] u stomatološkoj ordinaciji [naziv ordinacije, adresa] bio/la diskriminisan/a. Naime, stomatolog je odbio da mi pruži uslugu uz obrazloženje [unesite konkretan razlog, npr. da sam HIV pozitivan/a, da nemaju opremu, ili da treba da idem u drugu ustanovu].

Smatram da je ovakvo postupanje protivno:

- Zakonu o zabrani diskriminacije („Službeni glasnik RS", br. 22/2009),
- Zakonu o pravima pacijenata („Službeni glasnik RS", br. 45/2013),
- kao i osnovnim principima medicinske etike.

Odbijanjem pružanja stomatološke usluge povređeno je moje pravo na jednak pristup zdravstvenoj zaštiti i izvršena je neposredna diskriminacija na osnovu zdravstvenog stanja.

Molim Vas da postupite u skladu sa svojim ovlašćenjima, sprovedete postupak i naložite ordinaciji da ubuduće obezbedi jednak tretman svim pacijentima.

U prilogu dostavljam [navesti: kopiju računa, medicinsku dokumentaciju, izjavu svedoka, ako postoji].

S poštovanjem,

[Ime i prezime]

[Adresa]

[Telefon]

[Datum]"

Ovaj obrazac može se poslati i Ministarstvu zdravlja, uz napomenu da se traži inspekcijski nadzor nad ordinacijom.

specijalizovanih programa, Srbija bi mogla da značajno unapredi položaj osoba sa invaliditetom i približi se evropskim praksama.

Psihosocijalna adaptacija osoba sa zdravstvenim poteškoćama je važan konceptualni termin koji u oblasti zdravstva nije jasno definisan, a ne može se posmatrati odvojeno od društvenog i pravnog okvira u kojem se odvija. Pored uklanjanja infrastrukturnih barijera, ona pretpostavlja i uklanjanje diskriminacionih barijera. Diskriminacija u pristupu zdravstvenim uslugama, pa samim tim i u stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti, predstavlja ozbiljnu prepreku integraciji i očuvanju kvaliteta života ovih osoba. Jednak pristup stomatološkim uslugama je deo šireg koncepta zdravstvene jednakosti.

Antidiskriminacioni propisi i zakoni o pravima pacijenata postavljaju temelje za jednak tretman, ali njihova primena u praksi zahteva stalnu kontrolu, edukaciju zdravstvenih radnika i podizanje svesti javnosti. Stomatološke usluge, kao deo opšte zdravstvene zaštite, moraju biti dostupne svima, bez obzira na fizičke, psihičke ili socijalne poteškoće, pa su uvođenje univerzalnog dizajna, prilagođene opreme i obavezne edukacije zdravstvenih radnika o radu sa osobama sa invaliditetom prepoznati kao ključni su koraci ka ostvarivanju stvarne jednakosti. Psihosocijalna adaptacija osoba sa zdravstvenim poteškoćama u najvećoj meri zavisi od uklanjanja diskriminacionih barijera i obezbeđivanja jednakog pristupa zdravstvenim uslugama. Samo inkluzivan zdravstveni sistem, zasnovan na poštovanju ljudskih prava i antidiskriminacionih propisa, može doprineti osnaživanju ovih osoba i njihovom punom uključivanju u društvo.

Literatura

Direktiva Saveta Evrope 2000/78/EC od 27. novembra 2000 – Opšti okvir za ravnopravni tretman u zapošljavanju i profesiji - Council of the European Union. (2000, November 27). Council Directive 2000/78/EC establishing a general framework for equal treatment in employment and occupation. Official Journal of the European Communities, L 303/16, 2 December 2000. Retrieved from https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2000/78/oj/eng

Evropska konvencija o ljudskim pravima i osnovnim slobodama (Rimska konvencija) od 04.11. 1950. godine - Council of Europe. (1950, November 4). European Convention on Human Rights. Retrieved from https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/convention_ENG#:~:text=The%20High%20Contracting%20Parties%20shall,SECTION%20I

IZ KRUGA – Portal o invalidnosti. (2023, July). *Validirani rezultati situacione analize o položaju osoba sa invaliditetom u Srbiji*. Retrieved from https://portaloinvalidnosti.net/2023/07/validirani-rezultati-situacione-analize-o-polozaju-osoba-sa-invaliditetom-u-srbiji/

Konvencija UN o pravima osoba sa invaliditetom - Council of Europe. (2000). United Nations, Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 12. December 2006,

https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities

Livneh, H., & Antonak, R. F. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. Journal of Counseling & Development, 83(1), 12–20. https://www.psychiatry.wisc.edu/wp-content/uploads/2022/11/Jour-of-Counseling-Develop-2011-Livneh-Psychosocial-Adaptation-to-Chronic-Illness-and-Disability-A-Primer-for.pdf

Londono, Y., & McMillan, D. E. (2015). Psychosocial adaptation: An evolutionary concept analysis exploring a common multidisciplinary language. Journal of Advanced Nursing, 71(11), 2504–2519. https://doi.org/10.1111/jan.12723

Poverenik za zaštitu ravnopravnosti. (2022, 28. februar). 695-21 Mišljenje po pritužbi protiv opšte bolnice zbog diskriminacije po osnovu invaliditeta (br. 07-00-538/2021-02). https://ravnopravnost.gov.rs/rs/695-21-misljenje-po-prituzbi-protiv-opste-bolnice-zbog-diskriminacije-po-osnovu-invaliditeta/

Protocol No. 12 to the Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. Službeni list SCG – Međunarodni ugovori, br. 9/2003, 5/2005, 7/2005 – ispr.; Službeni glasnik RS – Međunarodni ugovori, br. 12/2010, 10/2015

Republički zavod za statistiku. (2022). *Popis stanovništva, domaćinstava i stanova 2022*. https://popis2022.stat.gov.rs/sr-latn/popisni-podaci-eksel-tabele/

Republički zavod za statistiku. (2022). *Popis stanovništva, domaćinstava i stanova 2022: Stanovništvo prema statusu invaliditeta i vrsti problema osoba sa invaliditetom*. https://popis2022.stat.gov.rs/sr-latn/5-vestisaopstenja/news-events/29112023-invaliditet/?a=0&s=0

StudySmarter. (2024, September 5). Psychosocial adaptation: Definition & impact. StudySmarter. https://www.studysmarter.co.uk/explanations/medicine/occupational-therapy-theory/psychosocial-adaptation/

Zakon o potvrđivanju konvencije o pravima osoba sa invaliditetom, Službeni glasnik RS – Međunarodni ugovori, broj 42/09

Zakon o zabrani diskriminacije ("Sl. glasnik RS", br. 22/2009 i 52/2021)

Zakon o pravima pacijenata ("Sl. glasnik RS", br. 45/2013 i 25/2019 - dr. zakon)

https://doi.org/10.47152/psihsoc2026.7

Azra Šoljanin*
Medicinski fakultet Univerziteta Crne Gore
Ana Batrićević*
Institut za kriminološka i sociološka istraživanja

PSIHOSOCIJALNA ADAPTACIJA NA GUBITAK KOSE USLED HEMIOTERAPIJE IZ UGLA ŽENA LEČENIH OD RAKA DOJKE U SRBIJI*

Gubitak kose tokom hemioterapije odražava se na različite aspekte kvaliteta života žena lečenih od raka dojke. Suočavanje sa dijagnozom i podvrgavanje invazivnim i radikalnim medicinskim tretmanima i zahvatima samo po sebi predstavlja izazov na svim životnim poljima, a ostanak bez kose kao simbola ženstvenosti može dovesti do pada samopouzdanja, osećaja tuge, stida i nemoći, što neretko vodi u depresiju i socijalnu izolaciju. U pojedinim slučajevima, strah od gubitka kose i stigmatizacije koja ga u nekim sredinama prati prevladava nad željom za izlečenjem, uzrokujući odustanak od terapija. Sa druge strane, svest o privremenosti tog stanja, podrška porodice i šire zajednice, kao i drugih žena koje su prošle kroz ista iskustva olakšavaju adaptaciju. Autorke polaze od hipoteze da privremeni gubitak kose tokom hemioterapije izaziva posledice na različitim životnim poljima, te da se negativno odražava na percepciju

* E-mail: azra.soljanin@hotmail.com ORCID: https://orcid.org/0009-0002-8550-8462
* E-mail: anabatricevic85@gmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1727-4222
* U odnosu na drugog autora važi sledeća napomena; Ovaj rad nastao je kao rezultat angažovanja autora u skladu sa Planom rada Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja za 2026. godinu (na osnovu ugovora br. 451-03-33/2026-03 / 200039 sa Ministarstvom nauke, tehnološkog razvoja i inovacija Republike Srbije).

sopstvene ženstvenosti, ali da podrška porodice, šire zajednice i medicinskog osoblja može u znatnoj meri pomoći ženi da taj izazov prevaziđe. Autorke koriste metod strukturisanog upitnika (u formi Google ankete), sa dva otvorena pitanja, kako bi uočile demografske, geografske, socijalne i druge faktore koji utiču na percepciju gubitka kose tokom hemioterapije od strane žena i njihovog okruženja. Istovremeno, autorke preispituju učestalost primene hladnih kapa za smanjenje gubitka kose usled hemioterapije i otvorenost pacijentkinja za njihovu upotrebu. Tokom februara 2026. godine upitnik je popunilo 19 žena prosečne starosti 46 godina i 4 meseca i one čine uzorak ovog istraživanja. Rezultati ovog istraživanja potvrđuju da podrška okoline, informisanost i lični kapaciteti za suočavanje sa izazovima mogu značajno unaprediti i olakšati psihosocijalnu adaptaciju na privremeni gubitak kose usled hemioterapije.

Ključne reči: *hemioterapija, rak dojke, gubitak kose, hladne kape, psihosocijalna adaptacija.*

Uvod

Od antičkih do modernih društava, kosi i njenom gubitku pripisivana su različita značenja, a kosa se najčešće smatrala simbolom života i snage i zamenom za sopstvo (Roberts, 2013: 375). Kroz istoriju se smatralo da kosa veoma snažno simbolizuje vezu između pojedinca i društva, tako što označava njegovu zrelost, lepotu, starosnu dob i rod, dok se gubitak kose po pravilu povezivao sa gubitkom individualnosti, seksualnosti i privlačnosti (Freedman, 1994; Hansen, 2007: 15). Ovakva shvatanja počivaju na duboko ukorenjenoj simbolici koju gubitak kose nosi sa sobom kroz istoriju – počevši od Biblije, gde se u priči o Samsonu i Dalili gubitak kose izjednačava sa gubitkom životne energije i snage, preko knjige

proroka Jeremije, u kojoj se odsecanje kose povezuje sa žaljenjem i pokajanjem, pa do vremena kada brijanje glave predstavlja znak sramote – u slučaju osuđenih lica ili žena koje su bile u vezi sa nacistima tokom Drugog svetskog rata (Roberts, 2013: 376).

Predstava o tome kakva se kosa smatra lepom, ženstvenom i društveno poželjnom, zavisi od postojbine, socijalnog statusa, etničke pripadnosti i uzrasta (kako posmatrača tako i posmatranog) (Weitz, 2001: 672), ali i uticaja mode, popularne kulture i medija (Manning, 2010: 35). Ipak, nesporno je da kosa ima veliki značaj kako za formiranje predstave o sopstvenom identitetu i ženstvenosti, tako i za način na koji će žena biti percipirana od strane okoline. Smatra se da žene koriste svoju kosu da uspostave grupni identitet, ali i da obznane svoj identitet drugima, te da ih društvo usmerava da od najranijeg doba razviju emocionalnu povezanost sa svojom kosom (Manning, 2010: 35-36). U tom smislu, kosa predstavlja društveni konstrukt koji je duboko povezan sa identitetom žene (Weitz, 2004 prema Manning, 2010).

Osobito u 19. veku, ženska kosa bila je sinonim za lepotu i zavodljivost, što naročito dolazi do izražaja u radovima prerafaelita kao što su bili Vilijam Holman, Dante Gabriel Roseti, Edmund Bler i Džon Everet Mile, dok se u radovima norveškog slikara Edvarda Munka s kraja 19. i početka 20. veka ženska kosa prikazuje ne samo kao privlačna, već i kao „opasna“ (Roberts, 2013: 377). U svom istraživanju o načinima na koji žene koriste kosu kako bi stekle osećaj moći, *Weitz* ističe da u američkom društvu (što bi se moglo odnositi i na većinu drugih zemalja, uključujući i našu) postoji široko prihvaćeno shvatanje da posedovanje kose koja je atraktivna u

konvencionalnom smislu (po pravilu duga, talasasta i svetla) daje ženama moć ili bar čini da se tako osećaju (Weitz, 2001: 672). *Jolly* takođe navodi da u zapadnim društvima veoma dugo opstaju ideje da ženska kosa treba da bude svetla i duga, ali i adekvatno „kontrolisana“ u skladu sa važećim društvenim normama (Jolly, 2004: 47). Povezivanje duge kose sa ženstvenošću prisutno je i u drugim kulturama. Na primer, u južnoazijskim kulturama, duga kosa se takođe smatra jednim od epiteta ženstvenosti (Mansoor & Abid, 2020: 487). Štaviše, kako navode indonežanski autori, *Muhtar* i saradnici, duga ženska kosa ne simbolizuje samo ženstvenost, već i dostojanstvo, ali i bogatstvo, zato što nega duge kose iziskuje više novca i vremena nego što je to slučaj sa kratkom (Muhtar et al., 2017: 102).

Istovremeno, kosa se od strane pojedinih autora posmatra kao sredstvo koje žene koriste kako bi izrazile svoj otpor prema društvenim normama nametnutim od strane dominantne kulture (Weitz, 2001; Manning, 2010: 35). Na primer, namerno skraćena kosa i takozvana „bob“ frizura smatrane su simbolom emancipacije žena tokom dvadesetih i tridesetih godina dvadesetog veka i njihovim nastojanjem da budu jednake sa muškarcima (Roberts, 2013: 376).

Kako ističe Freedman, moć kose najviše dolazi do izražaja upravo u slučaju njenog prinudnog gubitka (Freedman, 1994 prema Boland et al., 2020), kao što je to hemioterapija. Alopecija predstavlja jedan od uobičajenih sporednih efekata hemioterapije (Mansoor & Abid, 2020: 487; Breed et al., 2011, videti i Chung et al., 2013 prema Boland et al., 2020) Naime, poznato je da

hemioterapija već nakon prve ili druge nedelje od početka tretmana počinje da prouzrokuje potpun ili delimičan gubitak kose, obrva, trepavica, kao i dlaka na telu, s tim što po njenom završetku one ponovo izrastu (Hansen, 2007).

Imajući u vidu značaj koji se pridaje kosi, kao jednom od simbola ženstvenosti, logično je da njen gubitak usled hemioterapije, iako privremen, izaziva niz kompleksnih posledica koje se mogu veoma negativno odraziti na različite aspekte života žene, što potvrđuju i istraživanja na koja se pozivamo u ovom radu. Štaviše, smatra se da za žene privremeni gubitak kose usled hemioterapije predstavlja njen najstresniji sporedni efekat, bez obzira na njihovu svest o njegovoj neminovnosti (Trusson & Pilnick, 2017 prema Boland et al., 2020).

Ono što izaziva posebnu zabrinutost i upečatljivo oslikava razmere značaja kose odnosno njenog nedostatka, jeste postojanje istraživanja koja potvrđuju da žene ponekad odbijaju da prime hemioterapiju usled straha od gubitka kose (Tierney & Taylor, 1991 prema Hansen, 2007; Bachelor, 2001 prema Hansen, 2007). Procenjuje se da procenat pacijenata koji zbog rizika od gubitka kose odbiju da prime hemioterapiju iznosi oko 8% (Balagula et al., 2011 prema Boland et al., 2020). Zbog toga je izuzetno važno preispitati na koji način se žene adaptiraju na privremeni gubitak kose tokom primanja hemioterapije, ali i kako zajednica reaguje na to i razmotriti na koji način društvo može da im pruži adekvatnu podršku na tom putu, kako se ne bi desilo da zbog straha od potencijalne stigmatizacije žene odustanu od svog izlečenja. U tom smislu, ovo istraživanje predstavlja jedan od retkih empirijskih uvida

u psihosocijalne aspekte gubitka kose usled hemioterapije na teritoriji Republike Srbije. Njegov naučni doprinos ogleda se u sagledavanju ove pojave iz perspektive samih pacijentkinja koje trenutno prolaze kroz proces hemioterapije, uz identifikovanje ključnih faktora koji utiču na proces adaptacije.

U skladu sa prethodno navedenim, polazna hipoteza ovog istraživanja jeste da gubitak kose u značajnoj meri utiče na doživljaj sopstvene ženstvenosti, emocionalno stanje i socijalne kontakte pacijentkinja. Ostale hipoteze su sledeće: da je proces adaptacije pacijentkinja na privremeni gubitak kose usled hemioterapije veoma složen, te da zavisi od različitih faktora, kao što su: individualni, socijalni i medicinski; da neformalni oblici podrške (poput porodice, prijatelja i/ili udruženja pacijenata koji su i sami prošli kroz isto ili slično iskustvo) mogu u znatnoj meri doprineti ublažavanju negativnih emocionalnih posledica gubitka kose; da postoji prostor za unapređenje mehanizma psihosocijalne podrške unutar samog zdravstvenog sistema; da je potrebno poboljšati informisanost o hladnim kapama i njihovu dostupnost širem krugu pacijentkinja.

Metod

Mere

Autorke koriste metod strukturisanog upitnika (u formi Google ankete), ostavljajući na dva mesta mogućnost ispitanicama da dodaju sopstvena zapažanja, kako bi ispitale na koji način žene koje primaju ili treba da otpočnu da primaju hemioterapiju sagledavaju privremeni (aktuelni ili očekivani) gubitak kose, i kako one

percipiraju reakcije okoline na tu okolnost. Takođe, u upitniku se nastoji preispitati informisanost žena o postojanju mogućnosti za korišćenje hladnih kapa koje imaju za cilj da smanje gubitak kose usled hemioterapije, i njihova spremnost da te kape koriste.

Uzorak

Uzorak ovog istraživanja čini 19 žena koje su u trenutku popunjavanja upitnika primale hemioterapiju ili očekivale da sa istom otpočnu u bliskoj budućnosti. Prosečna starost ispitanica je 46,37 godina, odnosno 46 godina i 4 meseca.

Upitnik se odnosio isključivo na žene koje su u trenutku popunjavanja primale hemioterapiju, odnosno očekivale da počnu sa njenim primanjem u bliskoj budućnosti, kako bi se izbeglo da odnos prema predmetnoj problematici kod ispitanica bude promenjen usled protoka vremena.

Link za upitnik distribuiran je preko društvenih mreža udruženja žena lečenih od raka dojke u Srbiji i preko viber grupe koja okuplja žene sa takvim iskustvom. Upitnik je popunjavan tokom februara 2026. godine.

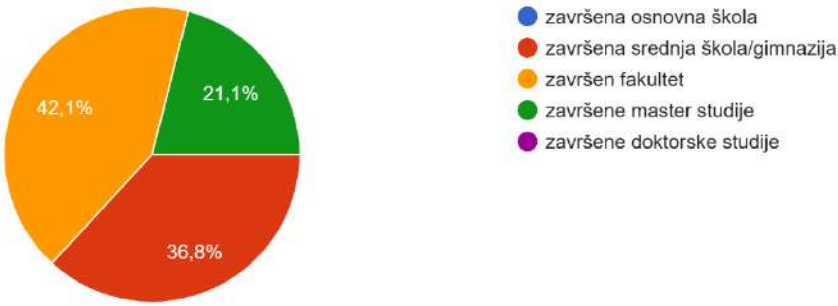
Ovom prilikom prikupljani su osnovni demografski podaci o ispitanicama. Učešće u istraživanju bilo je dobrovoljno, a svi odgovori su bili anonimni. Istraživanje je sprovedeno u skladu sa etičkim principima istaknutim u Helsinškoj deklaraciji.

Rezultati

Uzorak ovog istraživanja čini 19 žena koje su u trenutku popunjavanja upitnika primale hemioterapiju ili očekivale da sa istom otpočnu u bliskoj budućnosti. Prosečna starost ispitanica je 46,37 godina, odnosno 46 godina i 4 meseca.

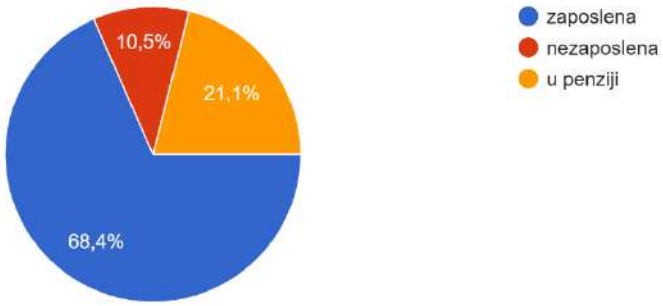
Grafikon 1. Uzrast ispitanica

Kada je reč o obrazovanju, 12 ispitanica ima završen fakultet, od čega njih 8 ima završene osnovne a njih 4 master studije, dok 7 ispitanica ima srednjoškolsko, odnosno gimnazijsko obrazovanje.



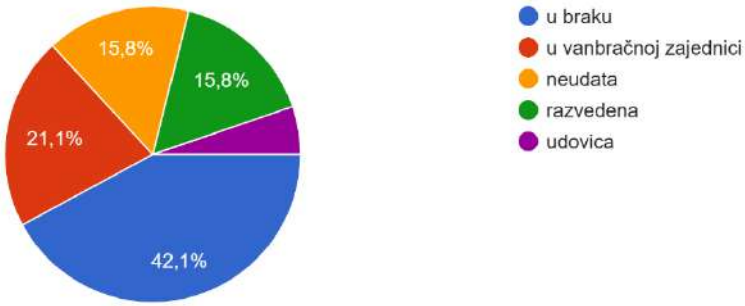
Grafikon 2. Obrazovanje ispitanica

Što se tiče radnog statusa, velika većina ispitanica (njih 13) su zaposlene, a samo 2 ispitanice su nezaposlene, dok su 4 ispitanice u penziji.



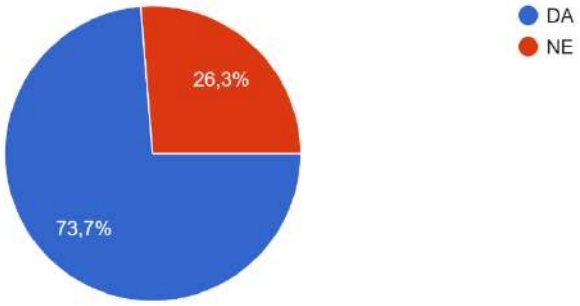
Grafikon 3. Radni status ispitanica

Kada je u pitanju bračni status, 8 ispitanica su u braku, 4 su u vanbračnoj zajednici, 3 su razvedene, 3 su neudate, a 1 je udovica.



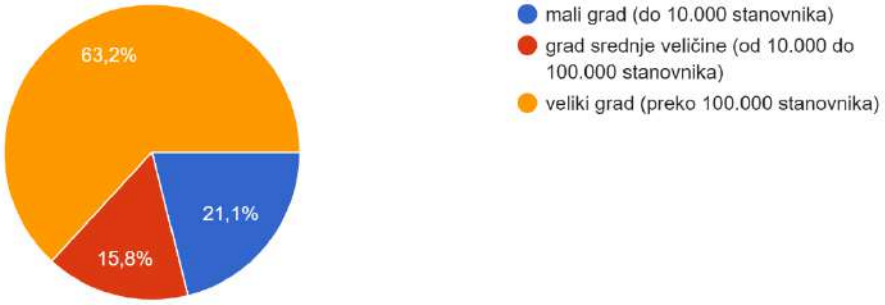
Grafikon 4. Bračni status ispitanica

Većina ispitanica (njih 14) ima decu, dok je njih 5 bez dece.



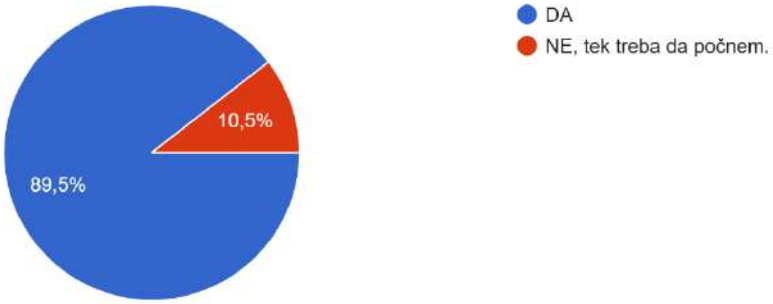
Grafikon 5. Deca ispitanica

Najveći broj ispitanica (ukupno 12) živi u velikom gradu, 4 žive u malom gradu, a 3 ispitanice žive u gradu srednje veličine.



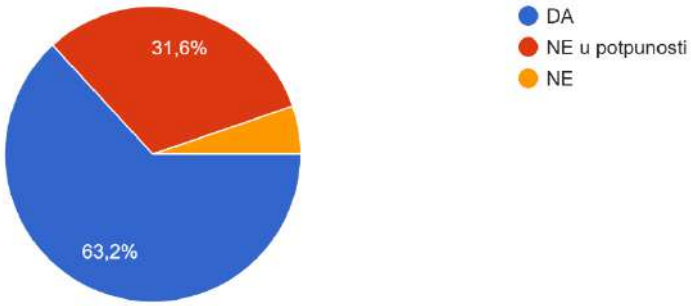
Grafikon 6. Veličina mesta u kojem ispitanice žive

Većina ispitanica (ukupno 17) je u vreme popunjavanja upitnika otpočela sa primanjem hemioterapije, dok su ukupno 2 ispitanice očekivale da otpočnu sa njenom primenom u bliskoj budućnosti.



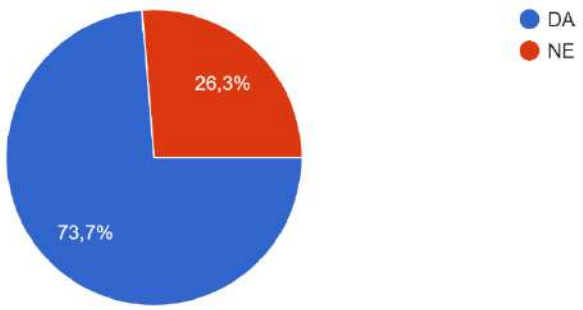
Grafikon 7. Broj ispitanica koje su počele sa hemioterapijom i koje očekuju njenu primenu

Od ispitanica koje su otpočele sa primanjem hemioterapije, njih 12 su izgubile kosu, dok je njih 5 nije izgubilo u potpunosti.



Grafikon 8. Broj ispitanica koje su u potpunosti/ delimično izgubile kosu i koje još uvek nisu izgubile kosu

Ukupno 14 ispitanica su u trenutku popunjavanja upitnika znale da postoje hladne kape koje smanjuju opadanje kose tokom hemioterapije, dok je njih 5 izjavilo da nisu bile informisane o tome.



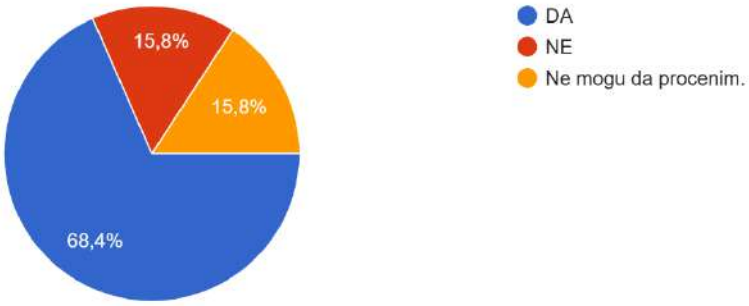
Grafikon 9. Broj ispitanica koje jesu i koje nisu znale da postoje hladne kape

Ispitanice su za hladne kape mahom saznale na Internetu (Google), od prijatelja/poznanika, kao i na društvenim mrežama dok su samo 2 za njih čule od lekara.

Samo jedna ispitanica je koristila hladnu kapu i ona je izjavila da je bila zadovoljna njenim dejstvom. Ukupno 8 ispitanica koje nisu koristile hladne kape su izjavile da bi ih koristile kada bi imale mogućnost za to.

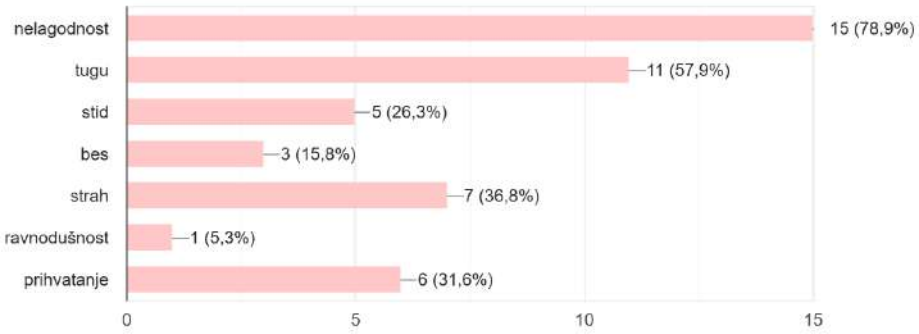
Ukupno 9 ispitanica navelo je da ne nosi periku, dok je njih 10 navelo da je nosi.

Ukupno 13 ispitanica su konstatovale da je privremeni gubitak kose uticao na njihov doživljaj sopstvene ženstvenosti, 3 ispitanice su izjavile da privremeni gubitak kose nije uticao na isti, a 3 su izjavile da ne mogu da procene kako se gubitak kose odrazio na njihov doživljaj sopstvene ženstvenosti.



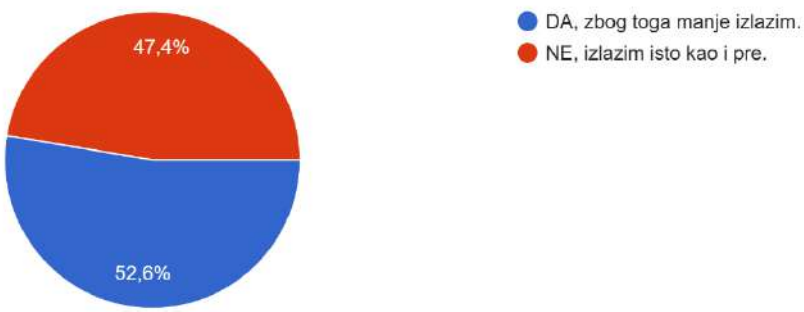
Grafikon 10. Odgovori ispitanica na pitanje da li je gubitak kose uticao na njihov doživljaj sopstvene ženstvenosti

Ispitanicama je data mogućnost da zaokruže više odgovora kako bi opisale kakva je osećanja kod njih izazvao gubitak kose. Ponuđeni su im sledeći odgovori: nelagodnost, tuga, stid, bes, strah, ravnodušnost i prihvatanje. Čak 15 ispitanica su navele da su osećale nelagodnost, njih 11 je navelo da je osećalo tugu, dok je strah osećalo njih 7, bes njih 3, a ravnodušnost samo jedna. Prihvatanje je osetilo ukupno 6 ispitanica a stid njih 5. Većina ispitanica imala je pomešana osećanja, te su istovremeno osećale na primer nelagodnost i tugu ili nelagodnost, tugu, stid i bes, ili nelagodnost i prihvatanje.



Grafikon 11. Osećanja koja je kod ispitanica izazvao gubitak kose usled hemioterapije

Samo malo više od polovine ispitanica (10) konstatovalo je da je privremeni gubitak kose uticao na njihov društveni život (druženja, izlaske, posećivanje kulturno-umetničkih događaja i slične aktivnosti), te da zbog toga manje izlaze, dok je njih 9 navelo da gubitak kose nije uticao na njihov društveni život, te da izlaze isto kao i pre.

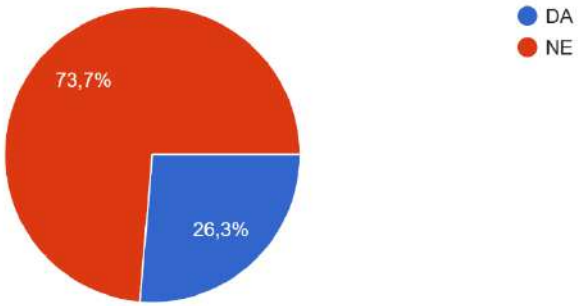


Grafikon 12. Odgovori ispitanica na pitanje da li je gubitak kose usled hemioterapije uticao na njihov društveni život

Sve ispitanice su potvrdile da njihov partner i porodica znaju da su izgubile kosu usled hemioterapije, odnosno da im to predstoji.

Kada su u pitanju prijatelji, samo 1 ispitanica je izjavila da njeni prijatelji to ne znaju, dok je u pogledu kolega situacija slična – samo 2 ispitanice nisu o tome informisale svoje kolege.

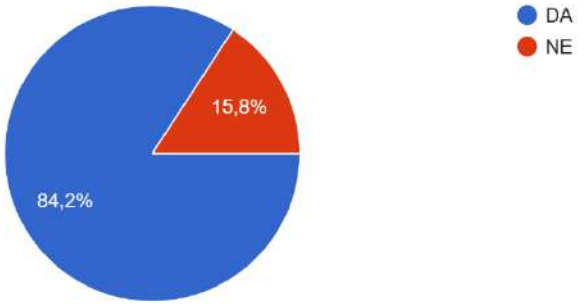
Većina ispitanica (njih 14) izjavila je da nije dobila nikakve negativne komentare od strane članova porodice, prijatelja, kolega ili bilo koje druge osobe na račun gubitka kose, dok je njih 5 izjavilo da su im takvi komentari bili upućeni.



Grafikon 13. Odgovori ispitanica na pitanje da li su do sada dobile neki negativni komentar na račun gubitka kose

Negativni komentari su u najvećem broju slučajeva poticali od nepoznatih osoba, dok su u manjem broju slučajeva poticali od strane kolega, partnera, prijatelja ili članova uže porodice.

Istovremeno, komentari u vezi sa gubitkom kose koji bi ohrabrili žene odnosno učinili da se osećaju bolje bili su veoma brojni – dobilo ih je čak 16 ispitanica.

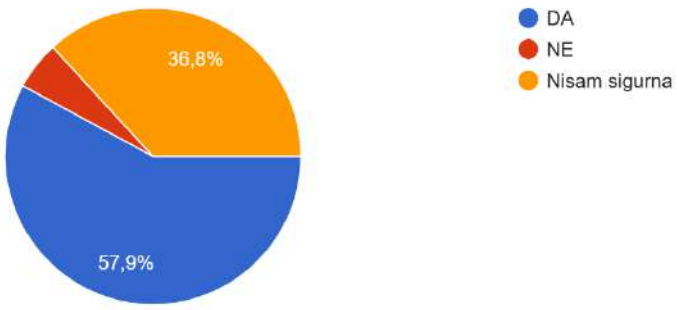


Grafikon 14. Odgovori ispitanica na pitanje da li su do sada dobile komentar povodom gubitka kose koji ih je ohrabrio/oraspoložio/učinio da se osećaju bolje

Pozitivni i osnažujući komentari su najčešće poticali od prijatelja, supruga/partnera, članova uže porodice, kolega, ali i od nepoznatih osoba.

Ispitanice su imale mogućnost da zaokruže više odgovora kako bi odgovorile na pitanje šta im je najviše pomoglo da se lakše nose sa privremenim gubitkom kose. Najveći broj ispitanica (14) naveo je da je to bila podrška porodice, dok je njih 13 navelo da su udeo u tome imali i lični stav i unutrašnja snaga, zatim podrška prijatelja (12) i partnera (11). Ispitanicama je pomogla i informisanost o gubitku kose i njegovoj prolaznosti (u 6 slučajeva), a 4 ispitanice su navele da im je situaciju olakšalo nošenje perike ili marame, dok su samo 3 navele razgovor sa zdravstvenim radnicima i 1 podršku udruženja kao nešto što im je pomoglo da se osećaju bolje u vezi sa gubitkom kose. Grafikon 15. Odgovori ispitanica na pitanje šta im je najviše pomoglo da se lakše nose sa privremenim gubitkom kose (bilo je moguće zaokružiti više ponuđenih odgovora)

Ukupno 11 ispitanica istaklo je da smatra da se žene koje izgube kosu usled hemioterapije suočavaju sa nekom vrstom stigmatizacije od strane društva, njih 7 odgovorile su da nisu sigurne da li stigmatizacija žena u takvoj situaciji i dalje postoji, dok je samo 1 odgovorila da smatra da stigmatizacija u tom smislu ne postoji.



Grafikon 16. Odgovori ispitanica na pitanje da li smatraju da je gubitak kose usled hemioterapije i dalje stigmatizovan u društvu

Diskusija

Na osnovu dobijenih rezultata može se uočiti obrazac koji upućuje na postojanje višedimenzionalnog i multifaktorijalnog modela adaptacije na gubitak kose. U okviru ovog modela, individualni faktori (lična percepcija ženstvenosti, emocionalna otpornost i unutrašnja snaga), socijalni faktori (podrška porodice, partnera, prijatelja, kao i prisustvo ili odsustvo stigmatizacije), te medicinski faktori (informisanost, dostupnost opcija poput hladnih kapa i podrška zdravstvenih radnika) međusobno deluju tj. interreaguju i oblikuju ishode u vidu emocionalnih reakcija, promena u društvenom ponašanju i stepena prihvatanja gubitka kose.

Ovakav pristup omogućava sveobuhvatnije razumevanje procesa adaptacije i ukazuje na potrebu za integrisanim pristupom u podršci pacijentkinjama.

Istraživanje čiji su rezultati predstavljeni u ovom radu potvrdilo je da se privremeni gubitak kose usled hemioterapije u određenoj meri odražava na različite aspekte života žena, uključujući njihov doživljaj sopstvene ženstvenosti, njihovo raspoloženje i socijalne kontakte.

Većina učesnica ovog istraživanja zaključile su da je privremeni gubitak kose uticao na njihov doživljaj sopstvene ženstvenosti, dok je znatno manje njih izjavilo da ne mogu da procene kako se gubitak kose odrazio na njihov doživljaj sopstvene ženstvenosti, ili negiralo povezanost između ta dva. I druga istraživanja potvrđuju da veliki broj žena koje primaju hemioterapiju povezuju gubitak kose sa gubitkom ženstvenosti (Hansen, 2007: 24). *Photovoice* (više o tome: Batrićević, 2025; Đurić & Paraušić Marinković, 2025) istraživanje koje su sproveli Celik i saradnici pokazalo je da gubitak kose i obrva tokom hemioterapije, zajedno sa hirurškim uklanjanjem dojke, kod žena izaziva osećaj duboke tuge i žaljenja, a mnoge učesnice tog istraživanja su kroz svoje fotografije pokazale da teže podnose gubitak kose nego mastektomiju (Celik et al., 2025; uporediti sa Hilton et al., 2008: 577). Naime, one su istakle da se vidljivo opadanje kose znatno negativnije odražavalo na njihovo emocionalno stanje nego nedostatak dojke, jer su ovaj drugi problem mogle da prikriju odećom (Celik et al., 2025). Slično tome, i *Kaderman* i saradnici navode da se mnoge žene teže nose sa gubitkom kose nego sa gubitkom dojke jer, osim što pogađa njihovu

ženstvenost i što ih stalno podseća na njihovu terapiju, gubitak kose je vidljiv (Kaderman et al., 1999 prema Batchelor, 2001: 148).

Vidljivost gubitka kose (kao i obrva i trepavica) posebno pogađa ženu, budući da predstavlja „privatnu i javnu reprezentaciju bolesti“(Boland et al., 2020: 9), da kod žene može stvoriti osećaj da je njen identitet zamenjen identitetom pacijenta koji se leči od raka i da može postati predmet posmatranja zbog toga što je drugačija (Hilton et al., 2008: 579). Naime, gubitak kose može doprineti da okolina doživljava osobu kao ranjivu i slabu, pa je u skladu sa tim etiketirati kao pacijenta (Mansoor & Abid, 2020: 488).

Sa druge strane, manji broj ispitanica u ovom istraživanju nije povezao gubitak kose sa nedostatkom ženstvenosti, a jedna od ispitanica je u prostoru namenjenom komentarima napisala; „Može lepo da se živi i bez kose“. I druga istraživanja potvrđuju da jedan manji broj ispitanica ne doživljava gubitak kose kao nešto uznemirujuće (videti na primer: Hilton et al, 2008: 578, 580 i 582). Ipak, teško je proceniti značaj koji privremeni gubitak kose usled hemioterapije predstavlja za žene, s obzirom na to da se one u tom periodu zbog prirodi bolesti suočavaju sa mnoštvom drugih zdravstvenih, socijalnih i psihičkih izazova i poteškoća (Boland et al., 2020: 9).

Iako se na prvi pogled stigmatizacija osoba sa zdravstvenim problemima vezuje za prošlost, čini se da se žene koje su prošle kroz iskustvo raka dojke i gubitka kose usled hemioterapije neretko osećaju stigmatizovano (Batrićević & Kubiček, 2021: 635). Izgled koji odstupa od uobičajenog neretko može dovesti do stigmatizacije

žena od strane uže zajednice ili šireg okruženja. Kako navodi *Batchelor*, „gubitak kose može se smatrati stigmom koja, u metaforičkom smislu, predstavlja diskreditujući atribut“ (Batchelor, 2001: 148). Nesporno je da stigmatizacija, diskriminacija i predrasude dovode do dodatnog pogoršanja kvaliteta života žena koje su izgubile kosu usled hemioterapije, budući da one zbog svog kompleksnog zdravstvenog problema već spadaju u ranjivu grupu (Batrićević & Kubiček, 2021: 649).

I rezultati ovog istraživanja potvrđuju da se žene i dalje osećaju stigmatizovano u slučaju gubitka kose, budući da je malo više od polovine ispitanica istaklo da se žene koje izgube kosu usled hemioterapije suočavaju sa nekom vrstom stigmatizacije od strane društva, dok nešto manje od polovine nisu bile sigurne da li se stigmatizacija u takvim situacijama i dalje ispoljava, a samo jedna je odgovorila da smatra da stigmatizacija u tom smislu ne postoji. To je u skladu sa rezultatima kvalitativnog istraživanja koje su, primenom metoda fokus grupnog intervjua sa ženama članicama udruženja žena obolelih i lečenih od raka dojke „Budimo zajedno“, sproveli Batrićević i Kubiček, a koje je potvrdilo da su pojedine žene iskusile neprijatne i uznemirujuće reakcije od strane komšija i članova šire zajednice ne samo povodom gubitka kose, već i čak povodom saznanja da su nekada bile bolesne (Batrićević & Kubiček, 635-636). Na primer, jedna od učesnica pomenutog istraživanja navela je da je, dok je primala hemioterapiju, njena komšinica izbegavala da se susretne sa njom, te da je čak i uzela svoje dete i unela ga u stan, kako ne bi došlo u kontakt sa njom, a druge su potvrdile da su imale slična iskustva (Batrićević & Kubiček,

635). Takođe, neke od učesnica pomenutog istraživanja istakle su da se neretko suočavaju sa stigmatizacijom u javnom prostoru kada tokom prigodnih događaja dele flajere o prevenciji raka dojke, te da im pojedini sugrađani vrate flajer kada čuju da su bile bolesne (Batrićević & Kubiček, 636).

Nošenje perike kao jedan od mogućih odgovora na potencijalnu stigmatizaciju izaziva podeljena mišljenja, kako kod žena koje su izgubile kosu tako i u pogledu reakcije okruženja. I odgovori učesnica ovog istraživanja u vezi sa nošenjem perike su podeljeni – nešto manje od polovine navelo je da ne nosi periku, dok je nešto više od polovine navelo da je nosi, odnosno da će je nositi kada izgube kosu, što donekle odstupa od rezultata istraživanja koje je sprovela Rosman, koja navodi da mali broj žena ne nosi perike, odnosno da ih nosi samo u posebnim prilikama, ističući da su u pitanju žene koje uspevaju da sagledaju gubitak kose kao logičnu i neizbežnu posledicu hemioterapije (Rosman, 2004: 338; Hansen, 2007: 17). Pojedini autori smatraju da se pacijenti koji izgube kosu usled hemioterapije osećaju diskreditovano u svakom slučaju, s tim što je njihova stigma odmah vidljiva ukoliko ne nose periku, dok je u slučaju nošenja perike ona i dalje prisutna s tim što se ne primećuje odmah (Rosman, 2004: ; Hansen, 2007: 17).

Kada su u pitanju socijalni kontakti, može se primetiti da je nešto malo više od polovine učesnica ovog istraživanja redukovalo druženje, izlaske i posećivanje kulturnih događaja, dok se nešto manje od polovine složilo da izlazi isto kao i pre. Ovaj nalaz u skladu je sa zaključkom koji izvodi Hansen – da gubitak kose ima značajan uticaj na socijalne veze i svakodnevni život žena (Hansen, 2007:

24). Promenjen odnos prema socijalnim kontaktima kod polovine ispitanica u ovom istraživanju može se objasniti osećanjima koja je kod njih izazvao privremeni gubitak kose. Kao što je već istaknuto, više od tri četvrtine ispitanica su navele da su osećale nelagodnost, nešto malo više od polovine ispitanica je navelo da je osećalo tugu, dok je strah osećalo manje od pola njih, bes njih tri, a ravnodušnost samo jedna. Prihvatanje je osetilo ukupno šest ispitanica a stid njih pet. Većina ispitanica imala je pomešana osećanja, te su istovremeno osećale na primer nelagodnost i tugu ili nelagodnost, tugu, stid i bes, ili nelagodnost i prihvatanje. Prisutnost osećanja stida (u kombinaciji sa drugim osećanjima) u skladu je sa navodima koje iznosi *Batchelor*-da pacijenti kojima opadne kosa neretko osećaju stid (Batchelor, 2001: 148), kao i sa argumentima koje ističu *Mansoor* i *Abid* – da žene u svakom slučaju mogu osećati stid tokom celog procesa otkrivanja, lečenja i oporavka od raka dojke, budući da doživljavaju fizički deformitet osetljivog dela tela (Mansoor & Abid, 2020: 488).

U ovom istraživanju, autorke su nastojale ispitati da li se može uočiti razlika između reakcija žena na privremeni gubitak kose usled hemioterapije i njihovu spremnost da nose periku u urbanim i ruralnim sredinama. Na primer, treba istaći da su *Mansoor* i *Abid* uočili da u tom smislu postoje određene nejednakosti, te da su žene u gradu mnogo više od žena iz ruralnih sredina, isticale kako je za njih gubitak kose bio najteži deo iskustva lečenja od raka dojke, dok su žene iz ruralnih sredina najveći problem videle u nemogućnosti da obavljaju domaćinske poslove (Mansoor & Abid, 2020: 498). Međutim, rezultati istraživanja prezentovani u ovom radu pokazali

su da u tom smislu nema većih razlika, jer od žena koje žive u velikom gradu malo više od polovine su nosile perike, a malo manje od polovine nisu, dok je u gradu male i srednje veličine odnos žena koje nose (ili planiraju da nose) periku i onih koje ne nose približno jednak. Doduše, treba imati u vidu da je uzorak ovog istraživanja mali, da se ono odnosi samo na određeni relativno kratki vremenski period (mesec dana), te da je većina ispitanica koje su u njemu učestvovale nastanjena u velikom gradu.

Rezultati ovog istraživanja ukazuju na to da ohrabrenje i pozitivni komentari upućeni ženama od strane porodice i/ili prijatelja, pa čak i od strane nepoznatih osoba mogu doprineti lakšoj adaptaciji na privremeni gubitak kose. Ispitanice su kao najvažnije navele sledeće izvore podrške: porodicu, partnera, prijatelje, što su upravo ključni izvori emocionalne podrške koje su u svom istraživanju o kvalitetu života žena obolelih i lečenih od raka dojke naveli Batrićević i Kubiček (Batrićević & Kubiček, 2021: 646). I *Drageset* i saradnici, kao i *Drury* i saradnici takođe ističu da je porodica najpostojaniji izvor podrške za osobe obolele od raka (Drageset et al., 2016 prema Boland et al., 2020; Drury et al., 2020 prema Boland et al., 2020), na šta ukazuju i rezultati *photovoice* istraživanja koje je sprovela i sar, navodeći da su za pacijentkinje lečene od raka dojke najznačajniji izvori podrške, zadovoljstva i unutrašnjeg mira bili njihova mreža porodice, a posebno supružnik i deca (Erden et al., 2025: 501).

Kao manje zastupljene ali ipak prisutne izvore podrške ispitanice su navele razgovor sa zdravstvenim radnicima, informisanost o gubitku kose i njegovoj prolaznosti, lični stav i

unutrašnju snagu. Slično tome, u *photovoice* istraživanju o emocionalnim odgovorima žena obolelih od raka dojke na dijagnozu i tretman, koje su sproveli *Capewell* i saradnici, žene su istakle da im je značilo da dobiju adekvatan savet u vezi sa odabirom prikladne perike, šminkanjem i nošenjem marama (Capwell et al., 2020: 1320). Takođe, žene su u pomenutom istraživanju naglasile da im je mogućnost da svoja iskustva i njihov emocionalni uticaj podele sa drugima podarilo osećaj zajedništva (Capwell et al., 2020: 1320), što je veoma značajno kao smernica za organizovanje i usmeravanje načina pružanja psihosocijalne podrške ženama koje su privremeno izgubile kosu.

Zaključak

Privremeni gubitak kose usled hemioterapije predstavlja značajan psihosocijalni izazov za pacijentkinje koje se leče od karcinoma dojke, koji prevazilazi isključivo fizički aspekt ovog oboljenja. Rezultati istraživanja ukazuju da gubitak kose u značajnoj meri utiče na percepciju ženstvenosti, emocionalno stanje i socijalne kontakte pacijentkinja, čime se potvrđuje polazna hipoteza naučnog istraživanja.

Rezultati istraživanja ukazuju da je proces adaptacije višeslojan i kompleksan, te da nedvosmisleno zavisi od interreagovanja individualnih, socijalnih i medicinskih faktora.

Signifikantno se izdvaja važnost neformalnih oblika podrške, prvenstveno porodice i bliskog okruženja, koji imaju ključnu ulogu u ublažavanju negativnih emocionalnih posledica.

Nasuprot tome, relativno nizak stepen oslanjanja na zdravstvene radnike kao izvor podrške ukazuje na potencijalni prostor za unapređenje psihosocijalne brige u okviru zdravstvenog sistema.

Ograničena primena hladnih kapa, uprkos postojanju interesovanja među ispitanicama, dodatno ukazuje na nedovoljnu informisanost, dostupnost ili sistemsku podršku u vezi sa ovim aspektom lečenja.

U tom smislu, gubitak kose može se posmatrati kao vidljiv indikator bolesti, koji ne utiče samo na lični identitet obolelih, već i na način na koji ih percipira šira i uža društvena zajednica, često doprinoseći osećaju stigmatizacije i socijalnog povlačenja.

Uprkos navedenim izazovima, rezultati istraživanja pokazuju da podrška okoline, informisanost i lični kapaciteti za suočavanje mogu značajno doprineti uspešnijoj psihosocijalnoj adaptaciji. Iako ograničeno veličinom uzorka i vremenskim okvirom, ovo istraživanje pruža značajan uvid u iskustva žena u Republici Srbiji i predstavlja osnovu za dalja istraživanja u ovoj oblasti.

Preporuke

Na osnovu dostupne literature, kao i rezultata ovog istraživanja, može se formulisati set preporuka za: zdravstveni sistem, zdravstvene radnike, društvenu zajednicu i pacijentkinje.

Preporuke za zdravstveni sistem

- Uvesti psihosocijalnu podršku kao standardni deo onkološkog lečenja,
- Unaprediti informisanje pacijentkinja o nuspojavama terapije, uključujući gubitak kose,
- Povećati dostupnost i vidljivost opcija kao što su hladne kape, po uzoru na zemlje u Evropskoj Uniji i razvijenijim zemljama sveta.

Preporuke za zdravstvene radnike

- Proaktivno inicirati razgovor o emocionalnim aspektima gubitka kose
- Pružiti konkretne informacije i savete o načinima suočavanja sa gubitkom kose
- Usmeravati pacijentkinje ka dodatnim izvorima podrške

Preporuke za društvenu zajednicu

- Raditi na destigmatizaciji žena koje prolaze kroz lečenje
- Podržati edukativne kampanje i inicijative
- Jačati ulogu udruženja pacijenata

Preporuke za pacijentkinje

- Podsticati međusobnu podršku i razmenu iskustava

- Jačati svest o privremenosti gubitka kose i strategijama suočavanja

Naučni doprinos ovog istraživanja

Ovo istraživanje predstavlja jedan od retkih empirijskih uvida u psihosocijalne aspekte gubitka kose usled hemioterapije na teritoriji Republike Srbije. Njegov doprinos ogleda se u sagledavanju ove pojave iz perspektive samih pacijentkinja koje trenutno prolaze kroz proces hemioterapije, uz identifikovanje ključnih faktora koji utiču na proces adaptacije.

Posebna vrednost naučnog rada se ogleda u ukazivanju na izraženu ulogu neformalnih oblika podrške u odnosu na relativno ograničenu percepciju institucionalne podrške, što otvara prostor za unapređenje postojećih zdravstvenih i socijalnih praksi. Takođe, rad doprinosi razumevanju gubitka kose kao ne samo medicinskog, već i društveno i identitetski značajnog fenomena.

Ograničenja i nedostaci ovog istraživanja

Istraživanje čiji su rezultati predstavljeni u ovom radu ima određene slabosti i ograničenja, kojih su autorke svesne i na koje ovom prilikom ukazuju. Pre svega, uzorak ovog istraživanja je mali jer ga čini svega 19 ispitanica. Pored toga, budući da je upitnik distribuiran preko društvenih mreža i viber grupe udruženja koja okupljaju žene koje prolaze kroz iskustvo raka dojke, on se ni po svojoj strukturi ne može smatrati reprezentativnim, jer su mogle da mu pristupe samo žene koje koriste društvene mreže, odnosno koje

su članice pomenute viber grupe. Takođe, ovo istraživanje predstavlja presek stanja u jednom relativno kratkom vremenskom periodu – od svega mesec dana. Imajući u vidu sve prethodno navedeno, treba istaći da ovo istraživanje nije podobno da omogući izvođenje bilo kakvih generalizacija ili predikcija. Sa druge strane, istraživanje je kvalitativno i njegova vrednost se sastoji u tome što omogućava sagledavanje predmetne problematike iz ugla žena koje su izgubile kosu usled hemioterapije, a, zahvaljujući pojedinim otvorenim pitanjima, stvara prostor da se o tom fenomenu govori neposredno, iz njihovog ličnog iskustva. Povrh toga, ovo istraživanje predstavlja polaznu osnovu za sprovođenje budućih istraživanja posvećenih istoj temi, sa većim uzorkom, dužim periodom ispitivanja i reprezentativnijim uzorkom.

Predlog za buduća istraživanja

Istraživanja u narednom periodu bi trebalo da obuhvate veći i reprezentativniji uzorak, kao i longitudinalni pristup koji bi omogućio praćenje promena u percepciji gubitka kose tokom različitih faza lečenja i oporavka. Poseban značaj imala bi kvalitativna analiza, poput dubinskih intervjua, koja bi omogućila detaljnije razumevanje subjektivnih iskustava žena.

Takođe, komparativne analize između urbanih i ruralnih sredina, kao i istraživanja usmerena na ulogu zdravstvenih radnika i dostupnost informacija o terapijskim opcijama, mogli bi dodatno doprineti unapređenju prakse i podrške pacijentkinjama, a sve u cilju što kvalitetnijeg i uspešnijeg procesa lečenja.

Literatura

Batchelor, D. (2001). Hair and cancer chemotherapy – consequences and nursing care: a literature study. *European Journal of Cancer Care, 10*, 147–163.

Batrićević, A. (2025). The right to health from patients' perspective – the application of photovoice method in the context of health protection. In: Pavlović, Z. (Ed) *The right to health.* Belgrade: Institute of Criminological and Sociological Research; Novi Sad: Bar Association of Vojvodina; Branch of Serbian Academy of Sciences and Arts in Novi Sad, 45-72. https://doi.org/10.47152/ns2025.2

Boland, V., Brady, A.M., & Drury, A. (2020). The physical, psychological and social experiences of alopecia among women receiving chemotherapy: An integrative literature review. *European Journal of Oncology Nursing*, *49*, 101840 https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101840

Breed, W., van den Hurk, C., & Peerbooms, M. (2011). *Presentation, Impact and Prevention of Chemotherapy-induced Hair Loss, 6*(1), 109-125.

Capewell, C., Ralph, S., & Symonds, M. (2020). Listening to Women's Voices: Using an Adapted Photovoice Methodology to Access Their Emotional Responses to Diagnosis and Treatment of Breast Cancer. *Journal of Patient Experience*, *7*(6), 1316-1323. https://doi.org/10.1177/2374373520930463

Chung, S., Low, S.K., Zembutsu, H., Takahashi, A., Kubo, M., Sasa, M., Nakamura, Y. (2013). A genome-wide association study of chemotherapy-induced alopecia in breast cancer patients. *Breast Cancer Research, 15* (5), https://doi.org/10.1186/bcr3475

Crounse, R. G. & van Scott, E. J. (1960). Changes in scalp hair roots as a measure of toxicity from cancer chemotherapeutic drugs. *Journal of Dermatological Investigations, 35*, 83–90.

Drageset, S., Lindstrøm, T.C., Giske, T., & Underlid, K. (2016). Women's experiences of social support during the first year following primary breast cancer surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 30* (2), 340–348. https://doi.org/10.1111/scs.12250

Drury, A., Payne, S., & Brady, A.M. (2020). Colorectal Cancer Survivors' Quality of Life: A Qualitative Study of Unmet Need. BMJ Supportive & Palliative Care. https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002190

Đurić, S. & Paraušić Marinković, A. (2025). *Photovoice*, slike i reči u socijalnom kontekstu. *Sociologija*, 67 (1), 71-88. https://doi.org/10.2298/SOC2501071D

Erden, Y., Celik, H.C. & Karakurt, N. (2025) Women's body image after mastectomy: a photovoice study. *Support Care Cancer,* 33, 501. https://doi.org/10.1007/s00520-025-09541-3

Freedman, T.G. (1994). Social and cultural dimensions of hair loss in women treated for breast cancer. *Cancer Nursing*, 17(4), 334-341.

Hansen, H. P. (2007). Hair Loss Induced by Chemotherapy: An Anthropological Study of Women, Cancer and Rehabilitation. *Anthropology & Medicine, 14*(1), 15–26. https://doi.org/10.1080/13648470601106335

Hilton, S., Hunt, K., Emslie, C., Salinas, M., & Ziebland, S. (2008). Have men been overlooked? A comparison of young menand women's experiences of chemotherapy-induced alopecia. *Psycho-Oncology, 17*, 577-583. https://doi.org/10.1002/pon.1272

Jolly, P.H. (2004). Hair: Untangling a Social History. *Art History Faculty Scholarship, 8,* https://creativematter.skidmore.edu/art_his_fac_schol/8, 13.03.2026.

Kaderman C., Kaderman R.A., & Toonkel R. (1999). The psychosocial aspects of breast cancer. *Nursing Practitioner Forum, 10* (3), 165–174.

Manning, J. (2010). The Sociology of Hair: Hair Symbolism Among College Students. *Social Sciences Journal, 10*(1), 35-48.

Mansoor, T., & Abid, S. (2020). Negotiating femininity, motherhood and beauty: Experiences of Pakistani women breast cancer patients. *Asian Journal of Women's Studies, 26*(4), 485-502. https://doi.org/10.1080/12259276.2020.185907

Muhtar, S., Sultan, M., Amir, A.S., & Syam, S. (2017). Hair and Female Identity: Reading Women's Hair in The Mass Media. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research, (ASSEHR), 143,* 101-104. https://doi.org/10.2991/uicosp-17.2017.29

Roberts, H. (Ed.) (2013). *Encyclopedia of Comparative Iconography: Themes Depicted in Works of Art.* Chicago; London: Fitzroy Dearborn Publishers.

Rosman, S. (2004). Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. *Patient Education and Counselling*, *52*(3), 333–339.

Tierney, A. & Taylor, J. (1991). Chemotherapy-induced hair loss. *Nursing Standard, 5*(38), 29–31.

Trusson, D., & Pilnick, A. (2017). The role of hair loss in cancer identity: perceptions of chemotherapy-induced alopecia among women treated for early-stage breast cancer or ductal carcinoma in situ. *Cancer Nursing, 40* (2), https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000373

Weitz, R. (2001). Women and their hair: Seeking power through resistance and accommodation. *Gender and Society*, *15*(5), 667-686. https://doi.org/10.1177/089124301015005003

Weitz, R. (2004) *Rapunzel's Daughters: What Women's Hair Tells Us about Women's Lives*. New York: Farrar, Straus and Giroux.

https://doi.org/10.47152/psihsoc2026.8

Nadežda Satarić*
Srpsko udruženje za Alchajmerovu bolest

Slađana Pavković*
Fakultet za medicinske i zdravstvene nauke Univerziteta na Tasmaniji

SOCIJALNA PODRŠKA OSOBAMA SA DEMENCIJOM I SRODNICIMA KOJI BRINU O NJIMA

Demencija je grupa simptoma uzrokovanih neurodegenerativnim bolestima mozga, najčešće Alchajmerovom bolešću. Karakterišu je gubitak kognitivnih funkcija, promene ličnosti i ponašanja, te postepeni gubitak svakodnevnih veština. U Srbiji demencija nije prepoznata kao zdravstveni prioritet, iako pogađa i obolele i njihove porodice. Negu u 70–80% slučajeva pruža porodica. Cilj našeg istraživanja je ispitati koje oblike socijalne podrške negovatelji koriste i šta im najviše nedostaje.

Srpsko udruženje za Alchajmerovu bolest (SUAB) je u više navrata, uz pomoć kvantitativnih i kvalitativnih metoda, sprovodilo istraživanja o potrebama negovatelja osoba sa demencijom. Nedavno je završeno novo istraživanje o vidovima socijalne podrške koje je uključilo anketu sa 35 negovatelja i 20 intervjua sa negovateljima osoba sa demencijom. Evidencija dobijena iz intervjua analizirana je refleksivnom tematskom analizom, a podaci iz upitnika deskriptivnom statistikom. Rezultati su objedinjeni metodološkom triangulacijom.

* E-mail: nada@amity-yu.org
* E-mail: sladana.pavkovic@gmail.com ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3082-8533

Nalazi su objedinjeni u sledećim temama i podtemama: „Ja brinem o osobi sa demencijom, a ko brine o meni?“ (podteme: Zdravstveni i socijalni sistem niti dovoljno poznaju, niti priznaju demenciju; Moje vreme ne postoji – ja sam samo negovatelj; SUAB je podrška, ali potrebe su mnogo veće); „Lekar prepisuje lekove, a za sve ostalo snađite se sami“ (podtema: Da nema SUAB-a, negovatelji ne bi znali za nefarmakološke terapije); „Prepreka u pružanju nege nije samo sistem već i 'drugi'“ (podtema: Pomoć u kući ako si srećne ruke); „Porodica je najvažnija karika podrške, a ta karika puca“; „Dnevni centar je urgentan – to bi promenilo život negovateljima“ (podtema: Smanjiti društvenu izolovanost i stigmu, a omogućiti predah).

Socijalna podrška koju SUAB pruža osobama sa demencijom i negovateljima primenom rekreativnih, kreativnih i kognitivnih aktivnosti, kao i psihosocijalne podrške, značajna je, ali nedovoljna. Neophodno je uključivanje državnih struktura da bi život osoba sa demencijom i negovatelja dobio na kvalitetu.

Ključne reči: *demencija; srodnici-negovatelji; SUAB; socijalna podrška; porodica.*

1. Uvod

Demencija je skup simptoma uzrokovanih patološkim promenama u ljudskom mozgu koje postepeno utiču na kognitivne kapacitete, fizičke sposobnosti, funkcionalne sposobnosti i psihološko funkcionisanje i ponašanje (Pavković et al., 2025). Alchajmerova bolest, najčešći oblik demencije, uglavnom pogađa osobe starije od 65 godina (Olsson et al., 2016). Međutim, druge demencije, kao što su frontotemporalna demencija, demencija povezana sa alkoholom i zadnja kortikalna atrofija, javljaju se i kod

mlađih ljudi, što pružanje nege čini još složenijim (Oyebode et al., 2024). Simptomi su u početku jedva primetni, ali tokom godina bolest napreduje do tačke u kojoj osoba koja živi sa demencijom postaje potpuno nesposobna da živi samostalno i prvenstveno se oslanja na porodicu kao glavni izvor podrške.

Alchajmerova bolest i druge demencije ostaju neizlečive, ali su poslednjih godina odobreni novi lekovi koji modifikuju tok bolesti i mogu značajno usporiti njenu progresiju ukoliko se dijagnoza postavi veoma rano, u početnim fazama (Yadollahikhales & Rojas, 2023). Globalno, u poslednjih petnaest godina postignut je značajan napredak u korišćenju nefarmakoloških terapijskih pristupa za osobe koje žive sa demencijom, zajedno sa psihosocijalnom podrškom za njihove negovatelje (Monteiro et al., 2024). Rezultati istraživanja primenjeni su u praksi u većini zemalja zapadne Evrope, gde je podrška negovateljima dostigla zavidan nivo, a rad na daljem jačanju sistema podrške i uticaju na vladine politike se nastavlja.

Međutim, u jugoistočnom delu Evrope, a posebno u Srbiji, istraživanja su još uvek u početnoj fazi i nedovoljna da imamo pravu sliku o tome kako jedna prosečna porodica, pogotovo u regionalnim i ruralnim delovima Srbije se nosi sa svim problemima koji prate ovo stanje. Istraživanje Udruženja “Snaga prijateljstva”- Amity iz 2014. godine dotaklo se ovog pitanja, zajedno sa drugim problemima povezanim sa nedostatkom usluga podrške za obolele i njihove neformalne negovatelje u lokalnoj zajednici (Satarić & Kalašić-Milićević, 2014). Medijski izvori ukazuju na to da se dijagnoza demencije obično postavlja u kasnim fazama stanja i da su brigu o

osobama sa demencijom istorijski u potpunosti pružale porodice, što je u skladu sa ovim nalazima.

Stacionarna nega specifična za demenciju ne postoji kao posebna usluga u Srbiji, već je obuhvaćena opštim ustanovama socijalne zaštite za odrasle i starije osobe, poznatim kao „domovi za starije osobe“. Ovi domovi se obično koriste tek u završnim fazama bolesti i predstavljaju poslednje utočište, kome se pristupa kada porodice više ne mogu same da pružaju negu ili kada nema članova porodice koji žive u Srbiji.

Srbija nema registar osoba kojima je dijagnostikovana demencija, a demencija nije prepoznata ni kao zdravstveni prioritet. Ono što znamo je da je prema popisu stanovništva iz 2022.godine u Srbiji živelo 1.468.840 osoba sa 65 i više godina, među kojima se najčešće i javlja demencija. Alchajmer Evropa izveštava da je procenjen broj osoba sa demencijom u Srbiji u 2025.godini bio 114.374 od kojih 76.978 žena i 37396 muškaraca. Jedina nacionalna organizacija civilnog društva fokusirana na demenciju jeste Srpsko udruženje za Alchajmerovu bolest (SUAB), koje deluje kroz rad malog broja volontera, bez obezbeđenog vladinog ili nevladinog finansiranja (Pavković et al., 2026)

Da bi se pokrenule promene u sistemu zdravstvene i socijalne zaštite i postigao veći uspeh u saradnji sa vladinim institucijama, neophodni su naučno utemeljeni dokazi onih koji se svakodnevno suočavaju sa izazovima brige o osobama koje žive sa demencijom.

1.1. Cilj naših istraživanja i istraživačka pitanja

Cilj istraživanja koja smo do sada sprovodili je razumevanje iskustava neformalnih negovatelja koji pružaju stalnu ili povremenu negu osobama koje žive sa demencijom, sa posebnim fokusom na prepreke sa kojima se susreću tokom dijagnostičkog procesa i tekuće nege, kao i na ono što im najviše nedostaje.

Istraživačka pitanja bila su:

- Kakva su iskustva negovatelja osoba sa demencijom prilikom snalaženja u sistemima zdravstvene i socijalne zaštite tokom dijagnoze i postdijagnostičkog praćenja u Republici Srbiji?
- Šta negovatelji vide kao glavne prepreke i faktore koji olakšavaju pristup i korišćenje postdijagnostičke nege i podrške?
- Koje promene negovatelji identifikuju kao neophodne za poboljšanje sopstvenog života i života ljudi o kojima brinu?

Za potrebe ove konferencije, učesnicima istraživanja naknadno je postavljeno i dodatno pitanje o njihovim iskustvima sa socijalnim uslugama za osobe sa demencijom i njihove srodnike koje pruža SUAB.

2. Metod

Da bismo objedinili ova istraživanja služili smo se mešovitom metodom sekvencijalnog dizajna (Liamputtong, 2019). Nakon početnih, samostalno popunjenih upitnika, usledili su intervjui koji su proširili informacije prikupljene pitanjima vezanim za dijagnozu, postdijagnostičku podršku i ulogu negovatelja u tom procesu,

pružajući dublje razumevanje iskustava, potreba i želja negovatelja. Krajnja analiza zasnovana je na metodološkoj triangulaciji kvantitativnih i kvalitativnih rezultata, uz oslanjanje i na podatke ranijih istraživanja koja je SUAB sproveo među negovateljima.

2.1. Upitnik

Upitnik se sastojao od 13 pitanja. Prva četiri pitanja pokrivala su demografske podatke, a narednih devet pitanja bavilo se dijagnozom (npr. ko je dijagnostikovao demenciju kod osobe, koji su dijagnostički alati korišćeni) i postdijagnostičkom negom i podrškom (npr. koji su lekovi propisani, koje su nefarmakološke terapije predložene, ko podržava negovatelje, koliko dugo traje pružanje nege, šta bi olakšalo proces nege) u obliku pitanja zatvorenog tipa. Samo je poslednje pitanje bilo otvorenog tipa, što je učesnicima omogućilo da pruže dodatne kontekstualne informacije.

2.2. Intervjui

Intervjui su sprovedeni licem u lice, putem video-konferencije (Zoom platforma) ili telefonom. Pitanja za intervju razvijena su na osnovu ranije literature o negovateljima i ranijih istraživanja koje je SUAB sproveo. Cilj intervjua bio je prikupljanje kontekstualnih dokaza i dublje razumevanje potreba negovatelja. Dodeljeno vreme za intervjue bilo je između 30 i 45 minuta, a sprovedeno je 20 intervjua u periodu od 1. oktobra do 20. decembra 2025. godine.

2.3. Uzorak i regrutovanje

Regrutovanje je sprovedeno preko SUAB-a. Poziv putem elektronske pošte poslat je na 60 adresa srodnika koji su tokom 2024. i 2025. godine kontaktirali udruženje. Zainteresovane osobe su prvo kontaktirale istraživača, nakon čega su im poslati obrasci za informacije i saglasnost, uključujući saglasnost za učešće i u upitniku i u intervjuu. Učesnici koji su dali pisanu saglasnost naknadno su kontaktirani radi dogovora o popunjavanju upitnika i zakazivanju intervjua. Anketu je popunilo 35 negovatelja.

Ovu studiju odobrio je Etički komitet Univerziteta u Beogradu, Fakulteta političkih nauka, pod brojem 13-1257 (2. septembar 2025. godine).

2.4. Prikupljanje i analiza podataka

Podaci su prikupljani od 1. oktobra do 1. decembra 2025. godine. Kvantitativni podaci analizirani su korišćenjem deskriptivne statistike korišćenjem SPSS softvera [Verzija 31.0; IBM, 2025]. Kvalitativni podaci iz intervjua su kodirani uz pomoć Nvivo softvera [Verzija 15.0.0.12; Lumivero, 2024] a analizirani su refleksivnom tematskom analizom(Braun & Clarke, 2019). Rezultati oba pristupa objedinjeni su metodološkom triangulacijom, uz poređenje sa nalazima ranijih istraživanja koja je SUAB sproveo među negovateljima.

3. Rezultati

3.1. Rezultati ankete

3.1.1. Demografski podaci

Demografski podaci prikupljeni su isključivo putem ankete. Većina negovatelja bile su žene koje su negovale svoje roditelje (n=20; 57,1%), zatim svoju braću i sestre (n=2; 5,7%), supružnike, tastove/svekrve ili druge rođake i prijatelje (n=8; 22,9%). Od pet muških negovatelja, jedan pruža negu svojoj supruzi, a ostali svojim roditeljima. Većina negovatelja živi u glavnom gradu Republike Srbije, Beogradu, a ostali u Kragujevcu, Nišu, Novom Sadu, Čačku i Priboju.

3.1.2. Dijagnoza

Od 37 osoba o kojima se brine, za 30 je potvrđeno da imaju formalnu dijagnozu demencije, jedan negovatelj je odgovorio odrečno, a šestoro nije odgovorilo na ovo pitanje. Što se tiče dijagnostičkih procedura, učesnicima je ponuđeno da zaokruže sve navedene alate koji su bili uključeni u dijagnostičku proceduru.

Dijagnoza demencije je dobijena od neurologa u 20 slučajeva (57,1%), od neuropsihijatra u 10 slučajeva (28,6%), od neurofiziologa u jednom slučaju (2,9%), dok jedan učesnik nije bio siguran koji tip specijaliste je saopštio dijagnozu (2,9%), a troje učesnika (8,6%) nije znalo koji je specijalista bio uključen u proces dijagnoze.

Negovatelji su bili uključeni u proces dijagnoze usmeno, putem jednog od dijagnostičkih pregleda kod specijaliste, ili putem testa koji se odnosi na promene u pamćenju, ponašanju ili funkcionalnosti osobe koja živi sa demencijom. Od 35 negovatelja, sedmoro (22,6%) je izjavilo da su imali test, 21 (67,7%) nije imalo test, troje (9,7%) je izabralo odgovor „nisam siguran/sigurna“, a četvoro nije odgovorilo na ovo pitanje.

3.1.3. Podrška nakon dijagnoze

Podrška nakon dijagnoze obuhvatala je sledeće opcije: lekar opšte prakse, specijalista, crkva, SUAB, socijalni radnik, penzionerska organizacija, porodica, prijatelji, komšije i drugo, uz mogućnost izbora više odgovora. Porodica je bila najčešće biran vid podrške (n=22; 68,8% slučajeva), zatim SUAB (n=15; 46,9% slučajeva) i lekar specijalista (n=13; 40,6% slučajeva). Pod opcijom „drugo“ pojedini učesnici su i dalje navodili svog specijalistu, rođake ili versku organizaciju „Hleb života“.

3.2. Nalazi iz intervjua

Tematskom analizom podataka iz 20 intervjua, u kombinaciji sa nalazima ranijih istraživanja koja je SUAB sproveo među negovateljima, izdvojeno je pet centralnih tema sa pripadajućim podtemama.

3.2.1. Porodični negovatelji su žrtve sistema

Zdravstveni i socijalni sistem niti dovoljno poznaje, niti priznaje demenciju

Razočaranje u zdravstveni i socijalni sistem je veliko. Neki učesnici su smatrali da je zdravstveni sistem bio bolje organizovan u socijalizmu. Iako su priznali da je privatni zdravstveni sistem daleko bolje organizovan, troškovi – posebno za prijem u bolnicu – stavljaju ga van njihovog domašaja. Mnogi su se žalili na usluge primarne zdravstvene zaštite i na lekare i medicinske sestre koji, po njihovom mišljenju, nisu razumeli složene potrebe osoba sa demencijom i nisu posedovali veštine da sa njima efikasno komuniciraju.

Učesnici su bili podjednako razočarani sistemom socijalne zaštite, za koji su smatrali da ih ne prepoznaje kao populaciju kojoj je potrebna podrška. Opisali su neadekvatnu pomoć u dobijanju odobrenja za usluge pomoći u kući. Ova pomoć može da se dobije, ali uz čekanje i duže od dve godine, i to samo u slučajevima da oboleli živi sam u stanu ili sa drugom osobom kojoj je takođe potrebna pomoć u kući. Osobe sa demencijom u poodmaklim fazama ne mogu samostalno da funkcionišu u kućnim uslovima bez celodnevne pomoći, te najčešće moraju da pređu da žive sa nekim od mlađih srodnika, što ih isključuje iz programa pomoći u kući. Pored formalnih sistema nege, učesnici su naveli da osoblje u javnim službama slabo razume demenciju, a i negovatelji i osobe sa demencijom opisali su iskustva diskriminacije i nesporazuma u javnim prostorima.

> *Najteže mi je palo to što smo nevidljivi i za sistem i za druge ljude. Pomoglo bi kad bi znali da postoje procedure Šta ako? Da znamo koga da zovemo, koga da pitamo.*

Negovatelj gubi svoju ličnost – on je samo negovatelj

Učesnici su izrazili osećaj preopterećenosti svojom ulogom, a samo je jedan učesnik govorio i o momentima sreće. Čak i među onima koji nisu prijavili da su u krizi ili u potpunosti zaokupljeni ulogom negovatelja, svi su opisali širok spektar nezadovoljenih potreba – nedostatak predaha, organizovane kućne nege i nefarmakoloških terapija, posebno za one koji žive van glavnog grada, kao i nedovoljno vremena za brigu o sopstvenom zdravlju i dobrobiti, za provođenje vremena sa decom i unucima ili za druženje.

Najčešće ne uspevamo da stignemo da se setimo sebe, svojih potreba jer sve tri smo zaposlene i svaka ima i svojih zdravstvenih i drugih porodičnih problema i obaveza.

SUAB je podrška, ali potrebe su mnogo veće

Učesnici su izjavili da se osećaju napušteno od strane zdravstvenog i socijalnog sistema zaštite, svoje zajednice, rođaka i prijatelja. Većina je dobila izvesnu podršku od uže porodice, uz informacije i nedeljne grupne aktivnosti koje organizuje SUAB – ali samo ukoliko žive u Beogradu. Van toga, podrška je bila minimalna. Razlika između njihovih potreba i dostupne podrške ostavljala je kod učesnika osećaj besa, razočaranja i tuge; uprkos tome što su žrtvovali sopstvene živote da bi brinuli o drugima, osećali su da se niko ne brine o njima. Ispitanici prepoznaju SUAB, kao veliku podršku i prepoznaju značaj usluga koje SUAB pruža. Počev od usluge savetovanja i psihosocijalne podrške koju dobijaju, preko mogućnosti da razmenjuju iskustva sa drugim srodnicima/

negovateljima preko grupe podrške, pa radionica koje se organizuju u Beogradu za osobe sa demencijom koje žive u Beogradu. Na ovim radionicama SUAB organizuje kreativne, rekreativne i kognitivne aktivnosti putem upražnjavanja radne terapije, drama terapije, muziko terapije, kao i psihosocijalne podrške. Ova pomoć je značajna ali nedovoljna. Uslugama savetovanja i psihosocijalne podrške srodnicima osoba sa demencijom podržali smo oko 850 porodica, od 2021.godine do danas a koje žive u 70 različitih gradova/opština Srbije, među kojima je najviše onih iz Beograda. Usluge tročasovnih radionica jednom nedeljno(dnevnog boravka), koristilo je tek 49 različitih osoba sa demencijom iz Beograda i još pet-šest njih koristilo je usluge drama terapije On line.

SUAB mi pruža psihosocijalnu podršku i osećaj da nisam sama u izazovima koje donosi svakodnevna briga o oboleloj osobi.. Kroz programe i radionice dobijam praktične informacije i savete koji mi olakšavaju komunikaciju i organizaciju nege. Najvažnije je što ova podrška osnažuje i mene i osobu o kojoj brinem, čuvajući dostojanstvo i kvalitet života. Volela bih da je dostupna još češće.

Za mene rasterećenje – utorkom (drama terapija preko Zoom-a) i četvrtkom radionice u Mesnoj zajednici radost obolelih.

Grupa podrške mi mnogo znači jer mogu da razmenim iskustva sa ljudima koji prolaze kroz slične izazove. Takođe dobijam korisne savete i psihološku podršku. Bilo

bi dobro da se organizuje i dodatni termin ili više susreta tokom meseca.

3.2.2. „Lekar prepisuje lekove, a za sve ostalo snađite se sami“

Učesnici su opisali dijagnozu kao proces koji obično počinje primećivanjem prvih simptoma, koji su isprva odbačeni kao izolovani incidenti ili niz nepovezanih nesreća. Kada bi osoba konačno posetila izabranog lekara, ovaj često u početku nije prepoznavao simptome kao znak demencije; tek nakon insistiranja članova porodice sledilo je upućivanje kod specijaliste. Većina učesnika posećivala je privatnu kliniku, gde je dijagnostički proces tekao glatko, a osobi je najčešće dijagnostikovana Alchajmerova bolest u umerenoj ka teškoj fazi demencije.

Tada joj je postavljena i dijagnoza demencije i prepisana terapija i to je to od lekara.

Specijalista bi obično prepisao inhibitor holinesteraze i memantin, često uz atipični antipsihotik i antiepileptik. Porodice ističu da su ovi poslednji lekovi prepisivani uprkos samo minimalnim promenama u ponašanju i ličnosti. Iako porodice uglavnom nisu bile upoznate sa specifičnim lekovima, izrazile su zabrinutost da je njihov rođak možda prekomerno lečen. Specijalista bi zatim zakazao kontrolni pregled radi provere terapije, a pojedini specijalisti su savetovali i da su šetnja i fizička aktivnost važni za osobu sa demencijom.

Da nema SUAB-a, negovatelji ne bi znali za nefarmakološke terapije

Van propisane terapije lekovima, informacije o nefarmakološkim vidovima podrške – kognitivnoj stimulaciji, kreativnim i rekreativnim aktivnostima, psihosocijalnoj podršci – negovatelji su gotovo isključivo dobijali preko SUAB-a, a ne kroz zvaničan zdravstveni ili socijalni sistem.

Ja sam za vas (SUAB) saznala preko televizije. Slušala sam kada ste pričali o dnevnom boravku I tada sam rekla ovo je za mog brata. I tako mi sad dolazimo četvrtkom i tako se i informišemo i dolazimo na ostala događanja.

Ovo ukazuje na to da odgovornost za informisanje i usmeravanje porodica, van same medikacije, u velikoj meri leži na jednom volonterski vođenom udruženju.

3.2.3. „Prepreka u pružanju nege nije samo sistem već i 'drugi'"

Pomoć u kući ako si srećne ruke

Određeni propisi identifikovani su kao propisi kojima je neophodna reforma – na primer, usluga geronto-domaćice, koja je dostupna samo osobama koje žive same, ili ako je bračni par, pa im je oboma potrebna pomoć. Ukoliko osoba sa demencijom živi sa porodicom, porodica nema pravo na ovu vrstu podrške i pomoći u kući, čak i kada su svi članovi porodice zaposleni sa punim radnim vremenom.

Prešla da živim sa mamom i sve sam morala sama. Ona nije imala pravo na dodatnu negu...na gerontodomaćicu, a i da jeste pošto je živela u selu, opet ne bi mogla da je dobije. Za svaku nabavku, odlazak do grada, udaljenog 20-

ak km, plaćala sam ženu iz komšiluka, jer nisam smela da mamu ostavim samu.

Šira porodica, rođaci i prijatelji takođe nisu uspevali da shvate situaciju u kojoj se porodica nalazi, često isključujući negovatelje i osobe sa demencijom iz porodičnih okupljanja i društvenih događaja. Prepreke, dakle, nisu dolazile samo iz formalnog sistema zdravstvene i socijalne zaštite, već i iz neposrednog društvenog okruženja.

3.2.4. „Porodica je najvažnija karika podrške, a ta karika puca“

Porodica predstavlja suštinski izvor podrške. Uža porodica – najčešće deca ili braća i sestre – pokušava da bude uz negovatelja tokom čitavog toka bolesti, ali njihov kapacitet je obično ograničen, jer su zaposleni i imaju mnogo sopstvenih obaveza. Kod negovatelja koji nemaju širu porodicu na koju bi mogli da se oslone, ova karika podrške u potpunosti nedostaje, što dodatno pojačava osećaj usamljenosti i iscrpljenosti.

To je veoma teško opisati. Obično izjutra dođe sestričina da majku podignemo, damo joj lekove, nahranimo. Budući da su sestre uvek prva smena, a moja profesija nije vezana za radno vreme (radim kad stignem između obaveza, teško je, ali još uvek uspevam), posle tih jutarnjih obaveza oko majke, ja odlazim na posao, a sa majkom ostaje sestričina (ima 22 godine). Ona je obilazi na dva, tri sata, dođe da je joj da vodu, nahrani, odvede do toaleta.

3.2.5. „Dnevni centar je urgentan – to bi promenilo život negovateljima“

Smanjiti društvenu izolovanost i stigmu, a omogućiti predah

Negovatelji su identifikovali dnevne centre kao jednu, najpoželjniju uslugu koja bi značajno olakšala njihovu situaciju – više nego bilo koja druga pojedinačna promena u sistemu zdravstvene i socijalne zaštite. Ovakva usluga bi negovateljima pružila vreme da se posvete porodičnim obavezama i sopstvenom zdravlju i dobrobiti, a osobama sa demencijom bi omogućila druženje, strukturu i kreativne aktivnosti tokom dana, čime bi se smanjila i društvena izolovanost i stigma sa kojom se ova populacija suočava.

> *Mnogo bi mi značilo kada bih makar dva-tri sata dnevno mogla da budem sama, da ćutim, ne mislim ni na šta – a da tada neko bude uz njega.*

3.3. Triangulacija nalaza

Kvantitativni i kvalitativni podaci u velikoj meri se poklapaju i međusobno dopunjuju. Nizak nivo formalne, stručne podrške zabeležen u anketi (post-dijagnostička podrška od strane lekara specijaliste u svega 40,6% slučajeva, a socijalnog radnika u zanemarljivom procentu) potvrđen je i produbljen kroz intervjue, u kojima su negovatelji opisali konkretne oblike zapostavljenosti od strane zdravstvenog i socijalnog sistema. Slično tome, centralna uloga porodice i SUAB-a, uočena u anketi kao dva najčešća izvora

podrške, u intervjuima dobija dublje značenje – ne kao znak da je podrška dovoljna, već kao znak da je porodica i malo, volontersko udruženje jedino što u praksi postoji. Podaci o potrebi za dnevnim centrom do kojih se došlo u istraživanjima iz 2014 su potvrđeni kroz intervjue takođe.

4. Diskusija

Nalazi naših istraživanja pokazuju da negovatelji u Srbiji doživljavaju visok nivo opterećenja, jer njihova uloga nije adekvatno podržana od strane zdravstvenog i socijalnog sistema zaštite. Podrška koju pružaju članovi porodice, zajedno sa onom koju nudi SUAB, značajna je, ali nedovoljna. Ovakav nalaz u skladu je sa iskustvima drugih zemalja u regionu jugoistočne Evrope, ali stoji u oštrom kontrastu sa nivoom razvijenosti podrške negovateljima u zemljama zapadne Evrope i Australije (Australian Government Department of Health and Aged Care., 2025; Larkin et al., 2022).

Iako se negovatelji u Republici Srbiji suočavaju sa značajnim brojem nezadovoljenih potreba, jasno i dosledno identifikovali su jednu potrebu koja je iznad svih ostalih: hitnu potrebu za razvojem usluga dnevnih centara. Na osnovu nalaza ovog istraživanja, kao i dosadašnjeg iskustva SUAB-a, promene su potrebne u nekoliko pravaca:

- Razviti instituciju dnevnih centara po uzoru na modele koji postoje u Engleskoj, Holandiji, Škotskoj i Japanu – društvene klubove sa integrisanim nefarmakološkim terapijama (Evans et al., 2023; Szcześniak et al., 2021);

- Inicirati i sprovesti promene u socijalnom, zdravstvenom i PIO sistemu, uključujući kriterijume za tuđu negu i pomoć, dobijanje usluge geronto-domaćice, kao i prepoznavanje demencije od strane zdravstvenih radnika i drugih javnih službi;
- Pravno regulisati status negovatelja i obezbediti ne samo plaćenu negu za osobu sa demencijom, u vidu novčanog dodatka za tuđu negu i pomoć, koja je inače nedovoljna (iznosi 37.218 dinara ako su penzioneri- u PIO sistemu a ako pravo ostvaruju preko centra za socijalni rad samo 14.405 dinara, dok te usluge višestruko više koštaju), već istu povećati makar da bude u visini minimalne cene rada. Takođe i obezbediti određeni prihod za samog negovatelja;
- Obezbediti psihološko savetovanje za negovatelje kao redovan, dostupan vid podrške.

Rešavanje ovih potreba zahteva prvo namensko vladino ulaganje u negu osoba sa demencijom u Republici Srbiji, što bi predstavljalo ključni prvi korak u prepoznavanju potreba osoba sa demencijom i njihovih porodičnih negovatelja koji žive u zajednici i u sopstvenim domovima.

5. Zaključak

Istraživanje SUAB-a potvrđuje da je briga o osobama sa demencijom u Srbiji u velikoj meri prepuštena porodici, uz minimalnu i neujednačenu podršku zdravstvenog i socijalnog sistema. Negovatelji jasno i dosledno prepoznaju dnevne centre kao

uslugu koja bi najviše doprinela kvalitetu njihovog života i života osoba o kojima brinu.

Prepoznavanje demencije kao zdravstvenog i socijalnog prioriteta, uz konkretno vladino ulaganje u usluge podrške, predstavlja neophodan i hitan korak ka smanjenju tereta koji trenutno u potpunosti nose porodice i mali broj volontera okupljenih oko Srpskog udruženja za Alchajmerovu bolest.

Literatura

Australian Government Department of Health and Aged Care. (2025). Support at home supplements and grants. Australian Goverment. Retrieved 2/12/2025 from https://www.health.gov.au/our-work/support-at-home/funding-for-support-at-home/support-at-home-supplements-and-grants

Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, 11(4), 589–597. https://doi.org/10.1080/2159676x.2019.1628806

Evans, S., Bray, J., Brooker, D., & Stephens, N. (2023). The essential features of Meeting Centres: development of the UK criteria for community support for people affected by dementia. Working with Older People, 27(3), 191–201. https://doi.org/10.1108/wwop-03-2022-0009

Larkin, M., Henwood, M., & Milne, A. (2022). Older carers and carers of people with dementia: Improving and developing effective support. Social Policy and Society.

Liamputtong, P. (2019). Handbook of research methods in health social sciences. Springer.

Monteiro, J. M., Bastos, A., & Barbosa, M. R. (2024). Social engagement and wellbeing in later life: a systematic revew. Ageing & Society. https://doi.org/10.1017/S0144686X24000011

Olsson, B., Lautner, R., Andreasson, U., Öhrfelt, A., Portelius, E., Bjerke, M., Hölttä, M., Rosén, C., Olsson, C., Strobel, G., Wu, E., Dakin, K., Petzold, M., Blennow, K., & Zetterberg, H. (2016). CSF and blood biomarkers for the diagnosis of Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. Neurology, 15(7), 673–684. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(16)00070-3

Oyebode, J., Fontaine, J. L., Stamou, V., & Carter, J. (2024). Establishing and sustaining high-quality services for people with young onset dementia: the perspective of senior service providers and commissioners. International Psychogeriatrics, 36(6), 415–424. https://doi.org/10.1017/s1041610223000443

Pavković, S., Goldberg, L. R., Farrow, M., Alty, J., Abela, M., & Low, L.-F. (2025). Post-diagnostic support in Australia: Perspectives of people recently diagnosed with dementia and their carers. Dementia, 24(6). https://doi.org/https://doi.org/10.1177/14713012251333880

Pavković, S., Satarić, N., & Perišić, N. (2026). Why No One Worries About Us"? Perspectives from Carers of People Living with Dementia in The Republic of Serbia. Geriatrics and Healthcare, 1(3). https://doi.org/10.64187/gh.2026.v1.i3.001

Satarić, N., & Kalašić-Milićević, A. (2014). Život bez sećanja: Istraživanje o potrebama za Dnevnim centrom za demente u Beogradu. Amity S. Prijateljstva.

Szcześniak, D., Rymaszewska, J., Saibene, F. L., Lion, K. M., D'Arma, A., Brooker, D., Evans, S. B., Evans, S. C., Chattat, R., Scorolli, C., Meiland, F., Hendriks, I., Dröes, R.-M., & Farina, E. (2021). Meeting centres support programme highly appreciated by people with dementia and carers: a European cross-country evaluation. Aging & Mental Health, 25(1), 149–159. https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1683814

Yadollahikhales, G., & Rojas, J. C. (2023). Anti-Amyloid Immunotherapies for Alzheimer's Disease: A 2023 Clinical Update. Neurotherapeutics, 20(4), 914–931. https://doi.org/10.1007/s13311-023-01405-0

https://doi.org/10.47152/psihsoc2026.9

Marija Jovanović Stojaković*
CEPORA-Centar za pozitivan razvoj dece i omladine, Beograd

Lidija Bukvić*
Univerzitet u Beogradu-Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, CEPORA-Centar za pozitivan razvoj dece i omladine, Beograd

Dragana Bogićević*
Univerzitet u Beogradu-Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, CEPORA-Centar za pozitivan razvoj dece i omladine, Beograd

Branislava Popović-Ćitić*
Univerzitet u Beogradu–Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, CEPORA–Centar za pozitivan razvoj dece i omladine, Beograd

PROGRAMSKI MODEL KLUBA ZA MLADE: POTENCIJALNI DOPRINOS PSIHOSOCIJALNOJ ADAPTACIJI MLADIH SA ZDRAVSTVENIM TEŠKOĆAMA

Psihosocijalna adaptacija mladih sa zdravstvenim teškoćama predstavlja složen, dinamičan i kontekstualno uslovljen razvojni proces koji, pored karakteristika zdravstvenog stanja, u velikoj meri zavisi od kvaliteta socijalnog okruženja i dostupnosti podrške u zajednici. Savremeni pristupi sve više naglašavaju značaj programa u zajednici koji dopunjuju zdravstvene, obrazovne i socijalne usluge kroz razvoj socijalnih kompetencija, vršnjačke podrške i aktivne participacije mladih. Cilj ovog rada jeste da kroz konceptualnu analizu predstavi programski model Kluba za mlade, koji realizuje CEPORA – Centar za pozitivan razvoj dece i

* E-mail: marija.jovanovic@cepora.org ORCID: https://orcid.org/0009-0008-8935-9816
* E-mail: lidija.bukvic@cepora.org ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8161-1337
* E-mail: dragana.bogicevic@cepora.org ORCID: https://orcid.org/0009-0007-0388-2968
* E-mail: bpc@fasper.bg.ac.rs ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1076-5838

omladine, i razmotri njegov potencijalni doprinos psihosocijalnoj adaptaciji mladih sa zdravstvenim teškoćama. Analiza je zasnovana na relevantnoj teorijskoj literaturi iz oblasti psihosocijalne adaptacije, omladinskog rada i podrške u zajednici, kao i na višegodišnjoj programskoj dokumentaciji Kluba. Razmotrene su ključne organizacione i metodološke karakteristike programa, sa posebnim osvrtom na razvoj socijalnih kompetencija, vršnjačke podrške, osećaja pripadnosti, autonomije, rezilijentnosti i socijalne uključenosti. Nalazi ukazuju da kontinuirani grupni rad, iskustveno učenje, aktivna participacija mladih, individualna podrška i aktivnosti u zajednici predstavljaju međusobno povezane komponente programskog modela koje mogu doprineti jačanju protektivnih faktora povezanih sa uspešnijom psihosocijalnom adaptacijom mladih sa zdravstvenim teškoćama. Rad pokazuje na koji način se principi omladinskog rada mogu operacionalizovati kroz strukturisan program podrške u zajednici i predstavlja konceptualnu osnovu za buduća evaluaciona istraživanja njegovih efekata.

Ključne reči: *psihosocijalna adaptacija, mladi sa zdravstvenim teškoćama, omladinski rad, podrška u zajednici, socijalna uključenost.*

Uvod

Adolescencija i period mladog odraslog doba predstavljaju razvojne faze obeležene intenzivnim fizičkim, psihološkim i socijalnim promenama tokom kojih mladi razvijaju autonomiju, oblikuju identitet, uspostavljaju stabilne vršnjačke odnose i stiču kompetencije neophodne za preuzimanje novih obrazovnih, profesionalnih i društvenih uloga. Istovremeno, reč je o periodu povećane osetljivosti na različite razvojne rizike, zbog čega očuvanje zdravlja i dobrobiti mladih predstavlja jedan od važnih javnozdravstvenih prioriteta. Savremeni pristupi zdravlju

adolescenata naglašavaju da dobro zdravlje u ovom životnom periodu podrazumeva znatno više od odsustva bolesti i da zavisi od mogućnosti mladih da učestvuju u obrazovanju, razvijaju kvalitetne socijalne odnose, ostvaruju osećaj pripadnosti i aktivno učestvuju u životu zajednice (Lerner et al., 2005; World Health Organization, 2024).

Pojava zdravstvenih teškoća u ovom razvojnom periodu donosi izazove koji prevazilaze medicinske aspekte bolesti i ogledaju se u ograničenim mogućnostima za učešće u obrazovanju, vršnjačkim odnosima i drugim oblastima svakodnevnog života. Zbog toga se savremeni pristupi sve više zasnivaju na biopsihosocijalnom modelu zdravlja i funkcionisanja, prema kojem funkcionisanje osoba sa zdravstvenim teškoćama proizlazi iz međusobnog delovanja zdravstvenog stanja i činilaca okruženja (World Health Organization, 2001). U okviru takvog pristupa, psihosocijalna adaptacija predstavlja jedan od ključnih koncepata za razumevanje psihološkog i socijalnog funkcionisanja, kao i kvaliteta života osoba sa zdravstvenim teškoćama (Livneh & Antonak, 2005).

U skladu sa tim, savremena istraživanja ukazuju da uspešna psihosocijalna adaptacija ne zavisi isključivo od karakteristika zdravstvenog stanja, već u velikoj meri od kvaliteta socijalnog okruženja i dostupnosti različitih oblika podrške u zajednici (Helgeson & Zajdel, 2017; Sansom-Daly et al., 2012; Sonneveld et al., 2021). U tom smislu, sve veća pažnja posvećuje se programima koji dopunjuju zdravstvene, obrazovne i socijalne usluge, omogućavajući mladima razvoj socijalnih kompetencija,

uspostavljanje vršnjačke podrške, jačanje osećaja pripadnosti i aktivno učešće u životu zajednice.

Ipak, iako brojna istraživanja potvrđuju značaj socijalne podrške, participacije i osećaja pripadnosti za psihosocijalnu adaptaciju osoba sa zdravstvenim teškoćama, znatno je manje radova koji se bave opisom i konceptualnom analizom konkretnih modela podrške u zajednici. Posebno je ograničen broj publikacija koje sistematično razmatraju na koji način organizacione i metodološke karakteristike ovakvih programa mogu doprineti psihosocijalnoj adaptaciji mladih sa zdravstvenim teškoćama, naročito u domaćem kontekstu.

Polazeći od navedenog, cilj ovog rada jeste da kroz konceptualnu analizu predstavi programski model Kluba za mlade, koji realizuje CEPORA – Centar za pozitivan razvoj dece i omladine, i razmotri njegov potencijalni doprinos psihosocijalnoj adaptaciji mladih sa zdravstvenim teškoćama. U radu se analiziraju osnovne komponente programa, način njegove organizacije i metodološke karakteristike, uz razmatranje načina na koji ovakav model podrške u zajednici može doprineti razvoju socijalnih kompetencija, osećaja pripadnosti, samostalnosti i aktivnog uključivanja mladih u život zajednice. Važno je naglasiti da Klub nije koncipiran kao specijalizovana zdravstvena ili terapijska usluga, već kao komplementarni program u zajednici zasnovan na principima omladinskog rada, čiji je cilj da podrži pozitivan razvoj, osamostaljivanje i socijalno uključivanje mladih.

Psihosocijalna adaptacija i podrška u zajednici

Psihosocijalna adaptacija predstavlja jedan od centralnih koncepata savremenog razumevanja funkcionisanja i kvaliteta života osoba sa zdravstvenim teškoćama. U skladu sa biopsihosocijalnim modelom zdravlja, ona se razume kao dinamičan proces u kojem funkcionisanje osobe proizlazi iz međusobnog delovanja zdravstvenog stanja, individualnih karakteristika i faktora okruženja, pri čemu pojedinac nastoji da očuva psihološku dobrobit, kvalitet socijalnih odnosa i aktivno učešće u svakodnevnom životu (Helgeson & Zajdel, 2017; Livneh & Antonak, 2005). Savremeni autori naglašavaju da se psihosocijalna adaptacija ne može posmatrati kao konačno stanje ili ishod, već kao razvojni proces koji se menja tokom vremena u zavisnosti od životnih okolnosti, razvojnih zadataka, individualnih resursa i karakteristika socijalnog okruženja (Helgeson & Zajdel, 2017).

Tokom adolescencije i mladog odraslog doba psihosocijalna adaptacija dobija poseban značaj, budući da se upravo u ovom periodu odvijaju procesi razvoja identiteta, osamostaljivanja, preuzimanja novih društvenih uloga i uspostavljanja stabilnih vršnjačkih odnosa. Zdravstvene teškoće mogu otežati ostvarivanje ovih razvojnih zadataka, naročito ukoliko dovode do ograničenog učešća u obrazovanju, vršnjačkim odnosima i drugim društvenim aktivnostima. Empirijski nalazi dosledno pokazuju da uspešna psihosocijalna adaptacija nije određena isključivo karakteristikama zdravstvenog stanja ili stepenom funkcionalnih ograničenja, već u velikoj meri zavisi od protektivnih faktora prisutnih u neposrednom socijalnom okruženju, među kojima se posebno izdvajaju kvalitet socijalne podrške, pozitivni vršnjački odnosi, osećaj pripadnosti,

mogućnosti za aktivnu participaciju, razvoj životnih veština, osećaj lične efikasnosti i rezilijentnost (Helgeson & Zajdel, 2017; Kirkpatrick, 2020; Masten, 2014; Melton et al., 2025). Takvo razumevanje psihosocijalne adaptacije dovelo je do promena u savremenim pristupima podršci mladima sa zdravstvenim teškoćama. Umesto isključive usmerenosti na lečenje ili ublažavanje posledica zdravstvenog stanja, sve veći značaj pridaje se intervencijama koje jačaju protektivne faktore u svakodnevnom okruženju mladih i podstiču njihovo aktivno učešće u zajednici. Zbog toga podrška mladima danas sve više prevazilazi okvire zdravstvenog sistema i uključuje obrazovne, socijalne i različite programe podrške u zajednici koji doprinose razvoju socijalnih mreža, sticanju novih iskustava, donošenju odluka i postepenom osamostaljivanju. Podrška u zajednici tako postaje važan resurs socijalnog uključivanja, participacije i unapređenja kvaliteta života, omogućavajući mladima da izgrađuju i održavaju socijalne mreže i postepeno preuzimaju aktivniju ulogu u svakodnevnom životu zajednice (United Nations, 2006; World Health Organization, 2022).

Jedan od značajnih oblika ovakve podrške predstavljaju programi omladinskog rada. Za razliku od intervencija koje su prvenstveno usmerene na rešavanje problema ili smanjenje teškoća, omladinski rad polazi od potencijala mladih i njihove aktivne uloge u sopstvenom razvoju. Kroz dobrovoljno učešće, iskustveno učenje, vršnjačku podršku i participativne metode rada doprinosi razvoju ličnih, socijalnih i praktičnih kompetencija, jačanju autonomije i socijalnom uključivanju mladih (Ord, 2016). Takvo razumevanje omladinskog rada u skladu je sa savremenim

evropskim politikama koje ga definišu kao razvojni proces usmeren na osnaživanje mladih i participaciju u društvenom životu (Council of Europe, 2017; European Commission, 2024).

Upravo zbog svoje razvojne usmerenosti, fleksibilnosti i naglaska na participaciji, programi omladinskog rada predstavljaju pogodan okvir za razvoj protektivnih faktora koji doprinose uspešnijoj psihosocijalnoj adaptaciji. Kontinuirano uključivanje u grupne aktivnosti, mogućnost uspostavljanja kvalitetnih vršnjačkih odnosa, razvoj osećaja pripadnosti, sticanje novih kompetencija i aktivno učešće u donošenju odluka odgovaraju upravo onim faktorima koji se u savremenoj literaturi dosledno povezuju sa pozitivnim razvojnim ishodima mladih sa zdravstvenim teškoćama (Allen et al., 2021; Helgeson & Zajdel, 2017; Kirkpatrick, 2020; Melton et al., 2025).

Jedan od organizacionih oblika kroz koje se ovi principi mogu operacionalizovati jesu klubovi za mlade. Njihove osnovne karakteristike obuhvataju kontinuiran rad sa istom grupom učesnika, kombinovanje grupnog i individualnog rada, razvoj vršnjačke podrške i aktivno uključivanje mladih u planiranje i realizaciju aktivnosti (Jovanović Stojaković i sar., 2026). Takva organizacija omogućava povezivanje različitih razvojnih aktivnosti u jedinstven i dugoročan proces podrške, čime se stvaraju uslovi za postepeni razvoj kompetencija, izgradnju odnosa poverenja i jačanje socijalne uključenosti. Na navedenim teorijskim i konceptualnim polazištima zasniva se programski model Kluba za mlade, čije su osnovne karakteristike predstavljene u narednom delu.

Programski model Kluba za mlade

Klub za mlade razvijen je u okviru programa Centar podrške za mlade, koji od 2020. godine realizuje CEPORA – Centar za pozitivan razvoj dece i omladine. Namenjen je mladima kojima je potrebna dodatna podrška u procesu osamostaljivanja, socijalnog uključivanja i razvoja kompetencija neophodnih za svakodnevno funkcionisanje. U okviru Centra podrške za mlade, Klub predstavlja centralnu programsku komponentu namenjenu kontinuiranom radu sa mladima i funkcioniše kao strukturirani prostor podrške u kojem se objedinjuju neformalno obrazovanje, razvoj životnih veština, vršnjačka podrška i aktivnosti socijalnog uključivanja. Program se realizuje kroz redovne nedeljne susrete, uz kombinovanje grupnog rada, aktivnosti u zajednici i individualne podrške kada je ona potrebna. Za razliku od povremenih edukativnih ili savetodavnih aktivnosti, Klub je koncipiran kao kontinuiran program koji mladima omogućava redovno okupljanje, razvoj vršnjačkih odnosa, sticanje novih znanja i veština i aktivno učešće u planiranju i realizaciji aktivnosti. Takva organizacija odgovara savremenim principima omladinskog rada, koji naglašavaju kontinuitet, dobrovoljnost učešća, participaciju i iskustveno učenje kao osnovne pretpostavke razvoja mladih (Council of Europe, 2017; Ord, 2016).

Program je namenjen mladima sa različitim iskustvima i potrebama, uključujući i mlade sa zdravstvenim teškoćama. Njegova osnovna karakteristika jeste razvojni pristup, koji polazi od potencijala i resursa mladih, a ne od njihovih ograničenja. U skladu sa principima omladinskog rada i neformalnog obrazovanja, aktivnosti su usmerene ka razvoju samostalnosti, socijalnih

kompetencija, osećaja pripadnosti i aktivnog uključivanja u život zajednice, pri čemu se podrška prilagođava individualnim potrebama učesnika uz očuvanje grupne dinamike i vršnjačke saradnje. Takvo razumevanje rada sa mladima u skladu je sa konceptom pozitivnog razvoja mladih, koji razvoj posmatra kroz jačanje kompetencija, odnosa i mogućnosti za aktivno učešće u zajednici (Lerner et al., 2005).

Razvojna usmerenost programa ostvaruje se kroz njegovu organizaciju i međusobno povezane programske komponente. Programski model zasniva se na povezivanju strukturiranih grupnih aktivnosti, individualne podrške, iskustvenog učenja i aktivnosti slobodnog vremena. Takva organizacija omogućava da se kroz različite sadržaje odgovori na potrebe i interesovanja mladih, uz očuvanje kontinuiteta rada i fleksibilnosti programa. Ovakav način organizacije u skladu je sa savremenim konceptualnim okvirima profesionalnog omladinskog rada, koji naglašavaju da se razvojni ishodi ostvaruju kroz međusobno povezane metode rada i dugoročne odnose podrške sa mladima, a ne kroz izolovane aktivnosti (Sonneveld et al., 2021). Kombinovanje grupnog i individualnog rada omogućava istovremeno uvažavanje individualnih potreba učesnika i razvoj vršnjačke podrške kao jednog od ključnih resursa programa. Za razliku od programa koji se realizuju kroz unapred definisane cikluse ili vremenski ograničene intervencije, uključivanje u Klub nije vremenski ograničeno. Mladi ostaju uključeni u program onoliko dugo koliko za tim imaju potrebu i interesovanje, što u praksi često podrazumeva višegodišnje učešće, pri čemu kontinuitet određuju potrebe i razvojni tok svakog

pojedinca, a ne unapred definisano trajanje programa. Takva organizacija omogućava postepeno uspostavljanje odnosa poverenja, razvoj stabilne vršnjačke mreže podrške i kontinuirani razvoj kompetencija, čime se stvaraju povoljni uslovi za psihosocijalnu adaptaciju, razvoj rezilijentnosti i socijalno uključivanje mladih. Značaj ovakvih komponenti programa potvrđuju i nalazi istraživanja adolescenata i mladih odraslih sa hroničnim zdravstvenim stanjima, prema kojima mladi kao nedovoljno dostupne najčešće prepoznaju socijalnu podršku, mogućnosti povezivanja sa vršnjacima, uključivanje u razvojno primerene aktivnosti i pristup psihosocijalnim uslugama (Allen et al., 2022).

Od pokretanja programa sprovedeno je više od 230 grupnih aktivnosti i radionica, uz prosečno oko 40 aktivnosti godišnje, pri čemu je tokom vremena uočljivo postepeno širenje tematskih oblasti, jačanje komponente psihosocijalne podrške i razvoj aktivnosti usmerenih na životne veštine i samostalno funkcionisanje mladih. Kontinuitet realizacije ukazuje da programski model nije nastao kao skup pojedinačnih aktivnosti, već kao razvojni proces koji se postepeno usložnjavao u skladu sa iskustvima iz prakse i potrebama mladih. Istovremeno, program nije razvijan kroz uvođenje nepovezanih aktivnosti, već kroz postepeno proširivanje međusobno povezanih programskih komponenti koje zadržavaju zajedničku razvojnu logiku i zajedničke ciljeve osnaživanja, participacije i socijalnog uključivanja mladih. Takva razvojna dinamika omogućila je da Klub postepeno izgradi prepoznatljiv i stabilan programski identitet, pri čemu su nove aktivnosti razvijane

kao nadogradnja postojećeg modela, a ne kao zasebne programske celine.

Centralni deo programa čine strukturirane grupne radionice koje se realizuju kao edukativne, praktične, zabavne i istraživačke aktivnosti. Edukativne radionice usmerene su na sticanje znanja važnih za samostalan život, praktične radionice na razvoj svakodnevnih životnih veština, zabavne radionice na kvalitetno provođenje slobodnog vremena i jačanje grupne kohezije, dok istraživačke radionice omogućavaju upoznavanje resursa lokalne zajednice i podstiču aktivnije uključivanje mladih u društveni život. Nezavisno od tematske oblasti, sve radionice zasnivaju se na iskustvenom učenju, aktivnoj participaciji učesnika i grupnoj interakciji, što predstavlja jedno od osnovnih metodoloških obeležja neformalnog obrazovanja (Kolb, 1984; Council of Europe, 2017). Mladi nisu samo učesnici radionica, već aktivno učestvuju u izboru tema, planiranju pojedinih aktivnosti i evaluaciji njihovog sadržaja, čime participacija predstavlja sastavni deo metodologije rada, a ne samo organizacioni princip programa. Na taj način razvija se osećaj zajedničke odgovornosti za program, podstiče aktivna uloga mladih u njegovom oblikovanju i jača doživljaj da su ravnopravni akteri, a ne samo korisnici podrške.

Važan segment programa predstavljaju i tematske sekcije – sportska, čitalačka, likovna i pozorišna – koje mladima omogućavaju da razvijaju interesovanja i kompetencije kroz aktivnosti slobodnog vremena. Iako se razlikuju po sadržaju i metodama rada, sve sekcije imaju zajedničku razvojnu funkciju. Sportska sekcija koristi metodologiju sporta za razvoj kao sredstvo

razvoja životnih veština i saradnje, čitalačka sekcija podstiče kritičko mišljenje i komunikacione veštine kroz zajedničko čitanje i diskusiju, likovna sekcija razvija kreativno izražavanje i samopouzdanje, dok pozorišna sekcija kroz metode primenjene drame doprinosi razvoju komunikacije, emocionalne pismenosti, saradnje i javnog nastupa. Posmatrano zajedno, različite sekcije predstavljaju komplementarne puteve razvoja kompetencija, prilagođene različitim interesovanjima i afinitetima mladih (Jovanović Stojaković i sar., 2026). Istovremeno, ovakva organizacija omogućava mladima da pronađu aktivnosti koje odgovaraju njihovim interesovanjima i snagama, čime se podstiče dugoročnije uključivanje u rad Kluba i razvoj osećaja pripadnosti grupi.

Posmatrano kao celina, programski model Kluba za mlade objedinjuje obrazovne, razvojne, kreativne i socijalne aktivnosti u jedinstven okvir podrške zasnovan na principima omladinskog rada i neformalnog obrazovanja. Njegova vrednost ne proizlazi iz pojedinačnih aktivnosti, već iz njihove međusobne povezanosti, kontinuiteta i usmerenosti ka zajedničkom cilju – osnaživanju mladih kroz razvoj kompetencija, jačanje socijalnih odnosa i uključivanje u život zajednice. U tom smislu, Klub za mlade može se razumeti kao integrisani razvojni model u kojem grupni rad, participacija, vršnjačka podrška i aktivnosti u zajednici deluju kao međusobno povezane komponente koje doprinose jačanju protektivnih faktora, unapređenju kvaliteta života i dugoročnom osnaživanju mladih sa zdravstvenim teškoćama kroz uspešniju psihosocijalnu adaptaciju i socijalno uključivanje.

Mehanizmi potencijalnog doprinosa psihosocijalnoj adaptaciji

Polazeći od karakteristika programskog modela i savremenih teorijskih saznanja o psihosocijalnoj adaptaciji, može se pretpostaviti da Klub za mlade ima potencijal da doprinese razvoju više protektivnih faktora koji se u literaturi povezuju sa uspešnijom psihosocijalnom adaptacijom mladih sa zdravstvenim teškoćama. Njegova vrednost ne proizlazi iz pojedinačnih aktivnosti, već iz njihove međusobne povezanosti i dosledne primene principa omladinskog rada, koji mladima omogućavaju razvoj kompetencija, ostvarivanje kvalitetnih socijalnih odnosa i aktivno učešće u životu zajednice (Council of Europe, 2017; European Commission, 2024). Takav pristup odgovara savremenim razvojnim modelima koji psihosocijalnu adaptaciju posmatraju kao rezultat interakcije individualnih resursa i karakteristika okruženja, pri čemu podržavajuće zajednice predstavljaju važan izvor rezilijentnosti i pozitivnih razvojnih ishoda (Bronfenbrenner & Morris, 2006; Helgeson & Zajdel, 2017).

Jedan od najznačajnijih potencijalnih doprinosa programa odnosi se na razvoj socijalnih kompetencija i vršnjačke podrške. Kontinuirani grupni rad, zajedničke radionice i aktivnosti u sekcijama stvaraju prilike za razvoj komunikacionih veština, saradnje, međusobnog poverenja i osećaja pripadnosti grupi (Sonneveld et al., 2021). Kvalitet socijalne podrške, prihvaćenost i pozitivni vršnjački odnosi u literaturi se dosledno prepoznaju kao značajni protektivni faktori psihosocijalne adaptacije mladih sa zdravstvenim teškoćama, povezani sa boljim mentalnim zdravljem, većim zadovoljstvom životom i uspešnijim socijalnim funkcionisanjem

(Taylor, 2011; Helgeson & Zajdel, 2017; WHO, 2022). Kontinuirani odnosi koji se razvijaju u okviru Kluba doprinose i izgradnji osećaja pripadnosti, koji savremena istraživanja prepoznaju kao važan protektivni faktor psihološke dobrobiti i socijalne uključenosti mladih. Osećaj da su prihvaćeni, uvaženi i ravnopravni članovi grupe može doprineti razvoju pozitivne slike o sebi i većoj spremnosti za uključivanje u različite aktivnosti u zajednici (Allen et al., 2021; Melton et al., 2025). Poseban značaj ovih odnosa ogleda se u tome što se razvijaju u kontinuiranom i podržavajućem grupnom okruženju, koje mladima omogućava da postepeno stiču iskustva poverenja, uzajamne podrške i saradnje (Allen et al., 2021).

Program istovremeno doprinosi osnaživanju mladih kroz razvoj samostalnosti, odgovornosti i osećaja lične efikasnosti. Aktivno uključivanje učesnika u planiranje, realizaciju i evaluaciju aktivnosti omogućava mladima da donose odluke, preuzimaju odgovornost i razvijaju autonomiju, dok iskustveno učenje i praktične aktivnosti podstiču sticanje životnih veština koje imaju neposrednu primenu u svakodnevnom funkcionisanju. Takav način rada odgovara participativnim pristupima omladinskog rada, prema kojima aktivno učešće mladih predstavlja važan mehanizam razvoja samopouzdanja, kompetentnosti i osećaja kontrole nad sopstvenim životom (Council of Europe, 2017; Lerner et al., 2005). Na taj način participacija predstavlja ne samo organizacioni princip programa, već i razvojni mehanizam kroz koji mladi postepeno jačaju osećaj kompetentnosti, samostalnosti i odgovornosti.

Ovakva pretpostavka dodatno je potkrepljena analizom višegodišnje programske dokumentacije Kluba za mlade, u kojoj su

kao najčešće identifikovane potrebe mladih izdvojene potrebe za socijalizacijom, razvojem komunikacionih veština, povećanjem samopouzdanja, podrškom u donošenju životnih odluka i razvojem praktičnih životnih veština. Upravo na ove oblasti usmerene su ključne komponente programskog modela (Jovanović Stojaković i sar., 2026).

Važan doprinos programa ogleda se i u jačanju socijalne uključenosti. Kontinuirano učešće u radu Kluba omogućava mladima da izgrade stabilne odnose sa vršnjacima i omladinskim radnicima, dok aktivnosti koje se realizuju u zajednici podstiču upoznavanje lokalnih resursa i njihovo postepeno uključivanje u društveni život. Na taj način razvoj kompetencija i socijalnih mreža nije ograničen na prostor Kluba, već se prenosi i na druge oblasti svakodnevnog funkcionisanja, čime se stvaraju uslovi za dugoročnije socijalno uključivanje. Upravo mogućnost participacije u zajednici i razvijanja socijalnih mreža predstavlja jednu od osnovnih pretpostavki uspešne psihosocijalne adaptacije u okviru biopsihosocijalnog modela zdravlja i Međunarodne klasifikacije funkcionisanja, invaliditeta i zdravlja (United Nations, 2006; World Health Organization, 2001).

Poseban kvalitet programskog modela predstavlja kombinovanje kontinuiteta rada i fleksibilnosti. Dugoročnije uključivanje mladih omogućava postepeni razvoj kompetencija i izgradnju odnosa poverenja, dok povezivanje grupnog rada, individualne podrške i aktivnosti u zajednici omogućava prilagođavanje programa različitim potrebama i interesovanjima učesnika. Takva organizacija povećava mogućnost da se stečena

znanja, veštine i iskustva prenesu u svakodnevne životne situacije, čime se dodatno osnažuju kapaciteti mladih za samostalno funkcionisanje. Istovremeno, kontinuitet rada omogućava razvoj stabilnih odnosa i postupno jačanje protektivnih faktora, što predstavlja važnu pretpostavku održivosti razvojnih ishoda programa omladinskog rada (Ord, 2016). Dugoročnije uključivanje u program mladima omogućava da nove kompetencije i obrasce ponašanja razvijaju, primenjuju i učvršćuju tokom dužeg vremenskog perioda, što može doprineti razvoju rezilijentnosti, shvaćene kao rezultat međusobnog delovanja ličnih resursa i podržavajućeg socijalnog okruženja (Masten, 2014).

Važno je naglasiti da nijedna od navedenih komponenti programa ne deluje izolovano. Njihov potencijal proizlazi upravo iz međusobne povezanosti i istovremene primene u okviru kontinuiranog procesa rada sa mladima. Posmatrano iz konceptualne perspektive, može se pretpostaviti da programski model ostvaruje svoj potencijalni doprinos psihosocijalnoj adaptaciji kroz nekoliko međusobno povezanih mehanizama: 1) razvoj socijalnih kompetencija i životnih veština; 2) izgradnju kvalitetnih vršnjačkih odnosa i osećaja pripadnosti; 3) jačanje autonomije kroz participaciju i donošenje odluka; 4) povezivanje mladih sa resursima lokalne zajednice; i 5) obezbeđivanje kontinuirane razvojne podrške kroz dugoročno uključivanje u program.

Programski model Kluba za mlade objedinjuje razvoj socijalnih kompetencija, vršnjačke podrške, osećaja pripadnosti, samostalnosti i aktivne participacije u jedinstven okvir podrške zasnovan na principima omladinskog rada. Sinergijsko delovanje

ovih komponenti predstavlja osnovni konceptualni mehanizam putem kojeg program može doprineti psihosocijalnoj adaptaciji mladih sa zdravstvenim teškoćama. Time Klub za mlade predstavlja primer kako se savremeni principi omladinskog rada i podrške u zajednici mogu operacionalizovati kroz koherentan i održiv razvojni model usmeren na jačanje protektivnih faktora psihosocijalne adaptacije, osnaživanje mladih i unapređenje njihovog učešća u životu zajednice.

Zaključak

Psihosocijalna adaptacija mladih sa zdravstvenim teškoćama predstavlja složen, dinamičan i kontekstualno uslovljen razvojni proces koji, pored karakteristika zdravstvenog stanja i individualnih resursa, u velikoj meri zavisi od kvaliteta podrške dostupne u zajednici. Savremeni pristupi sve više naglašavaju da uspešna adaptacija podrazumeva stvaranje okruženja koje mladima omogućava razvoj socijalnih kompetencija, uspostavljanje kvalitetnih vršnjačkih odnosa, razvoj autonomije i aktivnu participaciju u životu zajednice. U tom kontekstu, programi zasnovani na principima omladinskog rada mogu predstavljati važan komplementarni oblik podrške zdravstvenim, obrazovnim i socijalnim uslugama.

U radu je predstavljen i konceptualno analiziran programski model Kluba za mlade, razvijen u okviru Centra podrške za mlade organizacije CEPORA – Centar za pozitivan razvoj dece i omladine. Analiza pokazuje da se model zasniva na međusobno povezanim komponentama – strukturiranim grupnim aktivnostima, individualnoj

podršci, iskustvenom učenju, tematskim sekcijama i aktivnostima u zajednici – koje su objedinjene principima kontinuiteta rada, participacije mladih, vršnjačke podrške i razvojnog pristupa. Upravo njihova međusobna povezanost predstavlja osnovnu vrednost programa i razlikuje ga od povremenih ili parcijalnih oblika podrške.

Polazeći od savremenih teorijskih saznanja, može se pretpostaviti da ovakav programski model doprinosi jačanju protektivnih faktora koji se dosledno povezuju sa uspešnijom psihosocijalnom adaptacijom mladih sa zdravstvenim teškoćama, uključujući razvoj socijalnih kompetencija, osećaja pripadnosti, autonomije, lične efikasnosti, rezilijentnosti i socijalne uključenosti. U tom smislu, rad pokazuje da se principi omladinskog rada mogu uspešno operacionalizovati kroz strukturisan program podrške u zajednici usmeren na razvoj potencijala mladih, umesto na njihove teškoće ili ograničenja.

Istovremeno, potrebno je imati u vidu da rad predstavlja konceptualnu analizu zasnovanu na teorijskoj literaturi i programskoj dokumentaciji, bez empirijske evaluacije efekata programa na učesnike. Zbog toga nije moguće donositi zaključke o uzročno-posledičnoj povezanosti između učešća u programu i promena u psihosocijalnom funkcionisanju mladih. Buduća istraživanja trebalo bi da budu usmerena na sistematsku evaluaciju programa primenom kvalitativnih i kvantitativnih istraživačkih pristupa, uključujući iskustva mladih, promene u protektivnim faktorima psihosocijalne adaptacije i održivost postignutih efekata.

Pored teorijskog doprinosa, rad ima i značajne praktične implikacije. Dugogodišnji kontinuitet realizacije programa, njegova razvojna usmerenost i raznovrsnost aktivnosti ukazuju da Klub za mlade predstavlja stabilan i održiv model podrške u zajednici koji može poslužiti kao okvir za razvoj sličnih programa namenjenih mladima sa zdravstvenim teškoćama u drugim lokalnim sredinama, ali i kao osnova za buduća evaluaciona istraživanja. Time rad doprinosi povezivanju teorijskih saznanja o psihosocijalnoj adaptaciji sa praksom omladinskog rada i podrške u zajednici, ukazujući na potencijal ovakvih programa da jačanjem protektivnih faktora doprinesu osnaživanju, socijalnom uključivanju i unapređenju kvaliteta života mladih sa zdravstvenim teškoćama.

Literatura

Allen, K. A., Kern, M. L., Rozek, C. S., McInerney, D. M., & Slavich, G. M. (2021). Belonging: A review of conceptual issues, an integrative framework, and directions for future research. *Australian Journal of Psychology, 73*(1), 87–102. https://doi.org/10.1080/00049530.2021.1883409

Allen, T., Reda, S., Martin, S., Long, P., Franklin, A., Bedoya, S. Z., Wiener, L., & Wolters, P. L. (2022). The needs of adolescents and young adults with chronic illness: Results of a quality improvement survey. *Children, 9*(4), 500. https://doi.org/10.3390/children9040500

Bronfenbrenner, U., & Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology* (6th ed., Vol. 1, pp. 793–828). Wiley.

Council of Europe. (2017). *Recommendation CM/Rec(2017)4 of the Committee of Ministers to member States on youth work.* Council of Europe Publishing.

European Commission. (2024). *EU Youth Report 2024.* Publications Office of the European Union.

Helgeson, V. S., & Zajdel, M. (2017). Adjusting to chronic health conditions. *Annual Review of Psychology, 68*, 545–571. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010416-044014

Jovanović Stojaković, M., Popović-Ćitić, B., Bukvić, L., i Bogićević, D. (2026). *Klub podrške za mlade: model programa za mlade iz sistema alternativnog staranja*. CEPORA – Centar za pozitivan razvoj dece i omladine.

Kirkpatrick, K. M. (2020). *Adolescents With Chronic Medical Conditions and High School Completion: The Importance of Perceived School Belonging*. *Continuity in Education, 1*(1), 50–63. https://doi.org/10.5334/cie.5

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development.* Prentice Hall.

Lerner, R. M., Almerigi, J. B., Theokas, C., & Lerner, J. V. (2005). Positive youth development A view of the issues. *The Journal of Early Adolescence, 25*(1), 10–16. https://doi.org/10.1177/0272431604273211

Livneh, H., & Antonak, R. F. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. *Journal of Counseling & Development, 83*(1), 12–20. https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2005.tb00575.x

Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development.* Guilford Press.

Melton, K., Telenko, B., Miles, P., Dave, S., Reed, S., Kelekian, R., Walsh, C., O'Donnell, S., & Walsh, K. E. (2025). *Peer-support needs and experiences of young adults with chronic conditions: A mixed methods study*. *Health Care Transitions, 3*, 100114. https://doi.org/10.1016/j.hctj.2025.100114

Ord, J. (2016). *Youth work process, product and practice: Creating an authentic curriculum in work with young people* (2nd ed.). Routledge.

Sansom-Daly, U. M., Peate, M., Wakefield, C. E., Bryant, R. A., & Cohn, R. J. (2012). A systematic review of psychological interventions for adolescents and young adults living with chronic illness. *Health Psychology, 31*(3), 380–393. https://doi.org/10.1037/a0025977

Sonneveld, J., Metz, J., Schalk, R., & Van Regenmortel, T. (2021). Professional youth work as a preventive service: Towards an integrated conceptual framework. *International Journal of Adolescence and Youth, 26*(1), 340–355. https://doi.org/10.1080/02673843.2021.1942088

Taylor, S. E. (2011). *Social support: A review.* In M. S. Friedman (Ed.), *The Oxford handbook of health psychology* (pp. 189–214). Oxford University Press.

United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities.* United Nations.

World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF).* World Health Organization.

World Health Organization. (2022). *World report on disability.* World Health Organization.

World Health Organization. (2024). *Improving the health and wellbeing of children and adolescents: Guidance on scheduled child and adolescent well-care visits.* World Health Organization

https://doi.org/10.47152/psihsoc2026.10

Jasmina Igrački*
Institut za kriminološka i sociološka istraživanja

UTICAJ MENTALNOG ZDRAVLJA ČLANOVA PORODICE NA KRIMINALNO PONAŠANJE*

Rad istražuje psihološke faktore koji utiču na kriminalitet unutar porodice, fokusirajući se na mentalno zdravlje članova porodice kao ključni element. Analizirajući različite studije i teorije, analizirano je kako poremećaji mentalnog zdravlja, poput depresije, anksioznosti i zavisnosti od psihoaktivnih supstanci, mogu doprineti nasilnom ponašanju i kriminalnim aktivnostima. Takođe, autorka razmatra uticaj porodične dinamike, kao što su disfunkcionalni obrasci komunikacije i emocionalne povezanosti na razvoj kriminalnog ponašanja. Istraživanje ukazuje na to da podrška i intervencije usmerene na poboljšanje mentalnog zdravlja članova porodice mogu značajno smanjiti rizik od kriminaliteta. Ovaj rad naglašava važnost holističkog pristupa u prevenciji kriminala, koji uključuje rad sa porodicama kako bi se stvorilo zdravije okruženje i smanjila mogućnost pojave kriminalnih aktivnosti.

Ključne reči: *porodica, kriminalitet, mentalno zdravlje, prevencija, socijalna podrška*

* E-mail: jasminaigracki@yahoo.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-0533-9033

* Ovaj rad je nastao kao rezultat angažovanja autora u skladu sa Planom rada Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja za 2026. godinu (na osnovu ugovora br. 451-03-33/2026-03/ 200039 sa Ministarstvom nauke, tehnološkog razvoja i inovacija Republike Srbije).

1. Uvod

Mentalno zdravlje predstavlja jedan od ključnih aspekata ukupnog funkcionisanja pojedinca i njegovog odnosa prema neposrednom i širem društvenom okruženju. Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije (WHO), mentalno zdravlje ne podrazumeva samo odsustvo mentalnih poremećaja, već predstavlja stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, uspešno se nosi sa svakodnevnim stresovima, produktivno radi i doprinosi zajednici (World Health Organization [WHO], 2022). U tom kontekstu, porodica, kao primarna socijalna jedinica, ima presudnu ulogu u formiranju psihološkog razvoja, emocionalnog funkcionisanja i ponašanja pojedinca. Porodično okruženje predstavlja jedno od prvih i najvažnijih okruženja u kojima pojedinac razvija obrasce ponašanja, načine suočavanja sa stresom, emocionalne veštine i odnose sa drugima. Zbog toga kvalitet porodičnih odnosa i podrška koju pojedinac dobija unutar porodice mogu imati značajan uticaj na njegovo mentalno zdravlje i opšte blagostanje. Međutim, povezanost mentalnog zdravlja i kriminalnog ponašanja ne može se posmatrati linearno niti se prisustvo mentalnog poremećaja može poistovetiti sa kriminalnim ponašanjem. Kriminalitet predstavlja složen fenomen na koji utiče međudelovanje individualnih, psiholoških, porodičnih, socijalnih i ekonomskih faktora. Kriminalno ponašanje predstavlja kompleksan društveni fenomen koji se ne može objasniti jednim uzrokom, već je rezultat međusobnog delovanja bioloških, psiholoških i socijalnih faktora. Savremeni teorijski pristupi naglašavaju značaj rane porodične sredine i

emocionalne stabilnosti kao ključnih faktora u prevenciji devijantnog ponašanja (Agnew, 2006). Disfunkcionalne porodice, obeležene konfliktima, nasiljem, zanemarivanjem ili psihološkom nestabilnošću članova, često predstavljaju rizično okruženje koje može doprineti razvoju kriminalnih obrazaca ponašanja.

Porodično okruženje predstavlja prvi i najvažniji kontekst socijalizacije, u kojem se oblikuju emocionalni obrasci, sistem vrednosti i obrasci ponašanja. Kvalitet porodičnih odnosa, kao i mentalno zdravlje članova porodice, posebno roditelja, direktno utiču na razvoj ličnosti deteta. Istraživanja pokazuju da prisustvo mentalnih poremećaja u porodici, poput depresije, anksioznosti ili poremećaja ličnosti, može značajno povećati rizik od razvoja antisocijalnog i kriminalnog ponašanja kod dece i adolescenata (Farrington, 2005; Murray et al., 2012). U okviru porodice dete usvaja određene vrednosti, norme i načine reagovanja na konflikte. Zbog toga kvalitet porodičnih odnosa i način funkcionisanja roditeljske uloge mogu imati značajnu ulogu u razvoju prosocijalnog, ali i problematičnog ponašanja. Istraživanja domaćih autora ukazuju na značaj porodičnih faktora u razumevanju maloletničke delinkvencije, pri čemu se posebno izdvajaju slab roditeljski nadzor, nekonzistentna disciplina, niska povezanost roditelja i dece, roditeljska zloupotreba supstanci i kriminalitet roditelja (Igrački & Ilijić, 2016). U tom kontekstu, mentalno zdravlje roditelja može predstavljati važan deo šireg porodičnog konteksta. Depresivnost, anksioznost, problemi sa zloupotrebom psihoaktivnih supstanci i druga psihička stanja mogu otežati ostvarivanje stabilne roditeljske uloge, naročito ukoliko nisu

prepoznata i adekvatno tretirana. Međutim, njihov uticaj potrebno je posmatrati posredno, preko kvaliteta roditeljstva, emocionalne dostupnosti, porodičnog stresa i drugih faktora, a ne kao neposredan uzrok kriminalnog ponašanja.

Posebno mesto u ovoj problematici zauzima porodično nasilje**.** Nasilje u porodici istovremeno može biti oblik kriminaliteta, faktor rizika za različite negativne razvojne ishode kod dece i okolnost koja utiče na celokupno psihosocijalno funkcionisanje porodice. Kompleksnost porodičnog nasilja jeste potreba da se ono posmatra ne samo kroz normativni i krivičnopravni okvir već i kroz njegove socijalne i porodične posledice (Kovačević, Kovačević-Lepojević i Turanjanin, 2017).

Posebno je značajno pitanje položaja dece koja su izložena nasilju u porodici. Dete ne mora biti direktna žrtva fizičkog ili psihičkog nasilja da bi bilo pogođeno njegovim posledicama. Izloženost nasilju između drugih članova porodice može uticati na osećaj sigurnosti deteta, njegove emocionalne reakcije, obrasce rešavanja konflikata i odnose sa drugim ljudima, te je neophodno da se deca prepoznaju kao žrtve nasilja u porodici i da im se obezbedi odgovarajuća zaštita u krivičnom postupku (Igrački & Brašovan Delić, 2024). Jedan od važnih faktora u razvoju problematičnog ponašanja jeste struktura i stabilnost porodice**.** Pri tome, sama struktura porodice ne bi trebalo da se posmatra kao automatski prediktor kriminaliteta. Važnije je analizirati kvalitet odnosa, ekonomsku i emocionalnu stabilnost, roditeljski nadzor, dostupnost podrške i druge okolnosti u kojima dete odrasta, odnos između jednoroditeljskih porodica i maloletničke delinkvencije, ukazujući na

značaj proučavanja porodičnih faktora rizika, a ne samo formalne strukture porodice (Vasiljević-Prodanović & Kovačević, 2020).

Uloga porodice posebno dolazi do izražaja tokom adolescencije. Adolescencija predstavlja razvojni period u kojem se intenziviraju procesi osamostaljivanja, formiranja identiteta i uspostavljanja odnosa sa vršnjacima. U nepovoljnim porodičnim okolnostima adolescent može tražiti pripadnost i podršku izvan porodice. Ukoliko se poveže sa grupama koje ispoljavaju delinkventne obrasce ponašanja, može doći do povećanja izloženosti kriminalnim aktivnostima. Na to upućuju različite okolnosti povezane sa maloletničkim kriminalitetom, među kojima su sukobi u porodici, pritisci roditelja i škole, potreba za potvrđivanjem u grupi, impulsivnost i neadekvatno korišćenje slobodnog vremena (Jugović, 2023). Sličan značaj ima i pitanje roditeljskog nadzora i kvaliteta odnosa između roditelja i dece. Među porodičnim faktorima rizika za maloletničku delinkvenciju postoji slabo praćenje i nadzor dece, nekonzistentni disciplinski postupci, nizak nivo vezanosti između roditelja i dece, kao i roditeljska zloupotreba supstanci ili kriminalitet (Igrački & Ilijić: 2016) , te je potrebno posmatrati porodični sistem kao celinu, odnosno analizirati kako se različiti rizici međusobno povezuju.

Pri tome, značajno je naglasiti da nepovoljno porodično iskustvo ne predstavlja determinantu budućeg kriminalnog ponašanja. Deca koja odrastaju u porodicama sa konfliktima, nasiljem, ekonomskim teškoćama ili psihološkim problemima ne postaju nužno delinkventna ili kriminalno aktivna. Ishod zavisi od brojnih zaštitnih faktora, uključujući podršku drugih odraslih osoba,

kvalitet školskog okruženja, pozitivne odnose sa vršnjacima, dostupnost psihološke i socijalne pomoći i razvijene sposobnosti rešavanja konflikata. U tom smislu, značajna je uloga sistema socijalne zaštite i drugih institucija koje mogu pružiti podršku porodicama u riziku. To se ogleda kroz složenu socijalnu situaciju dela maloletnih učinilaca krivičnih dela, uključujući prisustvo disfunkcionalnih porodičnih okolnosti, zloupotrebu psihoaktivnih supstanci, obrazovne probleme i nedostatak adekvatne podrške nakon izvršenja vaspitne mere (Stevanović, 2023), tako da, prevencija ne bi trebalo da bude usmerena isključivo na ponašanje deteta, već i na okolnosti u koje se ono vraća nakon intervencije. Važan aspekt predstavlja i odnos krivičnopravnog sistema prema porodici. Odgovornost za ponašanje deteta ne može se automatski pripisati roditeljima, što je posebno važno pri izradi preventivnih programa (Stevanović, 2023), te odgovornost i intervencije moraju biti individualizovane i zasnovane na konkretnim okolnostima slučaja. Poseban značaj u ovom kontekstu ima koncept transgeneracijskog prenosa, koji ukazuje na to da se obrasci ponašanja, uključujući i devijantne, mogu prenositi sa jedne generacije na drugu kroz procese socijalnog učenja i identifikacije (Bandura, 1977). Deca koja odrastaju u okruženju u kojem su prisutni mentalni poremećaji, nasilje ili emocionalna nestabilnost često internalizuju takve obrasce ponašanja i mogu ih reprodukovati u kasnijem životnom dobu.

Krivičnopravna dimenzija problema dodatno dobija na značaju kada se posmatraju nasilje u porodici, zaštita žrtava i mere prevencije. Kriminološki i viktimološki aspekt nasilja, položaj žrtava

i nasilje prema ženama, femicid u kontekstu porodičnih i partnerskih odnosa kao i kriminalitet, iz perspektive žrtve, ukazuju na značaj institucionalne i društvene podrške žrtvama kriminaliteta (Nikolić-Ristanović, 2002, 2011; Jovanović & Ćopić, 2025). Stanje i tendencija kriminaliteta maloletnika u Srbiji omogućava povezivanje individualnih i društvenih faktora kriminaliteta sa krivičnopravnim sistemom (Vujičić, 2020), kao i odnos psihijatrijskog lečenja i krivičnog prava, što je neposredno relevantno za oprezno razmatranje veze između mentalnog zdravlja i kriminaliteta (Vujičić, 2019).

Na osnovu navedenog, kriminalno ponašanje ne treba objašnjavati samo mentalnim zdravljem pojedinca. Preciznije je posmatrati ga kao rezultat međudelovanja individualnih karakteristika i porodičnih, vršnjačkih, ekonomskih i širih društvenih okolnosti. Takav pristup je naročito važan u proučavanju maloletničke delinkvencije, jer dete i adolescent još uvek prolaze kroz intenzivan proces psihološkog i socijalnog razvoja. Zaštitni faktori mogu imati značajnu ulogu u prekidanju potencijalnog lanca rizika. Među njima se posebno mogu izdvojiti: Stabilan odnos sa najmanje jednom odraslom osobom; Kvalitetna emocionalna podrška; Adekvatan roditeljski nadzor i jasne granice; Pravovremena psihološka i psihijatrijska pomoć; Podrška škole i lokalne zajednice; Pozitivni odnosi sa vršnjacima; Razvijene veštine komunikacije i rešavanja konflikata; Rano prepoznavanje nasilja i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci; Dostupnost socijalnih i institucionalnih servisa podrške.

Cilj ovog rada jeste da se ispita na koji način mentalno zdravlje članova porodice, kvalitet porodičnih odnosa i drugi povezani psihološki i socijalni faktori mogu biti povezani sa razvojem kriminalnog i delinkventnog ponašanja. Poseban fokus biće stavljen na ulogu roditeljstva, porodične dinamike, nasilja u porodici, maloletničke delinkvencije i zaštitnih faktora. Razumevanje ove problematike od značaja je za naučnu i stručnu zajednicu, ali i za praksu u oblastima socijalne zaštite, obrazovanja, mentalnog zdravlja i pravosuđa. Efikasna prevencija zahteva koordinisan pristup koji ne počiva samo na kažnjavanju počinioca, već i na ranom prepoznavanju rizika, zaštiti žrtava, podršci porodicama i stvaranju uslova za zdrav psihosocijalni razvoj dece i mladih.

2. Teorijski okvir mentalnog zdravlja

Mentalno zdravlje predstavlja složen i višedimenzionalan koncept koji obuhvata emocionalno, psihološko i socijalno blagostanje pojedinca. Prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji, mentalno zdravlje predstavlja stanje blagostanja u kojem pojedinac ostvaruje svoje sposobnosti, može da se suočava sa uobičajenim životnim stresovima, produktivno radi i doprinosi zajednici (World Health Organization [WHO], 2022).

Ovakvo shvatanje ukazuje na to da mentalno zdravlje nije moguće svesti isključivo na odsustvo mentalnog poremećaja, već ga treba posmatrati kao stanje koje omogućava pojedincu da funkcioniše u različitim životnim oblastima. Savremeni pristupi mentalnom zdravlju uključuju i perspektivu pozitivne psihologije,

koja naglašava značaj ličnih snaga, psihološke otpornosti, pozitivnog funkcionisanja i subjektivnog doživljaja blagostanja (Seligman, 2011). U tom smislu, mentalno zdravlje može se posmatrati kao kontinuum, odnosno dinamičan proces koji se kreće od optimalnog psihološkog i socijalnog funkcionisanja do različitih oblika psihičkih teškoća i poremećaja. Na mentalno zdravlje pojedinca ne utiču samo individualne karakteristike, već i širi društveni i porodični kontekst. Biopsihosocijalni model mentalnog zdravlja polazi od pretpostavke da se psihičko funkcionisanje oblikuje kroz međudelovanje bioloških, psiholoških i socijalnih činilaca (Engel, 1977). Takav pristup je naročito značajan za kriminološka istraživanja, jer omogućava da se ponašanje pojedinca ne posmatra izolovano od njegovog porodičnog, društvenog i životnog okruženja.

U kontekstu kriminaliteta, posebno je važno izbeći pojednostavljeno poistovećivanje mentalnog poremećaja sa kriminalnim ponašanjem. Postojanje određenog mentalnog poremećaja samo po sebi ne znači da će pojedinac ispoljiti kriminalno ponašanje. Veći značaj imaju kombinacije različitih faktora rizika, kao što su nepovoljni porodični odnosi, nasilje, zanemarivanje, zloupotreba psihoaktivnih supstanci, problemi u socijalizaciji, vršnjački uticaji i prethodno problematično ponašanje. U tom smislu ogleda se značaj ličnih karakteristika maloletnika, kvaliteta roditeljstva, stabilnosti porodice, obrazovanja i uticaja vršnjaka u razumevanju maloletničke delinkvencije (Igrački & Stevanović, 2015). Mentalni poremećaji predstavljaju značajan javnozdravstveni problem i mogu imati različite posledice po

funkcionisanje pojedinca, njegove odnose sa drugim ljudima i sposobnost prilagođavanja životnim zahtevima. Među najčešće proučavanim poremećajima izdvajaju se depresivni i anksiozni poremećaji, bipolarni poremećaj, poremećaji ličnosti, kao i poremećaji povezani sa upotrebom psihoaktivnih supstanci (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Depresivni poremećaji karakterišu se, između ostalog, trajnim sniženjem raspoloženja, gubitkom interesovanja ili zadovoljstva, promenama u funkcionisanju i smanjenom sposobnošću obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Anksiozni poremećaji obuhvataju izražen i često dugotrajan strah, zabrinutost ili napetost koji mogu značajno ometati svakodnevno funkcionisanje. Poremećaji povezani sa upotrebom psihoaktivnih supstanci mogu dodatno komplikovati psihološko i socijalno funkcionisanje pojedinca, posebno kada su praćeni impulsivnošću, problemima u kontroli ponašanja i poremećenim porodičnim i socijalnim odnosima.

Posebnu pažnju u kontekstu ovog rada zahtevaju problemi mentalnog zdravlja i ponašanja kod dece i adolescenata. Razvojni period detinjstva i adolescencije predstavlja posebno osetljivu fazu, jer se upravo tada formiraju obrasci ponašanja, emocionalne regulacije i socijalnih odnosa. Problemi u ponašanju, uključujući agresivnost, poremećaje ponašanja i druge oblike antisocijalnog ponašanja, mogu biti povezani sa različitim individualnim i sredinskim faktorima. Moffitt (1993) posebno ističe značaj razvojne perspektive u objašnjenju antisocijalnog ponašanja, ukazujući na različite razvojne puteve koji mogu dovesti do ispoljavanja delinkventnog ponašanja. U tom kontekstu, značajnu ulogu imaju

porodični odnosi, roditeljski nadzor i kvalitet socijalizacije. Istraživanja usmerena na prevenciju maloletničke delinkvencije ukazuju da kvalitet roditeljstva, stabilnost porodice, obrazovno okruženje i odnosi sa vršnjacima predstavljaju važne faktore koji mogu doprineti povećanju ili smanjenju rizika od delinkventnog ponašanja (Igrački & Stevanović, 2015). Mentalno zdravlje je značajno i u kontekstu krivičnopravne reakcije prema učiniocima krivičnih dela. Batrićević (2014) ukazuje na posebnost položaja učinilaca krivičnih dela kod kojih postoje mentalni poremećaji, posebno u kontekstu procene uračunljivosti, psihijatrijskog veštačenja i mogućnosti izricanja mera obaveznog psihijatrijskog lečenja. Pri tome, autorka naglašava da učinioci sa mentalnim poremećajima predstavljaju relativno mali deo ukupnog kriminaliteta, što dodatno potvrđuje potrebu da se mentalno zdravlje i kriminalitet ne posmatraju kao sinonimni fenomeni. Mentalno zdravlje predstavlja rezultat složenog međudelovanja bioloških, psiholoških i socijalnih faktora, što se najčešće objašnjava kroz biopsihosocijalni model (Engel, 1977). Biološki faktori obuhvataju genetske predispozicije, neurobiološke procese i druge karakteristike organizma. Psihološki faktori uključuju osobine ličnosti, emocionalnu regulaciju, načine suočavanja sa stresom i prethodna životna iskustva, dok socijalni faktori obuhvataju porodicu, vršnjake, školu, radno okruženje, društvenu zajednicu, kulturu i socioekonomske uslove.

Porodica zauzima posebno mesto među socijalnim faktorima koji utiču na mentalno zdravlje, budući da predstavlja primarno okruženje u kojem pojedinac razvija emocionalne, socijalne i

komunikacione sposobnosti. Kvalitet porodičnih odnosa, način komunikacije, roditeljski stilovi i stepen emocionalne podrške mogu imati značajan uticaj na razvoj i psihološko funkcionisanje deteta. Nasuprot tome, konflikti u porodici, nasilje, zanemarivanje, emocionalna zloupotreba i nestabilni porodični odnosi mogu predstavljati značajne faktore rizika za psihološke probleme. Repetti et al. (2002) ukazuju da hronično izlaganje nepovoljnim porodičnim uslovima može biti povezano sa problemima u emocionalnom i socijalnom funkcionisanju dece i adolescenata. Sličan značaj porodičnog konteksta može se uočiti i u istraživanjima nasilja i viktimizacije u Srbiji i zemljama bivše Jugoslavije. Nikolić-Ristanović (2002) ukazuje na značaj porodičnog nasilja kao društvenog fenomena, dok Ćopić (2004) naglašava posledice nasilja nad ženama u porodici, uključujući narušavanje osećaja sigurnosti i poverenja.

Psihološko nasilje predstavlja posebno značajan faktor jer njegove posledice nisu nužno neposredno vidljive, ali mogu biti dugotrajne, a značaj psihološkog zlostavljanja kao oblika nasilja u porodici i njegove moguće posledice po žrtve, mogu biti pogubne (Igrački & Brašovan Delić, 2022). Porodični faktori mogu biti značajni i u objašnjenju nastanka i razvoja problema u ponašanju kod dece i adolescenata. Stabilna porodica, adekvatan roditeljski nadzor, kvalitetna komunikacija i emocionalna podrška mogu imati zaštitnu funkciju, dok nestabilnost, zanemarivanje i izloženost nasilju mogu povećavati rizik od razvoja problematičnih obrazaca ponašanja. Upravo kvalitet roditeljstva i stabilnost porodice izdvajaju se među značajnim faktorima u prevenciji maloletničke

delinkvencije (Igrački & Stevanović, 2015). Značaj porodičnog okruženja posebno dolazi do izražaja kod dece koja su žrtve nasilja, jer zlostavljanje dece i potreba za sistematskom društvenom reakcijom i prevencijom, posebnim merama zaštite dece žrtava u krivičnim postupcima i smanjenje rizika od sekundarne viktimizacije (Igrački, 2012; Stevanović, 2018).

Sa druge strane, zaštitni faktori, kao što su podržavajući porodični odnosi, emocionalna stabilnost, kvalitetna komunikacija, socijalna podrška i dostupnost odgovarajućih institucija, mogu doprineti razvoju otpornosti pojedinca. Koncept rezilijentnosti odnosi se na sposobnost pojedinca da se prilagodi nepovoljnim okolnostima i da, uprkos prisustvu različitih faktora rizika, očuva ili ponovo uspostavi adekvatno funkcionisanje (Rutter, 2006). Mentalno zdravlje stoga ne treba posmatrati kao statičnu karakteristiku pojedinca, već kao dinamičan proces koji se menja pod uticajem različitih životnih okolnosti. Poseban značaj imaju stresni događaji, porodični odnosi, iskustva nasilja i viktimizacije, kao i dostupnost socijalne i institucionalne podrške. Istraživanja o nasilju u porodici ukazuju da dugotrajna izloženost nasilju može imati ozbiljne psihološke i socijalne posledice, dok odgovarajuća podrška žrtvama predstavlja važan element njihovog oporavka i ponovne integracije u zajednicu (Nikolić-Ristanović, 1999, 2002; Ćopić, 2004). Uzimajući u obzir navedeno, mentalno zdravlje može se posmatrati kao rezultat kontinuirane interakcije individualnih, porodičnih i društvenih faktora. Ovakav pristup je od posebnog značaja za razumevanje veze između mentalnog zdravlja članova porodice i kriminalnog ponašanja, jer omogućava da se kriminalitet

ne tumači kao posledica jednog izolovanog uzroka, već kao rezultat složenog međudelovanja različitih faktora rizika i zaštitnih faktora. U tom smislu, prevencija kriminaliteta podrazumeva i pravovremeno prepoznavanje problema mentalnog zdravlja, nasilja, porodične disfunkcionalnosti i drugih okolnosti koje mogu negativno uticati na razvoj pojedinca.

3. Porodica kao primarni socijalni sistem

Porodica predstavlja osnovnu društvenu grupu i jedan od najznačajnijih konteksta u kojima se odvija proces socijalizacije pojedinca. Od najranijeg detinjstva dete u okviru porodice stiče prva iskustva u međuljudskim odnosima, usvaja norme i vrednosti i razvija obrasce ponašanja koji mogu imati značaj za njegovo kasnije funkcionisanje u društvu. Zbog toga se porodica može posmatrati kao jedan od ključnih činilaca psihološkog i socijalnog razvoja deteta. Značaj porodice posebno je naglašen u okviru ekološke teorije razvoja Urieja Bronfenbrennera. Prema ovom pristupu, razvoj pojedinca odvija se u okviru različitih, međusobno povezanih sistema, pri čemu porodica predstavlja deo neposrednog okruženja, odnosno mikrosistema, sa kojim dete ostvaruje svakodnevne i neposredne interakcije (Bronfenbrenner, 1979). Uticaj porodice, međutim, nije izolovan od šireg društvenog okruženja, već je povezan sa školom, vršnjacima, lokalnom zajednicom i drugim društvenim institucijama. Kroz svakodnevne interakcije sa roditeljima i drugim članovima porodice dete uči kako da uspostavlja odnose sa drugima, rešava konflikte, izražava emocije i reaguje na društvene norme. Na taj način porodica predstavlja značajan

prostor socijalnog učenja. Obrasci ponašanja koje dete posmatra i doživljava u porodičnom okruženju mogu postati modeli za njegovo kasnije ponašanje, posebno kada su određeni načini reagovanja dugotrajno prisutni i dosledno se ponavljaju.

Poseban značaj ima kvalitet emocionalne veze između deteta i roditelja. Bowlby (1988), u okviru teorije afektivnog vezivanja, ukazuje na značaj ranih odnosa deteta sa osobama koje o njemu brinu. Sigurna emocionalna baza omogućava detetu da istražuje okruženje uz osećaj sigurnosti i podrške, dok kvalitet ranih odnosa može biti povezan sa kasnijim razvojem emocionalnih i socijalnih kompetencija. U tom smislu, emocionalna dostupnost roditelja, podrška i predvidljivost odnosa predstavljaju važne potencijalne zaštitne faktore u razvoju deteta. Sa druge strane, dugotrajna izloženost odbacivanju, zanemarivanju, nasilju ili izrazito konfliktnim odnosima može predstavljati značajan razvojni rizik. Pri tome je važno naglasiti da nepovoljni porodični uslovi ne dovode automatski do razvoja kriminalnog ili delinkventnog ponašanja. Njihov uticaj zavisi od brojnih individualnih i društvenih okolnosti, uključujući karakteristike deteta, odnose sa vršnjacima, školsku sredinu i šire socijalne uslove. U kriminološkom smislu, značaj porodice može se objasniti i kroz teoriju socijalne kontrole. Hirschi (1969) smatra da povezanost pojedinca sa konvencionalnim društvenim institucijama, posebno porodicom i školom, može doprineti poštovanju društvenih normi. Njegov koncept društvenih veza obuhvata privrženost, posvećenost, uključenost i uverenje. Kasnija istraživanja nastavila su da ispituju značaj privrženosti porodici i drugim konvencionalnim institucijama u objašnjenju delinkventnog ponašanja.

Porodična dinamika odnosi se na obrasce interakcije, komunikacije, emocionalnih odnosa i raspodele uloga između članova porodice. Način na koji članovi porodice međusobno komuniciraju, rešavaju konflikte i pružaju podršku može imati značajan uticaj na razvoj deteta i njegovo ponašanje. Funkcionalne porodične odnose karakterišu adekvatna komunikacija, emocionalna dostupnost, jasne granice i međusobna podrška. Nasuprot tome, dugotrajna izloženost konfliktima, nedoslednoj disciplini, odbacivanju ili nasilju može predstavljati faktor rizika za razvoj različitih problema u ponašanju. U tom smislu, nije dovoljno posmatrati pojedinačne karakteristike članova porodice, već je potrebno analizirati odnose i obrasce interakcije koji postoje unutar čitavog porodičnog sistema.

Teorija porodičnih sistema koju je razvio Minuchin (1974) porodicu posmatra kao međusobno povezanu celinu. Promena ponašanja jednog člana može uticati na ostale članove, dok se ponašanje pojedinca može razumeti tek kada se uzme u obzir širi obrazac porodičnih odnosa. Ovakav pristup posebno je značajan kada se analiziraju problemi u ponašanju dece i adolescenata, jer se njihovo ponašanje ne može u potpunosti razumeti nezavisno od odnosa i procesa koji postoje u porodici. Jedan od značajnih aspekata porodične dinamike jeste način roditeljskog vaspitanja. Baumrind (1991) razlikuje različite stilove roditeljstva, pri čemu se autoritativni stil povezuje sa kombinacijom emocionalne topline, podrške i jasnih pravila. Autoritarni, permisivni i zanemarujući obrasci razlikuju se prema nivou kontrole i emocionalne podrške koju roditelji pružaju detetu. U savremenim istraživanjima roditeljski

stilovi se ne posmatraju izolovano, već se analiziraju kroz konkretne dimenzije roditeljskog ponašanja, kao što su nadzor, disciplina, podrška, kontrola i komunikacija. Posebno je značajan roditeljski nadzor. Patterson i Stouthamer-Loeber (1984) pokazali su povezanost određenih porodičnih praksi, uključujući roditeljski nadzor i disciplinovanje, sa delinkventnim ponašanjem adolescenata. PubMed Patterson, DeBaryshe i Ramsey (1989) razvili su razvojni model antisocijalnog ponašanja prema kojem neefikasne roditeljske prakse mogu biti deo niza iskustava povezanih sa problemima u ponašanju, školskim neuspehom, odbacivanjem od strane vršnjaka i uključivanjem u devijantne vršnjačke grupe. Slične nalaze pruža i meta-analiza Hoeve i saradnika (2009), koja je pokazala da su roditeljski nadzor, psihološka kontrola i negativni oblici roditeljske podrške, kao što su odbacivanje i neprijateljstvo, među aspektima roditeljstva koji su najizraženije povezani sa delinkvencijom. PubMed Ovi rezultati ukazuju na značaj kvaliteta roditeljskih odnosa, ali istovremeno pokazuju da se porodični uticaj ne može svesti na jednu karakteristiku ili jedan obrazac roditeljstva. Pojam disfunkcionalne porodice odnosi se na porodično okruženje u kojem postoje ozbiljni i dugotrajniji problemi u ostvarivanju emocionalnih, razvojnih i socijalnih potreba članova porodice. Takvo okruženje može biti obeleženo hroničnim konfliktima, nasiljem, zanemarivanjem, zloupotrebom psihoaktivnih supstanci, neadekvatnim roditeljskim nadzorom, nepredvidivom disciplinom ili drugim oblicima narušenog porodičnog funkcionisanja. Ipak, pojam „disfunkcionalna porodica“ treba koristiti oprezno. Sama činjenica da porodica ima određene

teškoće ne znači da će dete razviti delinkventno ili kriminalno ponašanje. Preciznije je govoriti o porodičnim faktorima rizika i zaštitnim faktorima, jer isti nepovoljni uslovi ne proizvode jednake posledice kod sve dece. Jedan od značajnih faktora rizika jeste izloženost nasilju u porodici. Deca mogu biti direktne žrtve nasilja, ali mogu biti i svedoci nasilja između drugih članova porodice. Nikolić-Ristanović (2002) u istraživanju nasilja u porodici u Srbiji ukazuje na složenost ovog fenomena i na posledice koje porodično nasilje može imati po članove porodice. Istraživanje sprovedeno u Vojvodini takođe je ukazalo na prisustvo nasilja nad decom u porodicama u kojima postoji nasilje nad ženama, pri čemu deca mogu istovremeno biti svedoci i direktne žrtve nasilja. Sa aspekta socijalnog učenja, izloženost nasilnim obrascima ponašanja može biti značajna zato što dete uči posmatranjem i imitacijom ponašanja osoba koje predstavljaju važne modele. Ukoliko se agresivno ponašanje u porodici često pojavljuje kao način rešavanja konflikata, dete može usvojiti takav obrazac kao jedan od mogućih načina reagovanja. Međutim, njegovo kasnije ponašanje zavisi i od drugih faktora, zbog čega se ne može pretpostaviti da će svako dete izloženo nasilju postati nasilno ili delinkventno. Porodični faktori povezani sa delinkvencijom mogu uključivati i neadekvatan roditeljski nadzor, nedoslednu disciplinu, slabu emocionalnu povezanost, česte konflikte između roditelja i prisustvo antisocijalnog ponašanja drugih članova porodice. Patterson i saradnici posebno naglašavaju značaj porodičnih procesa, kao što su nadzor, disciplinovanje, pozitivno roditeljstvo i rešavanje problema, u razumevanju razvoja antisocijalnog ponašanja.

U domaćem kontekstu, značajan izvor podataka predstavlja istraživanje maloletničke delinkvencije sprovedeno u Srbiji u okviru treće Međunarodne ankete samoprijavljivanjem delinkvencije (ISRD3). Istraživanje je sprovedeno tokom 2013. i 2014. godine na uzorku od 1.344 učenika osnovnih i srednjih škola u Beogradu i Novom Sadu, a obuhvatilo je delinkventno ponašanje, viktimizaciju i faktore povezane sa njihovom pojavom. (Nikolić-Ristanović, 2016; Ćopić, Stevković, Vasiljević-Prodanović, Kovačević, 2016). U okviru ovog pristupa, porodicu je korisno posmatrati u interakciji sa drugim sistemima. Porodični problemi mogu biti povezani sa školskim neuspehom, problemima u odnosima sa vršnjacima, socijalnom izolacijom ili uključivanjem u devijantne vršnjačke grupe. Zbog toga je analiza maloletničke delinkvencije potpunija kada se istovremeno razmatraju individualni, porodični, vršnjački, školski i širi društveni faktori. Posebno je značajan odnos između porodice i vršnjaka. Patterson i Dishion (1985) ukazuju na istovremeni značaj porodičnih procesa i vršnjačkih odnosa u razvoju delinkventnog ponašanja. Porodica, dakle, može imati direktan značaj za razvoj ponašanja, ali može imati i posredan uticaj kroz način na koji dete ostvaruje odnose sa školom i vršnjacima.

4. Kriminalno ponašanje: teorijski pristupi

Kriminalno ponašanje predstavlja složen oblik društveno neprihvatljivog ponašanja koji se manifestuje kroz izvršenje radnji koje su zakonom određene kao krivična dela. U tom smislu, kriminalno ponašanje treba razlikovati od šireg pojma devijantnog ponašanja, budući da nisu svi oblici društveno neprihvatljivog ili

devijantnog ponašanja istovremeno i krivična dela. Kriminalitet je, prema tome, društveno i pravno određen fenomen čije se granice menjaju u zavisnosti od istorijskog, društvenog i normativnog konteksta (Ignjatović, 2010; Siegel, 2018). Društveno neprihvatljivo ponašanje obuhvata različite oblike protivpravnih aktivnosti, uključujući imovinska krivična dela, nasilnički kriminalitet, seksualni kriminalitet, zloupotrebu psihoaktivnih supstanci, kriminalitet povezan sa trgovinom ljudima, organizovani kriminalitet i druge oblike kriminaliteta. U kriminološkoj literaturi kriminalno ponašanje može se klasifikovati prema različitim kriterijumima, kao što su priroda krivičnog dela, način izvršenja, stepen nasilnosti, broj učinilaca, uzrast učinioca ili odnos prema žrtvi (Siegel, 2018).

Posebno je značajna podela na nasilničko i nenasilničko kriminalno ponašanje, kao i na individualni i grupni kriminalitet. Nasilničko ponašanje karakteriše upotreba ili pretnja upotrebom sile, dok nenasilnički oblici ne uključuju neposrednu fizičku silu. Istraživanja ukazuju da se struktura kriminaliteta maloletnika razlikuje u zavisnosti od uzrasta, socijalnih okolnosti i sredine u kojoj odrastaju (Igrački & Ilijić, 2016; Stevanović & Igrački, 2015). Kriminalno ponašanje zato nije moguće objasniti samo individualnim osobinama, već je potrebno uzeti u obzir porodično i vršnjačko okruženje, socioekonomske uslove, obrazovanje i šire društvene okolnosti (Stevanović & Igrački, 2015). Nikolić-Ristanović (2000) posebno ukazuje na značaj društvenog i porodičnog konteksta, ističući da se putevi ka kriminalitetu ne mogu razumeti nezavisno od iskustava nasilja, porodičnih odnosa i položaja pojedinca u društvu. Sličan kontekstualni pristup prisutan je i u

istraživanjima nasilja u porodici, gde Jovanović (2010), kao i Nikolić-Ristanović i Ćopić, naglašavaju značaj odnosa moći, porodične dinamike, individualnih iskustava i društvene reakcije (Ćopić et al., 2010; Nikolić-Ristanović, 2010). Sociološke teorije kriminaliteta polaze od pretpostavke da na kriminalno ponašanje utiču društvena struktura, socijalni odnosi, dostupnost legitimnih mogućnosti i procesi socijalizacije. Mertonova teorija anomije objašnjava kriminalno ponašanje kroz nesklad između društveno poželjnih ciljeva i dostupnih legitimnih sredstava za njihovo ostvarivanje. Takav nesklad može stvarati pritisak koji se, u određenim okolnostima, ispoljava kroz devijantne ili kriminalne načine ponašanja (Merton, 1938).

Hirschijeva teorija socijalne kontrole naglašava značaj društvenih veza, posebno vezanosti za roditelje, školu i druge konvencionalne institucije. Slabljenje tih veza može povećati mogućnost uključivanja u delinkventne aktivnosti (Hirschi, 1969). Teorija socijalnog učenja Bandure (1977) ukazuje da se ponašanje usvaja posmatranjem drugih i posledica njihovog ponašanja, zbog čega roditelji, vršnjaci i druge značajne osobe mogu imati važan uticaj na razvoj obrazaca ponašanja. Agnewova teorija opšteg pritiska ističe tri osnovna izvora pritiska: neuspeh u ostvarivanju pozitivno vrednovanih ciljeva, gubitak pozitivnih podsticaja i izloženost negativnim podsticajima. Takva iskustva mogu izazvati negativne emocije, ali pritisak sam po sebi ne dovodi automatski do kriminalnog ponašanja, već njegovo dejstvo zavisi od socijalne podrške, ličnih resursa i drugih okolnosti (Agnew, 1992). Razvojne teorije kriminalnog ponašanja proučavaju promene antisocijalnog

ponašanja kroz životni tok. Moffitt (1993) razlikuje adolescencijom ograničeno antisocijalno ponašanje, karakteristično za period adolescencije i povezano sa razvojnim promenama i uticajem vršnjaka, od životnim tokom trajnog antisocijalnog ponašanja, koje počinje ranije i pokazuje veću kontinuitetnost. Gottfredson i Hirschi (1990) ističu značaj samokontrole, pri čemu nizak nivo samokontrole može povećati sklonost ka ponašanjima koja donose neposrednu korist uz zanemarivanje dugoročnih posledica. Samokontrola se u značajnoj meri oblikuje kroz rani razvoj, roditeljski nadzor i socijalizaciju.

Međutim, individualne karakteristike poput impulsivnosti, agresivnosti ili niske samokontrole ne treba posmatrati kao dovoljne i direktne uzroke kriminalnog ponašanja. Njihov značaj zavisi od interakcije sa socijalnim okruženjem, vršnjačkim uticajima i prilikama za izvršenje krivičnog dela. Stevanović (2020) zato naglašava potrebu povezivanja maloletničkog pravosuđa sa sistemom socijalne zaštite, obrazovanjem i drugim institucijama, kako bi se prihvat, resocijalizacija i reintegracija posmatrali u širem životnom i socijalnom kontekstu.

U proučavanju kriminalnog ponašanja razmatraju se i neuropsihološki faktori. Raine (2013) ukazuje na značaj neurokognitivnog funkcionisanja, impulsivnosti, izvršnih funkcija i regulacije ponašanja, ali naglašava da se njihov uticaj bolje razume kroz interakciju bioloških predispozicija i iskustava iz socijalnog i porodičnog okruženja. Slično tome, prisustvo psihičkih teškoća samo po sebi ne znači da će osoba ispoljavati kriminalno ponašanje, već je potrebno posmatrati povezanost individualnih

karakteristika, emocionalne regulacije, porodičnih odnosa, socijalne podrške i drugih faktora. Kod maloletničkog kriminaliteta posebno je značajan preventivni i razvojni pristup. Ćopić (2024) ističe značaj razvojne i socijalne nezrelosti maloletnika i potrebu da se njihovo kriminalno ponašanje sagledava kroz preventivni i razvojni okvir, a ne samo kroz represivnu reakciju. Prevencija zato treba da obuhvati više nivoa – individualni razvoj, porodicu, školu, vršnjačku grupu i širu društvenu zajednicu.

Na osnovu navedenih pristupa može se zaključiti da nijedna pojedinačna teorija ne pruža potpuno objašnjenje kriminalnog ponašanja. Sociološke teorije naglašavaju društvenu strukturu, norme i društvene veze; psihološki pristupi procese učenja, emocionalne reakcije i individualne karakteristike; razvojne teorije promene ponašanja kroz životni tok, dok neuropsihološki pristupi ukazuju na značaj samokontrole, impulsivnosti i drugih individualnih faktora. Savremeni pristup zato polazi od multifaktorskog i integrativnog modela, prema kojem kriminalno ponašanje nastaje kroz međudelovanje individualnih predispozicija sa karakteristikama porodice, vršnjačke grupe, škole, lokalne zajednice i šireg društvenog okruženja (Stevanović & Igrački, 2015; Igrački & Ilijić, 2016). Posebno mesto u ovom pristupu ima porodica, koja može predstavljati zaštitni faktor, ali i izvor rizika kada su prisutni nasilje, zanemarivanje, nedostatak roditeljskog nadzora ili nestabilni odnosi. Istraživanja ukazuju na potrebu povezivanja individualnih i porodičnih faktora sa širim društvenim okolnostima u objašnjenju kriminalnog ponašanja.

5. Uticaj mentalnog zdravlja članova porodice na razvoj kriminalnog ponašanja

Porodica predstavlja jedno od najznačajnijih okruženja u procesu socijalizacije deteta i razvoja njegovih emocionalnih, socijalnih i moralnih kapaciteta. Zbog toga kvalitet porodičnih odnosa, način vaspitanja, emocionalna dostupnost roditelja, prisustvo nasilja, zanemarivanja i drugih oblika disfunkcionalnosti mogu imati značajan uticaj na razvoj ponašanja dece i adolescenata. U tom kontekstu, narušeno mentalno zdravlje članova porodice, posebno roditelja, ne treba posmatrati kao neposredan i deterministički uzrok kriminalnog ponašanja, već kao jedan od faktora rizika koji, u interakciji sa drugim individualnim, porodičnim i socijalnim okolnostima, može doprineti razvoju problema u ponašanju. Savremena istraživanja ukazuju da je odnos između porodičnog okruženja i kriminalnog ponašanja višeslojan. Mentalne teškoće roditelja mogu biti povezane sa smanjenom emocionalnom dostupnošću, nekonzistentnim roditeljstvom, teškoćama u nadzoru deteta i povećanom izloženošću porodičnom stresu. Istovremeno, negativni uticaji mogu biti ublaženi kvalitetnim roditeljstvom, socijalnom podrškom, dostupnošću zdravstvenih i socijalnih usluga i drugim zaštitnim faktorima. U tom smislu, Igrački (2026) posebno ukazuje na značaj mentalnog zdravlja članova porodice, porodične dinamike i socijalne podrške u razumevanju kriminalnog ponašanja.

Mentalno zdravlje roditelja predstavlja značajan element porodičnog funkcionisanja. Depresija, anksiozni poremećaji, poremećaji ličnosti i problemi povezani sa zloupotrebom

psihoaktivnih supstanci mogu uticati na sposobnost roditelja da obezbedi stabilnu emocionalnu podršku, odgovarajući nadzor i dosledne vaspitne postupke. Međutim, prisustvo mentalnog poremećaja kod roditelja samo po sebi ne znači da će dete razviti antisocijalno ili kriminalno ponašanje. Rizik zavisi od prirode i težine problema, kvaliteta odnosa roditelja i deteta, socioekonomskih okolnosti i dostupnosti podrške. Meta-analiza Goodmana i saradnika (2011) pokazala je povezanost maternalne depresije sa različitim oblicima psihopatologije kod dece, pri čemu se odnos može objašnjavati kombinacijom bioloških, psiholoških i porodičnih mehanizama. Posebno su značajni procesi kroz koje roditeljska psihopatologija može uticati na kvalitet roditeljstva, emocionalnu regulaciju deteta i porodičnu atmosferu. Sa kriminološkog stanovišta, značajno je naglasiti da se razvoj antisocijalnog ponašanja ne može objasniti samo prisustvom psihičkih teškoća kod roditelja. Istraživanja intergeneracijskog prenosa kriminalnog ponašanja pokazuju da se povezanost kriminaliteta roditelja i dece delimično objašnjava porodičnim, socioekonomskim i individualnim faktorima (Farrington et al., 2009). Zbog toga je primerenije govoriti o kombinaciji faktora rizika, a ne o direktnom uzročno-posledičnom odnosu.. Izloženost nasilju može biti povezana sa različitim emocionalnim i ponašajnim posledicama, uključujući strah, anksioznost, teškoće u regulaciji emocija, agresivnost i probleme u socijalnom funkcionisanju. Jovanović (2010) nasilje u porodici posmatra kroz karakteristike učinilaca i žrtava, kontekst u kome se nasilje odvija i društvenu reakciju na ovu pojavu. U domaćoj kriminološkoj literaturi posebno se naglašava da porodično nasilje

nije samo privatni porodični problem, već društveni fenomen koji zahteva koordinisanu institucionalnu reakciju. Sličan zaključak proizlazi i iz rada Nikolić-Ristanović (2000), koja analizira povezanost nasilja u porodici i kriminaliteta žena, ukazujući na složen odnos između viktimizacije i kasnijeg kriminalnog ponašanja. Ovakav pristup je važan jer pokazuje da osoba izložena nasilju ne mora nužno ostati samo u poziciji žrtve, već dugotrajna viktimizacija, u određenim okolnostima, može biti povezana i sa kasnijim problemima u ponašanju.

Nalazi longitudinalnih istraživanja takođe ukazuju na značaj iskustva zlostavljanja i zanemarivanja u detinjstvu. Widom i Maxfield (2001) su, na osnovu longitudinalnog istraživanja, utvrdili povezanost dokumentovanog zlostavljanja i zanemarivanja u detinjstvu sa kasnijom delinkvencijom i kriminalitetom. Sa aspekta teorije socijalnog učenja, dete može usvajati obrasce ponašanja posmatranjem značajnih drugih, naročito roditelja i drugih članova porodice (Bandura, 1977). Ukoliko se agresivno ili nasilno rešavanje konflikata kontinuirano prikazuje kao prihvatljiv način ostvarivanja ciljeva, povećava se mogućnost da dete takve obrasce internalizuje. Ipak, ovaj proces nije automatski, jer na razvoj ponašanja utiču i škola, vršnjaci, šira društvena sredina, individualne karakteristike i zaštitni faktori.

Zanemarivanje predstavlja oblik neadekvatnog roditeljskog postupanja koji može uključivati nedostatak fizičke brige, nadzora, emocionalne podrške i odgovarajuće stimulacije deteta. Za razliku od pojedinačnih epizoda konflikta, dugotrajno zanemarivanje može predstavljati hroničan razvojni rizik.Hildyard i Wolfe (2002) ukazuju

da zanemarivanje može imati ozbiljne posledice na kognitivni, socijalno-emocionalni i ponašajni razvoj deteta. Posebno je značajno zanemarivanje u ranom detinjstvu, kada se formiraju osnovni obrasci emocionalnog vezivanja, socijalnog funkcionisanja i regulacije ponašanja. Emocionalna deprivacija može doprineti teškoćama u razvoju poverenja, empatije i adekvatnog odnosa prema drugim ljudima. Kod pojedine dece mogu se javiti povlačenje i internalizovani problemi, dok kod druge mogu biti prisutni agresivnost, impulsivnost i različiti oblici eksternalizovanog ponašanja. Zbog toga zanemarivanje treba posmatrati kao faktor koji može povećati razvojnu ranjivost deteta, ali ne kao direktan uzrok kasnijeg kriminalnog ponašanja .U domaćem kontekstu, značaj zaštite dece od zlostavljanja i zanemarivanja posebno naglašavaju Igrački i Brašovan Delić (2022), koji ukazuju na potrebu koordinisanog postupanja institucija u zaštiti dece koja su izložena nasilju u porodici.

Transgeneracijski prenos kriminalnog i devijantnog ponašanja predstavlja proces u kome se određeni obrasci ponašanja pojavljuju u više generacija iste porodice. Ovaj proces ne treba shvatiti kao jednostavan biološki ili genetski prenos kriminaliteta. Naprotiv, istraživanja ukazuju na značaj kombinacije porodičnih, socijalnih, individualnih i mogućih bioloških faktora. Farrington, Coid i Murray (2009) su u okviru Cambridge Study on Delinquent Development pokazali postojanje intergeneracijske povezanosti kriminalnog ponašanja, ali su istovremeno pokazali da se ta povezanost delimično objašnjava porodičnim, socioekonomskim i individualnim faktorima. To znači da dete koje odrasta u porodici u kojoj postoji

kriminalitet nije predodređeno da postane izvršilac krivičnih dela. Na prenos obrazaca mogu uticati različiti mehanizmi: posmatranje i imitacija ponašanja roditelja, prihvatanje kriminalnih normi, nedostatak adekvatnog roditeljskog nadzora, porodični konflikti, siromaštvo, zloupotreba psihoaktivnih supstanci i povezivanje sa devijantnim vršnjačkim grupama. Zbog toga je za prevenciju kriminaliteta od posebnog značaja prekidanje negativnih obrazaca u porodici kroz rano prepoznavanje problema, psihološku i socijalnu podršku, rad sa roditeljima i razvoj pozitivnih obrazaca komunikacije i vaspitanja.

Mentalno zdravlje članova porodice ne može se posmatrati odvojeno od šireg socioekonomskog konteksta. Siromaštvo, nezaposlenost, nesigurnost stanovanja, socijalna izolacija i hronični porodični stres mogu povećati opterećenje roditelja i otežati ostvarivanje stabilnog i podržavajućeg porodičnog okruženja. Evans, Li i Whipple (2013) ukazuju da izloženost većem broju kumulativnih faktora rizika može imati nepovoljnije razvojne posledice nego izloženost pojedinačnom stresoru. Ovo je značajno za razumevanje kriminalnog ponašanja jer se ono često pojavljuje u kontekstu više međusobno povezanih problema, a ne kao posledica jednog izolovanog faktora. Hronični stres i traumatska iskustva mogu negativno uticati na emocionalnu regulaciju, razvoj socijalnih veština i načine suočavanja sa konfliktima. Kada su takvi uslovi udruženi sa slabim roditeljskim nadzorom, porodičnim nasiljem, zloupotrebom supstanci ili nepovoljnim vršnjačkim uticajima, razvojni rizik može biti dodatno povećan. U tom smislu, kriminalno ponašanje treba posmatrati kroz multifaktorski model, u

kome se individualni faktori prepliću sa porodičnim i društvenim okolnostima. Ovakav pristup je u skladu i sa domaćim kriminološkim radovima koji naglašavaju značaj porodične sredine, socioekonomskih uslova i kvaliteta socijalizacije u razvoju maloletničke delinkvencije (Igrački & Ilijić, 2025).

6. Empirijska istraživanja i analiza podataka

Empirijska istraživanja ukazuju na povezanost mentalnog zdravlja članova porodice, porodične dinamike i razvoja delinkventnog i antisocijalnog ponašanja kod dece i adolescenata. Ipak, ove veze ne treba tumačiti kao direktne uzročno-posledične odnose, jer na razvoj kriminalnog ponašanja utiču brojni individualni, porodični, školski i društveni faktori. Dean et al. (2012) ukazuju na povezanost roditeljske istorije mentalnih poremećaja sa kriminalnim osudama potomaka, pri čemu mentalni poremećaj roditelja predstavlja jedan od mogućih faktora rizika, a ne samostalan uzrok kriminalnog ponašanja. Farrington (2005) među značajnim faktorima rizika navodi nedovoljan roditeljski nadzor, neujednačenu ili strogu disciplinu, roditeljske konflikte, narušene porodične odnose, antisocijalno ponašanje roditelja i nepovoljne socioekonomske uslove. Slično tome, Hoeve et al. (2009), u meta-analizi 161 istraživanja, ističu značaj roditeljskog nadzora, psihološke kontrole, odbacivanja i neprijateljskog roditeljskog ponašanja u vezi sa maloletničkom delinkvencijom.

U domaćoj literaturi maloletnički kriminalitet se posmatra kao složen fenomen čiji nastanak i razvoj zavise od međusobnog delovanja individualnih, porodičnih i socioekonomskih faktora.

Poseban značaj imaju kvalitet roditeljstva, stabilnost porodice, školsko okruženje i odnosi sa vršnjacima. Porodični odnosi predstavljaju važan faktor u razumevanju nasilnog ponašanja maloletnika, uključujući i nasilje prema roditeljima, dok se pitanje porodičnog nasilja razmatra i sa aspekta krivičnopravne zaštite članova porodice (Igrački & Ilijić, 2016; Stevanović & Igrački, 2015; Batrićević & Stanković, 2015; Škulić, 2015).

Mentalne teškoće roditelja mogu biti povezane sa smanjenim roditeljskim kapacitetima, slabijim nadzorom nad decom, učestalijim porodičnim konfliktima i drugim nepovoljnim okolnostima. Međutim, njihov uticaj ne može se posmatrati izolovano, već u kontekstu prisustva drugih faktora rizika i zaštitnih faktora. Deca mogu različito reagovati na slična nepovoljna iskustva, pri čemu podržavajuće okruženje i prisustvo zaštitnih faktora mogu doprineti njihovoj otpornosti. Istovremeno, siromaštvo i kumulativno dejstvo većeg broja psihosocijalnih rizika mogu imati nepovoljne posledice po mentalno zdravlje i doprineti pojavi eksternalizovanih problema u ponašanju (Rutter, 2006; Evans & Cassells, 2014). Rezultati istraživanja podržavaju biopsihosocijalni i multifaktorski pristup, prema kojem kriminalno ponašanje nastaje kroz složenu interakciju individualnih karakteristika, psiholoških procesa, porodičnog okruženja i širih društvenih uslova (Engel, 1977). Porodica predstavlja značajan razvojni kontekst, ali njen uticaj nije deterministički. Na razvoj i ponašanje deteta utiču kvalitet roditeljskih odnosa, stepen roditeljskog nadzora, dostupnost socijalne podrške, karakteristike školskog okruženja i individualne osobine deteta (Goodman et al., 2011; Rutter, 2006).

Domaća literatura dodatno potvrđuje značaj porodičnih faktora u razumevanju maloletničke delinkvencije. U porodicama maloletnih delinkvenata mogu biti prisutne određene psihopatološke i porodične karakteristike, ali ih je potrebno posmatrati u okviru šireg sistema faktora koji utiču na razvoj i ponašanje deteta (Stevanović, 1999). Prema teoriji socijalnog učenja, deca mogu usvajati određene obrasce ponašanja putem posmatranja i imitacije značajnih osoba iz svog okruženja (Bandura, 1977). U tom smislu, nasilje, agresivna komunikacija i drugi devijantni obrasci ponašanja mogu predstavljati modele koje dete usvaja, pri čemu njihov uticaj zavisi i od odnosa sa vršnjacima, iskustava u školi i šire socijalne sredine. Poseban značaj u vezi sa maloletničkom delinkvencijom imaju roditeljski nadzor i kontrola (Ćopić & Stevković, 2018). Teorija opšteg pritiska pruža dodatno objašnjenje načina na koji nepovoljna porodična iskustva, konflikti, zanemarivanje i nasilje mogu doprineti nastanku negativnih emocionalnih stanja i devijantnih oblika reagovanja (Agnew, 2006). Povezanost porodičnih odnosa i nasilničkog ponašanja maloletnika dodatno je potvrđena u domaćoj literaturi (Batrićević & Stanković, 2015). Istovremeno, prisustvo podrške porodice, kvalitetnih odnosa sa odraslim osobama, pozitivnog školskog okruženja i dostupne psihološke pomoći može doprineti razvoju otpornosti deteta na nepovoljne životne okolnosti (Rutter, 2006).

Važnu ulogu imaju i socioekonomski uslovi u kojima porodica funkcioniše. Siromaštvo, nezaposlenost, socijalna isključenost i materijalna nesigurnost mogu povećati nivo porodičnog stresa i otežati stabilno funkcionisanje porodice. Kumulativno dejstvo

nepovoljnih socioekonomskih uslova može imati značajan uticaj na razvoj dece, posebno kada je praćeno drugim faktorima rizika (Evans et al., 2013). Zbog toga je mentalno zdravlje članova porodice potrebno posmatrati u širem kontekstu dostupnosti zdravstvene, psihološke i socijalne podrške. U prevenciji maloletničke delinkvencije poseban značaj imaju rano prepoznavanje faktora rizika, pružanje podrške porodici i jačanje roditeljskih kapaciteta. Efikasna prevencija podrazumeva uključivanje roditelja i organa socijalne zaštite, kao i primenu preventivnog, vaspitnog i rehabilitacionog pristupa u okviru maloletničkog pravosuđa (Batrićević, 2010; Ćopić, 2023). Preventivne aktivnosti trebalo bi da budu usmerene na povezivanje porodice, škole, zdravstvenih i socijalnih službi, policije i pravosudnih institucija.

Empirijska istraživanja u ovoj oblasti primenjuju kvantitativne, kvalitativne i kombinovane metodološke pristupe, uključujući upitnike, skale procene, intervjue, studije slučaja i analizu službenih evidencija. Longitudinalna istraživanja omogućavaju praćenje promena i odnosa među varijablama tokom vremena, dok presečne studije prvenstveno pružaju podatke o povezanosti između posmatranih pojava. U obradi i analizi podataka primenjuju se deskriptivna statistika, korelacione i regresione analize, kao i analize medijacije i moderacije. Pri interpretaciji rezultata potrebno je uzeti u obzir i kontrolisati faktore kao što su socioekonomski status, obrazovanje, pol, uzrast i prethodno delinkventno ponašanje. Ograničenja analize odnose se prvenstveno na oslanjanje na postojeću literaturu i heterogenost korišćenih

istraživačkih pristupa, zbog čega rezultate različitih istraživanja nije uvek moguće neposredno porediti. Ipak, nalazi dostupnih istraživanja ukazuju na potrebu da se odnos između mentalnog zdravlja članova porodice i kriminalnog ponašanja posmatra kao multifaktorski i razvojni proces. Njegovo ispoljavanje zavisi od međusobne interakcije mentalnog zdravlja, kvaliteta roditeljstva, porodičnih odnosa, iskustava nasilja i viktimizacije, socioekonomskih uslova, socijalne podrške i individualnih karakteristika deteta. Zbog toga su u prevenciji značajni integrisani programi koji istovremeno obuhvataju jačanje porodice i roditeljskih kapaciteta, unapređivanje mentalnog zdravlja i razvoj zaštitnih faktora u školi i lokalnoj zajednici.

7. Prevencija i intervencije

Prevencija kriminalnog ponašanja u kontekstu mentalnog zdravlja članova porodice zahteva multidisciplinaran i kontinuiran pristup koji obuhvata pojedinca, porodicu, školu i širu društvenu zajednicu. Poseban značaj imaju rana identifikacija problema, procena rizika i pravovremena intervencija, jer omogućavaju ublažavanje faktora rizika i jačanje zaštitnih faktora. Mentalno zdravlje članova porodice predstavlja važan element preventivnog delovanja, posebno zbog njegove povezanosti sa porodičnom dinamikom i funkcionisanjem. Zbog toga prevencija ne bi trebalo da bude usmerena samo na ponašanje pojedinca, već i na porodične i socijalne uslove u kojima se ono razvija. Akcenat je na podršci mentalnog zdravlja i unapređenju porodičnog funkcionisanja u prevenciji kriminalnog ponašanja.

Važnu ulogu u prevenciji problema u ponašanju imaju programi podrške porodici koji su usmereni na unapređenje roditeljskih kompetencija, kvaliteta komunikacije, emocionalnih veština i stabilnosti porodičnog okruženja. Programi pozitivnog roditeljstva mogu doprineti poboljšanju ponašanja dece, unapređenju roditeljskih postupaka, povećanju roditeljskog samopouzdanja i boljoj kontroli roditeljske ljutnje (Sanders et al., 2012). Posebnu pažnju zahtevaju intervencije namenjene roditeljima koji se suočavaju sa problemima mentalnog zdravlja, pri čemu se mogu primenjivati psihoterapija, savetovanje, psihoedukacija i različiti oblici socijalne podrške. U prevenciji i tretmanu problema u ponašanju značajno mesto zauzimaju psihološke intervencije, posebno kognitivno-bihevioralni programi. Ovi programi usmereni su na promenu disfunkcionalnih obrazaca mišljenja i ponašanja, razvoj samokontrole i unapređenje socijalnih veština. Kognitivno-bihevioralne intervencije mogu doprineti smanjenju kriminalnog ponašanja, dok kvalitet njihove implementacije i nivo obučenosti realizatora predstavljaju značajne faktore koji mogu uticati na ostvarene ishode (Lipsey et al., 2007). Pored individualnog tretmana, značajno mesto zauzimaju porodične i multisistemske intervencije koje istovremeno obuhvataju porodicu, školu, vršnjačku grupu i širu društvenu zajednicu. Ovakav pristup omogućava istovremeno delovanje na različite faktore koji mogu doprineti razvoju i održavanju problematičnih obrazaca ponašanja kod adolescenata. Porodični tretmani, uključujući multisistemsku terapiju, imaju empirijsku podršku u radu sa adolescentima koji ispoljavaju poremećaje ponašanja i delinkventno ponašanje

(Henggeler & Sheidow, 2012). Efikasnost ovakvih intervencija povezana je sa istovremenim delovanjem na porodično funkcionisanje i različite nivoe adolescentovog neposrednog i šireg okruženja (Henggeler, 2012).

U domaćem kontekstu, porodični i društveni faktori predstavljaju značajan element razumevanja maloletničke delinkvencije. Razumevanje maloletničke delinkvencije zahteva sagledavanje individualnih, porodičnih i društvenih okolnosti, uz uvažavanje razvojnih karakteristika maloletnika (Škulić & Stevanović, 1999). Poseban krivičnopravni tretman maloletnika predstavlja važan aspekt društvene reakcije na maloletničku delinkvenciju, imajući u vidu njihov uzrast, razvojne karakteristike i specifičan pravni položaj (Škulić, 2010). Obrazovni sistem ima značajnu preventivnu funkciju, jer škola može predstavljati važan zaštitni faktor u razvoju dece i adolescenata. Programi socijalnog i emocionalnog učenja usmereni su na razvoj emocionalne regulacije, socijalnih veština, odgovornog donošenja odluka i kvalitetnijih međuljudskih odnosa. Primena ovakvih programa povezana je sa poboljšanjem socijalnih i emocionalnih veština, ponašanja i školskog uspeha, što je pokazano meta-analizom 213 programa koja je obuhvatila više od 270.000 učenika (Durlak et al., 2011).

Pored preventivnih programa, značajnu ulogu u prevenciji i tretmanu problema u ponašanju imaju škole, centri za socijalni rad, zdravstvene ustanove, policija i pravosudni sistem. Njihova međusobna saradnja omogućava pravovremeno prepoznavanje faktora rizika, koordinisano pružanje pomoći i kontinuitet

intervencija. Kod maloletnika koji su već došli u kontakt sa sistemom krivičnog pravosuđa posebno je važno uvažavanje njihovih razvojnih karakteristika i specifičnosti njihovog pravnog položaja (Škulić & Stevanović, 1999). Nakon izvršenja krivičnog dela, intervencije je potrebno usmeriti i na procese resocijalizacije i reintegracije osuđenih lica. U tom kontekstu značaj imaju restorativni pristupi i različiti modeli resocijalizacije, koji obuhvataju postupke usmerene na preuzimanje odgovornosti, obnovu narušenih odnosa i ponovno uključivanje pojedinca u zajednicu (Batrićević & Kovačević, 2021). Šire društvene mere predstavljaju važan deo sveobuhvatne prevencije kriminalnog ponašanja. Smanjenje siromaštva, dostupnost zdravstvenih i usluga mentalnog zdravlja, podrška porodici, zaštita dece i razvoj lokalnih socijalnih servisa mogu doprineti smanjenju izloženosti faktorima rizika. Prevencija kriminalnog ponašanja zbog toga zahteva povezivanje zdravstvenog, obrazovnog, socijalnog i pravosudnog sektora, umesto oslanjanja isključivo na mere krivičnopravnog sistema. Rano prepoznavanje problema u ponašanju, porodičnih konflikata, teškoća u roditeljstvu i problema mentalnog zdravlja omogućava pravovremeno reagovanje i primenu odgovarajućih intervencija. Intervencije je potrebno prilagođavati razvojnom periodu i nivou rizika. U ranom detinjstvu naglasak je prvenstveno na podršci roditeljima, razvoju sigurnih porodičnih odnosa i stvaranju stabilnog okruženja, dok se tokom adolescencije veća pažnja usmerava na školu, vršnjačke odnose, emocionalnu regulaciju i prevenciju rizičnih ponašanja.

Holistički pristup prevenciji povezuje mentalno zdravlje članova porodice, porodičnu dinamiku i dostupnost socijalne podrške, čime se omogućava istovremeno sagledavanje individualnih i kontekstualnih faktora koji utiču na ponašanje. Sličan princip primenjuje se i u multisistemskim pristupima koji obuhvataju više nivoa adolescentovog okruženja i istovremeno se usmeravaju na porodicu, školu, vršnjake i zajednicu (Henggeler & Sheidow, 2012). Prevencija kriminalnog ponašanja treba da bude integrisana, razvojno usmerena i zasnovana na dokazima, uz rano prepoznavanje faktora rizika, jačanje roditeljskih kompetencija, dostupnost usluga mentalnog zdravlja, razvoj socijalnih i emocionalnih veština, primenu porodičnih intervencija i koordinisano delovanje relevantnih institucija. Povezivanje pitanja mentalnog zdravlja, porodičnog funkcionisanja, maloletničke delinkvencije, društvene reakcije i resocijalizacije omogućava sveobuhvatnije sagledavanje mogućnosti prevencije i tretmana problema u ponašanju (Igački, 2026; Batrićević & Kovačević, 2021; Škulić & Stevanović, 1999).

8. Zaključak

Na osnovu teorijskih razmatranja i pregleda relevantnih empirijskih istraživanja može se zaključiti da mentalno zdravlje članova porodice, kvalitet porodičnih odnosa i šire socijalne okolnosti predstavljaju značajne faktore povezane sa razvojem problema u ponašanju, uključujući antisocijalne i kriminalne obrasce ponašanja. Porodica, kao primarni kontekst socijalizacije, ima važnu ulogu u oblikovanju emocionalnih obrazaca, načina uspostavljanja i

održavanja međuljudskih odnosa, socijalnih veština i sistema vrednosti, koji mogu imati značajne implikacije za kasnije funkcionisanje pojedinca u širem društvenom okruženju. Ovakvo shvatanje u skladu je sa ekološkim pristupom razvoju, prema kojem se razvoj pojedinca odvija u okviru međusobno povezanih sistema i konteksta u kojima živi (Bronfenbrenner, 1979).

Pregled dostupnih istraživanja ukazuje na to da mentalne teškoće i poremećaji kod roditelja, naročito kada su praćeni nepovoljnim porodičnim odnosima, nedovoljnom emocionalnom podrškom, neadekvatnim ili nekonzistentnim roditeljstvom, kao i izloženošću konfliktima i nasilju, mogu biti povezani sa povećanim rizikom od razvoja problema u ponašanju kod dece i adolescenata. Međutim, odnos između mentalnog zdravlja roditelja i ishoda kod dece ne može se tumačiti kao jednostavan niti deterministički. Uticaj pojedinačnih rizičnih faktora zavisi od njihovog međusobnog delovanja sa različitim individualnim, porodičnim i društvenim karakteristikama. Nalazi o povezanosti mentalnog zdravlja roditelja i razvojnih ishoda kod dece, uključujući istraživanja o maternalnoj depresiji i psihopatologiji kod dece, ukazuju na značaj porodičnog konteksta, ali ne pružaju osnov za zaključak da mentalni poremećaj roditelja neposredno ili nužno dovodi do kriminalnog ponašanja deteta (Goodman et al., 2011). Jedan od mogućih mehanizama putem kojih porodično okruženje može biti povezano sa razvojem ponašanja jeste proces socijalnog učenja. Deca i adolescenti usvajaju određene obrasce ponašanja kroz posmatranje i interakciju sa značajnim osobama iz svog okruženja. Shodno tome, načini na koje članovi porodice ispoljavaju emocije, rešavaju konflikte,

uspostavljaju granice i reaguju na različite životne situacije mogu predstavljati važne modele za razvoj ponašanja deteta (Bandura, 1977). Istovremeno, prisustvo rizičnih faktora ne podrazumeva nužno razvoj kriminalnog ili antisocijalnog ponašanja. Istraživanja o rezilijentnosti ukazuju na značaj zaštitnih faktora i individualnih razlika u načinu reagovanja na nepovoljne životne okolnosti. Stabilni odnosi sa roditeljima i drugim značajnim osobama, podrška neposrednog socijalnog okruženja, pozitivna razvojna iskustva i dostupnost adekvatnih oblika stručne pomoći mogu doprineti ublažavanju negativnih posledica izloženosti rizicima i podsticanju adaptivnog razvoja (Rutter, 2006). Stoga je prilikom razmatranja odnosa između porodičnih faktora i problema u ponašanju neophodno istovremeno uzeti u obzir i rizične i zaštitne faktore.

U tom kontekstu, poseban značaj imaju rana identifikacija rizičnih okolnosti i pravovremeno uključivanje odgovarajućih oblika podrške i intervencije. Podrška porodici, dostupnost psiholoških i drugih stručnih usluga, kao i saradnja institucija iz oblasti socijalne zaštite, obrazovanja i zdravstvene zaštite mogu doprineti stvaranju povoljnijih razvojnih uslova za decu i adolescente. Preventivni pristup stoga ne bi trebalo da bude usmeren isključivo na individualne karakteristike deteta ili adolescenta, već i na porodične i šire društvene okolnosti koje mogu predstavljati izvor rizika, ali i važan potencijal za zaštitu i podršku. Na osnovu svega navedenog, može se zaključiti da je odnos između mentalnog zdravlja članova porodice i kriminalnog ponašanja složen, višefaktorski i razvojno uslovljen. Mentalno zdravlje roditelja i kvalitet porodičnih odnosa ne mogu se posmatrati kao izolovani uzroci kriminalnog ponašanja, već

kao faktori čiji se značaj ostvaruje kroz njihovu interakciju sa individualnim karakteristikama, razvojnim iskustvima i širim socijalnim okolnostima. Razumevanje ove pojave stoga zahteva integrisan i multidisciplinaran pristup koji objedinjuje psihološku, porodičnu i društvenu perspektivu. Buduća istraživanja trebalo bi da dodatno ispituju navedene odnose primenom longitudinalnih istraživačkih dizajna, kako bi se preciznije sagledala dinamika između porodičnih rizičnih faktora, mentalnog zdravlja i razvoja problema u ponašanju tokom različitih razvojnih perioda. Posebnu pažnju trebalo bi posvetiti ispitivanju međusobnog delovanja rizičnih i zaštitnih faktora, kao i razlikama između pojedinaca koji, uprkos izloženosti nepovoljnim porodičnim okolnostima, ne razvijaju problematične obrasce ponašanja. Uključivanje različitih kulturnih i društvenih konteksta dodatno bi moglo doprineti potpunijem razumevanju načina na koji porodične karakteristike i šire društveno okruženje oblikuju razvojne ishode i mogućnosti prevencije problema u ponašanju.

Literatura

Agnew, R. (1992). Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology, 30*(1), 47–88. https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1992.tb01093.x

Agnew, R. (2006). *Pressured into crime: An overview of general strain theory*. Oxford University Press.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.

Batrićević, A. (2010). Vaspitne mere pojačanog nadzora maloletnika u krivičnom pravu Finske i Italije. *Strani pravni život, 54*(1), 197–212.

Batrićević, A. (2014). Compulsory psychiatric treatment of offenders in Serbia – Legislative frameworks, current state and recommendations. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja, 33*(2), 89–114.

Batrićević, A. (2014). Obavezno psihijatrijsko lečenje prestupnika u Srbiji, zakonski okviri, trenutno stanje i preporuke. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja, 33*(2), 89–114.

Batrićević, A., & Kovačević, M. (2021). Restorative performance and the resocialization of convicted persons. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja, 40*(1), 25–49. https://doi.org/10.47152/ziksi2021012

Batrićević, A., & Stanković, V. (2015). Maloletnici kao učinioci porodičnog nasilja nad roditeljima: Zastupljenost, karakteristike i državna reakcija. U I. Stevanović (Ur.), *Maloletnici kao učinioci i žrtve krivičnih dela i prekršaja* (str. 333–347). Institut za kriminološka i sociološka istraživanja.

Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *The Journal of Early Adolescence, 11*(1), 56–95. https://doi.org/10.1177/0272431691111004

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

Ćopić, S. (2004). Wife abuse in the countries of the former Yugoslavia. *Feminist Review, 76*(1), 46–64. https://doi.org/10.1057/palgrave.fr.9400137

Ćopić, S. (2023/2024). Snižavanje starosne granice krivične odgovornosti – večita dilema? *Crimen, 14*(3), 235–247. https://doi.org/10.5937/crimen2303235C

Ćopić, S., Nikolić-Ristanović, V., & Petrović, N. (2010). Nasilje u porodici u Vojvodini i društvena reakcija. U V. Nikolić-Ristanović (Ur.), *Nasilje u porodici u*

Vojvodini (str. 93–123). Pokrajinski sekretarijat za rad, zapošljavanje i ravnopravnost polova.

Ćopić, S., & Stevković, Lj. (2018). Roditeljski nadzor i kontrola kao faktor maloletničke delinkvencije: Rezultati međunarodne ankete samoprijavljivanjem delinkvencije. U I. Stevanović (Ur.), *Pravda po meri deteta* (str. 279–294). Institut za kriminološka i sociološka istraživanja.

Dean, K., Mortensen, P. B., Stevens, H., Murray, R. M., Walsh, E., & Agerbo, E. (2012). Criminal conviction among offspring with parental history of mental disorder. *Psychological Medicine, 42*(3), 571–581.

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development, 82*(1), 405–432. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Evans, G. W., & Cassells, R. C. (2014). Childhood poverty, cumulative risk exposure, and mental health in emerging adults. *Clinical Psychological Science, 2*(3), 287–296.

Evans, G. W., Li, D., & Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin, 139*(6), 1342–1396. https://doi.org/10.1037/a0031808

Farrington, D. P. (2005). Childhood origins of antisocial behavior. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 12*(3), 177–190.

Farrington, D. P. (2011). Families and crime. In M. Maguire, R. Morgan, & R. Reiner (Eds.), *The Oxford handbook of criminology* (5th ed., pp. 130–157). Oxford University Press.

Farrington, D. P., Coid, J. W., & Murray, J. (2009). Family factors in the intergenerational transmission of offending. *Criminal Behaviour and Mental Health, 19*(2), 109–124. https://doi.org/10.1002/cbm.717

Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M., & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 14*(1), 1–27. https://doi.org/10.1007/s10567-010-0080-1

Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford University Press.

Henggeler, S. W. (2012). Multisystemic therapy: Clinical foundations and research outcomes. *Psychosocial Intervention, 21*(2), 181–193. https://doi.org/10.5093/in2012a12

Henggeler, S. W., & Sheidow, A. J. (2012). Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(1), 30–58. https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00244.x

Hildyard, K. L., & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect, 26*(6–7), 679–695. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00341-1

Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. University of California Press.

Hoeve, M., Dubas, J. S., Eichelsheim, V. I., van der Laan, P. H., Smeenk, W., & Gerris, J. R. M. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*(6), 749–775. https://doi.org/10.1007/s10802-009-9310-8

Igrački, J. (2012). Policija kao subjekt u prevenciji zlostavljanja dece. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja*, 31(1), 259-275.

Igrački, J. (2013). Nasilničko ponašanje: Krivičnopravni i kriminološki aspekt. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja, 32*(2), 203–213.

Igrački, J., & Stevanović, Z. (2015). Modern programs of juvenile delinquency prevention. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja, 34*(1), 169–179.

Igrački, J., & Ilijić, Lj. (2016). Kriminalitet maloletnika – stanje u svetu i u Srbiji. *Strani pravni život, 60*(1), 185–200.

Igrački, J., & Brašovan Delić, M. (2022). Protection of victims of psychological abuse as type of domestic violence in criminal procedure. *Journal of Eastern European Criminal Law*, (2).

Igrački, Jasmina and Brašovan Delić, Marina (2023) *Prepoznavanje dece kao žrtve nasilja u porodici i njihova zaštita u krivičnom postupku.* In: Međunarodni naučni skup "Izazovi i perspektive razvoja pravnih sistema u XXI vijeku": zbornik radova. Univerzitet u Banjoj Luci, Pravni fakultet, Banja Luka, pp. 179-198. ISBN 978-99976-54-19-9

Jovanović, S. (2010). *Pravna zaštita od nasilja u porodici*. Institut za kriminološka i sociološka istraživanja.

Jovanović, S. (2019). Novi krivičnopravni odgovori Republike Srbije na nasilje nad ženama. *Temida, 22*(2), 169–187.

Jovanović, S., & Ćopić, S. (2025). Strategije za prevenciju i iskorenjivanje femicida: Pravne, institucionalne i društvene dimenzije, izazovi i perspektive. *Pravni zapisi, 16*(2), 345–371. https://doi.org/10.5937/pravzap16-62165

Jovanović, S., & Pašalić, Z. (2016). Maloletni učinioci prekršaja sa elementima nasilja. *Crimen, 7*(3), 397–410.

Kovačević, M., Kovačević-Lepojević, M., & Turanjanin, V. (2017). Nasilje u porodici – opšta razmatranja i osvrt na stanje u Srbiji. *Društvene devijacije, 2*(2), 62–69.

Lipsey, M. W., Landenberger, N. A., & Wilson, S. J. (2007). Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders. *Campbell Systematic Reviews, 3*(1), 1–27. https://doi.org/10.4073/csr.2007.6

Merton, R. K. (1938). Social structure and anomie. *American Sociological Review, 3*(5), 672–682. https://doi.org/10.2307/2084686

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.

Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review, 100*(4), 674–701. https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.4.674

Murray, J., Farrington, D. P., & Sekol, I. (2012). Children's antisocial behavior, mental health, drug use, and educational performance after parental incarceration: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin, 138*(2), 175–210. https://doi.org/10.1037/a0026407

Nikolić-Ristanović, V. (1998). Victims and police in Belgrade. *International Review of Victimology, 6*(1), 1–17. https://doi.org/10.1177/026975809800600104

Nikolić-Ristanović, V. (1999). Living without democracy and peace: Violence against women in the former Yugoslavia. *Violence Against Women, 5*(1), 63–80. https://doi.org/10.1177/10778019922181158

Nikolić-Ristanović, V. (2000). *Od žrtve do zatvorenice: Nasilje u porodici i kriminalitet žena*. Viktimološko društvo Srbije; Institut za kriminološka i sociološka istraživanja; Prometej.

Nikolić-Ristanović, V. (2002). *Porodično nasilje u Srbiji*. Viktimološko društvo Srbije & Prometej.

Nikolić-Ristanović, V. (2002). *Social change, gender and violence: Post-communist and war-affected societies*. Kluwer Academic Publishers.

Nikolić-Ristanović, V. (2011). Feminist research and activism on violence against women: Linking the local and the global. *Feminist Review, 98*(1_suppl), e21–e35.

Nikolić-Ristanović, V. (Ur.). (2010). *Nasilje u porodici u Vojvodini*. Pokrajinski sekretarijat za rad, zapošljavanje i ravnopravnost polova.

Nikolić-Ristanović, V. (Ur.). (2016). *Delinkvencija i viktimizacija maloletnih lica u Srbiji: Rezultati Međunarodne ankete samoprijavljivanjem delinkvencije*. Prometej.

Nikolić-Ristanović, V., & Ćopić, S. (2010). *Pomoć i podrška ženama žrtvama trgovine ljudima u Srbiji*. Viktimološko društvo Srbije; Prometej.

Patterson, G. R., & Dishion, T. J. (1985). Contributions of families and peers to delinquency. *Criminology, 23*(1), 63–79. https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1985.tb00326.x

Patterson, G. R., & Stouthamer-Loeber, M. (1984). The correlation of family management practices and delinquency. *Child Development, 55*(4), 1299–1307. https://doi.org/10.2307/1129999

Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist, 44*(2), 329–335. https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.2.329

Raine, A. (2013). *The anatomy of violence: The biological roots of crime*. Pantheon Books.

Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin, 128*(2), 330–366. https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.2.330

Rutter, M. (2006). Genes and behavior: Nature–nurture interplay explained. Blackwell Publishing.

Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. U B. M. Lester, A. S. Masten, & B. McEwen (Ur.), *Resilience in children* (str. 1–12). Blackwell Publishing. https://doi.org/10.1196/annals.1376.002

Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 345–379.

Sanders, M. R., Baker, S., & Turner, K. M. T. (2012). A randomized controlled trial evaluating the efficacy of Triple P Online with parents of children with early-onset conduct problems. *Behaviour Research and Therapy, 50*(11), 675–684. https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.07.004

Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.

Siegel, L. J. (2018). *Criminology: The core* (7th ed.). Cengage Learning.

Siegel, L. J. (2018). *Criminology: Theories, patterns, and typologies* (13th ed.). Cengage Learning.

Stevanović, I. (2018). Special measures of child protection in criminal proceedings. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja*.

Stevanović, I. (2020). *Izazovi u postpenalnom prihvatu maloletnih učinilaca krivičnih dela u Srbiji: Norme, praksa i mere unapređenja*. Institut za kriminološka i sociološka istraživanja.

Stevanović, I. (2023). Izazovi u postpenalnom prihvatu maloletnih učinilaca krivičnih dela u Srbiji. [Podaci o publikaciji potrebno je proveriti prema originalnom izdanju].

Stevanović, I., & Vujičić, N. (2019). Rad u javnom interesu i uslovna osuda sa zaštitnim nadzorom u Republici Srbiji i povrat: Analiza uspešnosti primene iz ugla istraživača. *Crimen, 10*(1).

Stevanović, Z. (1999). [Rad o porodičnim i psihopatološkim karakteristikama maloletnih delinkvenata]. Institut za kriminološka i sociološka istraživanja.

Stevanović, Z., & Igrački, J. (2015). Modern programs of juvenile delinquency prevention. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja, 34*(1), 169–179.

Stevanović, Z., & Igrački, J. (2015). Primena preventivnih programa u radu sa maloletnim prestupnicima. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja, 34*(1), 169–179.

Škulić, M. (2010). Starosna granica sposobnosti za snošenje krivice u krivičnopravnom smislu. *Crimen, 1*(2), 202–227.

Škulić, M. (2015). Nasilje u porodici – nedovoljno kvalitetno zakonsko rešenje, nedosledna praksa, brojni problemi i dileme. *Revija za kriminologiju i krivično pravo*, 117–141.

Škulić, M., & Stevanović, I. (1999). *Maloletni delinkventi u Srbiji: Neka pitanja materijalnog, procesnog i izvršnog prava*. Jugoslovenski centar za prava deteta.

Vasiljević-Prodanović, D., & Kovačević, M. (2020). Jednoroditeljske porodice i maloletnička delinkvencija. *Društvene devijacije, 5*(1), 488–493. https://doi.org/10.7251/zcmz2001488v

Vujičić, N. (2019). Psihijatrijsko lečenje i krivično pravo: Primena mere bezbednosti obaveznog psihijatrijskog lečenja na slobodi u SPB Gornja Toponica. *Revija za kriminologiju i krivično pravo, 57*(2), 77–97.

Vujičić, N. (2020). Stanje i tendencije kriminaliteta maloletnika u Republici Srbiji. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja, 39*(1), 119–136.

Widom, C. S. (1989). The cycle of violence. *Science, 244*(4901), 160–166. https://doi.org/10.1126/science.2704995

Widom, C. S., & Maxfield, M. G. (2001). *An update on the "cycle of violence"*. National Institute of Justice, U.S. Department of Justice.

World Health Organization. (2022). *Mental health: Strengthening our response*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.

Biografije autora

Vesna Nikolić-Ristanović

Vesna Nikolić-Ristanović je redovna profesorka (u penziji) Fakulteta za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju Univerziteta u Beogradu. Osnivačica je i dugogodišnja direktorka, a danas samostalna savetnica i članica Upravnog odbora, Viktimološkog društva Srbije. Aktivna je instruktorka joge sa licencom Joga saveza Srbije. Autorka je većeg broja radova iz oblasti kriminologije i viktimologije. Posebne oblasti njenih istraživanja su prava žrtava, nasilje nad ženama, žrtve rata, kriminalitet žena, podrška žrtvama i istina i pomirenje.

Nakon 2013. god, kada joj je dijagnostikovan kancer dojke, bavi se i istraživanjem sopstvenog iskustva i iskustava drugih ljudi koji su se našli u sličnoj situaciji. Nalaze istraživanja je predstavila na naučnim konferencijama i u naučnim radovima. Bavljenje ovom temom na taj način, kao i kroz kreativno pisanje i pružanje neformalne podrške osobama kojima je potrebna, smatra važnim delom svog procesa oporavka, lične transformacije i posttraumatskog rasta. Posmatranje sopstvenog iskustva kao jednog od mnogih, odnosno kao dela celine a ne fragmentarno, pomoglo joj je da se od njega distancira, da povrati narušenu ravnotežu i kontrolu nad sopstvenim životom. Uz to, vođena feminističkim principom *lično je političko,* smatra da njeno iskustvo nije samo njena privatna stvar već da je ono što je iz njega naučila važno i za druge.

Danica Vasiljević-Prodanović

Danica Vasiljević-Prodanović je redovni profesor na Univerzitetu u Beogradu - Fakultetu za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, na kojem predaje, na svim nivoima studija, na predmetima: Osnovi penologije, Osnove sistema izvršenja krivičnih sankcija, Izvršenje alternativnih krivičnih sankcija, Formalna i neformalna socijalna kontrola, Istraživanja u kriminologiji, viktimologiji i društvena reakcija na delinkventna ponašanja. Angažovana je na izvođenju nastave i na drugim visokoškolskim ustanovama u zemlji. Glavne oblasti njenog interesovanja su: izvršenje krivičnih sankcija, postpenalna zaštita, maloletnička delinkvencija, restorativna pravda, nasilje u porodici, prava osoba sa invaliditetom, inkluzivno obrazovanje, pedagogija mladih sa poremećajima ponašanja, socijalna rehabilitacija. Objavila je veliki broj naučnih i stručnih radova, autor je tri monografije i učesnik brojnih domaćih i međunarodnih naučnih konferencija. Učestvovala je u realizaciji više projekata, među kojima se izdvaja projekat „Podrška uspostavljanju sistema alternativnog kažnjavanja u Srbiji“ Ministarstva pravde Republike Srbije. Bila je članica radne grupe Ministarstva pravde Republike Srbije za izradu Strategije za socijalnu reintegraciju i prihvat osuđenih lica.

Zoran Pavlović

Prof. dr Zoran Pavlović redovni je profesor na Pravnom fakultetu Univerziteta Privredna akademija u Novom Sadu, gostujući profesor na Istočnokineskom Univerzitetu za političke nauke i pravo u Šangaju i Professor et dr honoris causa Univerziteta u Pečuju. Njegova istraživanja obuhvataju međunarodno javno i krivično pravo, ljudska prava, kriminologiju i viktimologiju. Objavio je veliki broj naučnih i stručnih radova, autor je monografija i udžbenika i urednik izdanja iz oblasti krivičnog prava, zaštite ljudskih prava i kulture sećanja. Obavljao je dužnost Pokrajinskog zaštitnika građana – ombudsmana, Okružnog javnog tužioca u Novom Sadu i dobitnik je više domaćih i međunarodnih priznanja.

Milica Kovačević

Milica Kovačević je doktorirala na Pravnom fakultetu Univerziteta u Beogradu. Položila je pravosudni ispit. Vanredni je profesor na Univerzitetu u Beogradu - Fakultetu za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju, Odeljenje za prevenciju i tretman poremećaja ponašanja, gde, između ostalog, predaje na kursevima: Delinkvencija dece i pravna reakcija, Osnovi krivičnog prava i Maloletničko krivično pravo. Ključne oblasti njenog interesovanja obuhvataju: prava deteta, ljudska i manjinska prava, zločine mržnje, položaj maloletnih prestupnika, obrazovanje, zabranu diskriminacije i antidiskriminacione prakse. Autor je tri monografije i većeg broja naučnih radova.

Filip Mirić

Dr Filip Mirić je rođen 1981. godine u Nišu. Diplomirao je na Pravnom fakultetu Univerziteta u Nišu 2008. godine. Doktorirao je 4. novembra 2014. godine na Pravnom fakultetu Univerziteta u Nišu, odbranivši doktorsku disertaciju Savremena shvatanja fenomenologije i etiologije maloletničke delinkvencije, čime je, sa odličnim uspehom, završio doktorske akademske studije prava i stekao naučni naziv doktora pravnih nauka za krivičnopravnu naučnu oblast. Dobitnik je nagrade kao najbolji student doktorskih akademskih studija prava Pravnog fakulteta Univerziteta u Nišu u školskoj 2010/2011. godini, po odluci Službenog glasnika Republike Srbije Dobitnik je i nagrade Viktimološkog društva Srbije za posebno kvalitetan naučnoistraživački rad iz oblasti viktimologije za 2013. godinu. Filip Mirić je objavio preko 160 naučnih članaka u naučnim časopisima iz oblasti krivičnog prava, kriminologije, viktimologije i zaštite prava osoba sa invaliditetom Na predlog Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja iz Beograda, 21. maja 2024. godine, reizabran je u naučno zvanje naučnog saradnika od strane Matičnog naučnog odbora za pravo, ekonomiju i političke nauke Ministarstva nauke, tehnološkog razvoja i inovacija Republike Srbije. (Ko)autor je više naučnih i stručnih monografija. Govori engleski i makedonski jezik.

Jasna Stojanović

Advokatica sa iskustvom u pružanju pravne podrške kompanijama i organizacijama u oblasti ugovornog i radnog i prava. Fokusirana na pravnu analizu, regulatornu usklađenost (GDPR) i izradu ugovora, uz sposobnost prevođenja kompleksnih pravnih pitanja u praktična poslovna rešenja. Iskustvo u radu na EU projektima i saradnji sa različitim sektorima doprinosi razumevanju potreba klijenata i efikasnom upravljanju pravnim rizicima.

Ključne veštine:

- Radno i regulatorno pravo: Dubinsko poznavanje radnog zakonodavstva i povezanih propisa, izrada stručnih publikacija, pravnu analizu i procesno zastupanje u radnim i parničnim postupcima.
- Pravna analiza i pisanje: Izražena sposobnost izrade pravnih mišljenja, stručnih vodiča i analitičkih dokumenata, zasnovanih na domaćem pravu, sudskoj praksi i relevantnim međunarodnim standardima.
- Ugovorno pravo i regulatorna usklađenost (EU): Iskustvo u pripremi i pregledu ugovora, kao i u obezbeđivanju usklađenosti projekata i pravnih aranžmana sa pravilima evropskih fondova i donatorskim standardima

Olivera Ćulibrk

Stručnjakinja u oblasti komunikacija i upravljanja projektima sa bogatim praktičnim iskustvom u kreiranju digitalnog sadržaja, koordinaciji kampanja i saradnji sa ključnim partnerima. Trenutno obavlja funkciju predsednice Udruženja za kronovu bolest i ulcerozni kolitis Srbije - Ljiljan Đaković, nacionalnog udruženja pacijenata sa IBD-om i delegatkinje Srbije u međunarodnoj federaciji udruženja pacijenata - IFCCA (International Federation of Chron's and colitis Associations), gde rukovodi komunikacionim strategijama, kampanjama i međusektorskim inicijativama. Po obrazovanju inženjer, marketingu pristupa analitički i strukturirano, uz oslanjanje na podatke, što spaja sa kreativnošću, proaktivnošću i snažnim organizacionim veštinama. Poseduje značajno iskustvo u radu sa regionalnim i međunarodnim timovima, agencijama i partnerima.

Ključne veštine:

- Pisanje i komunikacija: Kreiranje članaka i tekstova prilagođenih javnosti i pacijentima.
- Digitalni marketing: Planiranje i realizacija sadržaja za društvene mreže i koordinacija multimedijalne produkcije (video, dizajn, copy).
- Odnosi sa medijima: Priprema brifinga i intervjua.
- Događaji: Komunikaciona podrška za konferencije i stručne skupove.

- Edukacija: Kreiranje poruka fokusiranih na podizanje svesti i edukaciju.
- Analitika i procesi: Strukturirano izveštavanje, praćenje rezultata (KPI) i donošenje odluka zasnovano na podacima.
- Organizacija: Dokumentovanje radnih procesa i sistematično vođenje komunikacije sa partnerima

Milana M. Ljubičić

Milana M. Ljubičić po obrazovanju je sociolog i sistemski porodični terapeut. Redovni je profesor Odeljenja za sociologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Angažovana u nastavi na osnovnim studijama sociologije na predmetima: Sociologija mentalnih poremećaja, Sociologija društvenih devijacija – kriminalitet, Sociologija zatvaranja/Penološka sociologija. Predaje Uvodu sistemsku porodičnu teoriju i terapiju, Sociologiju marginalizovanih grupa i Socioterapiju na master studijama, te Socijalnu patologiju na doktorskim studijama na matičnom fakultetu.

Važnije knjige:

- *Identitet(i) i mentalna bolest: analiza priča specijalnih pacijenata o sebi i drugima*, Beograd 2016;
- *Nasilje djece nad roditeljima*, Beograd, 2020. Ova monografija je nagrađena od strane Srpskog sociološkog društva 2020. godine kao najbolja knjiga iz oblasti sociologije za 2021. godinu

Vida Vilić

Dr Vida Vilić je naučna saradnica koja je svoju profesionalnu karijeru započela u Osnovnom sudu u Nišu. Od 2011.godine radi kao pomoćnica direktora za pravne poslove na Klinici za dentalnu medicinu Niš u Nišu. Doktorirala je 2016. godine na Pravnom fakultetu u Nišu u okviru UNO Krivično pravo – Kriminologija. Objavila je veliki broj teorijskih i istraživačkih radova iz oblasti kriminologije i viktimologije, a učestvovala je i na brojnim stručnim sastancima, debatama, radionicama, okruglim stolovima i obrazovnim edukacijama. Pored svojih profesionalnih angažmana, dugogodišnja je aktivistkinja u građanskom i nevladinom sektoru. Aktivna je članica Ženskog istraživačkog centra za edukaciju i komunikaciju iz Niša i Viktimološkog društva Srbije. Učestvovala je na brojnim projektima koji su promovisali ljudska prava, prava žena, borbu protiv nasilja u porodici i programe zaštite od nasilja u porodici, promovisanje ženskog zdravlja, reformu pravnih studija, ženskim preduzetništvom i sl. Novembra 2017. godine bila je dobitnica nagrade viktimološkog društva Srbije kao najbolja mlada istraživačica za tu godinu. Februara 2020. godine istraživanje „Društveni i institucionalni odgovor na femicid u Srbiji I i II“ u kome je učestvovala a koje su realizovali Udruženje građanki Femplatz iz Pančeva i Ženski istraživački centar za edukaciju i komunikaciju iz Niša nagrađeno je nagradom Anđelka Milić. Od 2020. godine jedna je od članica istraživačke grupe za Srbiju u okviru Evropske observatorije za femicid. Od aprila 2023.godine izabrana je za članicu redakcionog odbora časopisa Temida Viktimološkog društva Srbije za period 2023/24 i 2025/26. Od oktobra 2025.godine članica

je Savetodavnog odbora projekta “Moja bezbedna zajednica: žene transformišu javne prostore” koji realizuje organizacija FemPlatz iz Pančeva.

Azra Šoljanin

Azra Šoljanin rođena je u Sjenici 1995. godine. Integrisane akademske studije farmacije završila je u Bosni i Hercegovini kao najbolji student generacije sa izuzetnim prosekom ocena 9,87. Trenutno je Kandidatkinja za doktorske studije na Medicinskom fakultetu Univerziteta Crne Gore, na studijskom programu Farmacija, gde je u dosadašnjem toku studija ostvarila izvanredan akademski uspeh sa prosečnom ocenom 10,00. U okviru svog doktorskog istraživanja ostvarila je značajne međunarodne akademske kontakte i istraživačku saradnju sa više renomiranih univerziteta, uključujući Univerzitet u Lisabonu, NOVA Univerzitet u Lisabonu, Univerzitet u Portu, Univerzitet u Pekingu, Univerzitet u Sarajevu, Univerzitet u Zagrebu i Univerzitet u Kataru. Kroz ove akademske interakcije aktivno doprinosi razmeni znanja i razvoju međunarodne naučne saradnje u oblasti farmacije i javnog zdravlja. Njene istraživačke oblasti obuhvataju zdravstvenu ekologiju, upravljanje farmaceutskim otpadom i javno zdravlje, sa posebnim fokusom na uticaj farmaceutskih zagađivača na životnu sredinu i zdravlje ljudi. U svom naučno-istraživačkom radu nastoji da interdisciplinarnim i komparativnim pristupom poveže ove oblasti, doprinoseći razvoju savremenih pristupa zaštiti životne sredine i unapređenju javnog zdravlja. Autorka je i koautorka više naučnih radova predstavljenih na domaćim i međunarodnim naučnim konferencijama.

Ana Batrićević

Ana Batrićević rođena je u Beogradu 1985. godine. Pravni fakultet Univerziteta u Beogradu završila je 2009. godine. Doktorirala je na Pravnom fakultetu Univerziteta u Nišu 28.06.2012. godine na temu „Krivičnopravna zaštita životinja“. Zaposlena je na Institutu za kriminološka i sociološka istraživanja u Beogradu od 2009. godine. U zvanje naučni savetnik izabrana je 2024. godine. Njene istraživačke oblasti obuhvataju: resocijalizaciju osuđenih lica tokom izvršenja kazne lišenja slobode, sa fokusom na inovativne pristupe rehabilitaciji i socijalnoj reintegraciji, ekološko-pravnu zaštitu životne sredine od negativnih antropogenih uticaja, a u kontekstu zaštite prava na zdravlje, životnu sredinu, kao i sprečavanje diskriminacije marginalizovanih grupa. Svojim radom doprinosi ostvarivanju uvida u pomenute oblasti na inovativan način - primenom istraživačkog metoda dokumentarnog fotografisanja tokom rada sa osuđenim licima radi njihove resocijalizacije, ali i prilikom istraživanja različitih društveno angažovanih tema. Autor je i koautor deset monografija, većeg broja radova u domaćim i stranim naučnim časopisima, kao i saopštenja na nacionalnim i međunarodnim naučnim konferencijama.

Nadežda Satarić

Nadežda Satarić je socijalna radnica, socioterapeut i magistar socijalne politike. Školovala se na Višoj školi za socijalne radnike, pa Fakultetu političkih nauka, Univerziteta u Beogradu, gde je i završila visoko i postdiplomsko obrazovanje. Jedna je od osnivačica i predsednica Upravnog odbora Srpskog udruženja za

Alchajmerovu bolest (SUAB), od 2020. Od 1976. do 2000. godine radila je u Gerontološkom centru Beograd, u domovima za smeštaj starijih osoba na Karaburmi do 1983. pa u Domu na Bežanijskoj kosi do 2000. godine, u svojstvu socijalne radnice, pa organizatora slobodnog vremena korisnika. Potom je radila u udruženju "Snaga prijateljstva" Amity Od početka svoje karijere, radila je i sa osobama obolelim od demencije i sa porodicama koje brinu o obolelima. Samo za poslednjih pet godina angažmana u SUAB-u pružala je usluge psihosocijalne podrške za 650 srodnika obolelih i radila je sa više od 60 osoba sa demencijom na osmišljavanju i realizaciji radionica- radno okupacionih, kreativnih i rekreativnih aktivnosti sa njima i za njih. U svojoj karijeri pisala je i objavljivala stručne radove i publikacije, uključujući i jednu publikaciju, jedan naučni i jedan stručni rad o osobama sa demencijom i srodnicima koji brinu o njima.

Slađana Pavković

Dr Slađana Pavković je predavač i istraživač na Fakultetu za medicinske i zdravstvene nauke Univerziteta na Tasmaniji. U Australiji živi od 2011 godine, gde je posle završenog Filozofskog fakulteta u Beogradu, završila višu školu za radnog terapeuta i savetovanja u psiho socijalnoj zaštiti a onda studirala „Briga i zaštita u demenciji" na Medicinskom fakultetu uz neprekidni rad sa osobama sa demencijom i familijama kao terapeut, savetnik za demenciju i koordinator dnevnog centra. Slađana je nedavno doktorirala na temi „Psiho-socijalna podrška osobama sa demencijom i njihovim negovateljima posle dijagnoze". U svojoj kratkoj naučnoj karijeri objavila je 4 istraživačka i dva teoretska rada

kao prvi autor u internacionalnim časopisima, a trenutno priprema još nekoliko istraživanja za objavljivanje iz psiho-socijalne zaštite u demenciji. Slađana je do sada učestvovala na više od deset internacionalnih konferencija i radi aktivno na širenju znanja i zaštiti osoba sa demencijom. Slađana je član srpskog udruženja za demenciju “Seti se čoveka“ i vodi online grupu podrške za negovatelje a i predstavlja Srpsko Udruženje za Alchajmerovu Bolest na konferencijama u svetu.

Branislava Popović-Ćitić

Branislava Popović-Ćitić je redovni profesor na Univerzitetu u Beogradu – Fakultetu za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju. Njena naučna i stručna interesovanja usmerena su na oblasti prevencijske nauke i promocije pozitivnog razvoja mladih. U svom radu bavi se istraživanjem i razvojem pristupa koji doprinose unapređenju praksi podrške mladima u zajednici.

Marija Jovanović Stojaković

Marija Jovanović Stojaković je master defektolog i zaposlena je u organizaciji CEPORA – Centar za pozitivan razvoj dece i omladine u Beogradu, gde je angažovana na razvoju i sprovođenju programa podrške namenjenih mladima. U svom radu primenjuje metodologije sporta za razvoj, primenjenog pozorišta, kao i pristupe karijernog vođenja i savetovanja. Njena profesionalna interesovanja obuhvataju oblasti omladinskog rada, psihosocijalne podrške i razvoja inkluzivnih programa za mlade u zajednici.

Lidija Bukvić

Lidija Bukvić je asistent na Univerzitetu u Beogradu – Fakultetu za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju. Njena istraživačka interesovanja obuhvataju oblasti pozitivnog razvoja mladih, socijalne podrške i inkluzivnih praksi u radu sa mladima. U okviru svog naučnog i stručnog rada bavi se analizom i unapređenjem programa podrške namenjenih mladima, kao i razvojem metodoloških pristupa u radu sa osetljivim grupama mladih

Dragana Bogićević

Dragana Bogićević je asistent na Univerzitetu u Beogradu – Fakultetu za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju. U svom radu bavi se razvojem i unapređenjem sistema podrške mladima, kao i osmišljavanjem i razvojem programa namenjenih mladima iz osetljivih grupa. Učestvuje u istraživanjima i analizama usmerenim na unapređenje praksi podrške i socijalne uključenosti mladih.

Jasmina Igrački

Dr Jasmina Igrački, viša naučna saradnica, rođena je 10.04.1972. godine u Pančevu. Diplomirala je 2009. godine na Pravnom fakultetu Internacionalnog Univerziteta u Novom Pazaru na temu „Prevencija organizovanog kriminaliteta“. Odbranila je master rad 2012. godine na Kriminalističko-policijskoj akademiji u Beogradu na temu

„Sistem komunikacije u kriznim situacijama“. Doktorirala je 2019. godine na Univerzitetu Megatrend Pravnog fakulteta u Beogradu sa temom „Penitencijarni sistem i njegov uticaj na promenu kriminalnog ponašanja prestupnika u Republici Srbiji“.

Radni odnos u Institutu za kriminološka i sociološka istraživanja zasnovala je 2013. godine, kao istraživač-saradnik, da bi 2019. godine stekla naučno zvanje naučni saradnik. Njene primarne istraživačke oblasti su: krivično pravo, kriminologija, penologija, maloletnička delinkvencija i viktimologija.

Nastavno iskustvo sticala je nakon diplomiranja 2009. godine, u nastavnom procesu na Internacionalnom Univerzitetu Pravnog fakulteta u Novom Pazaru, kao saradnik u nastavi i asistent od 2012. do 2016. godine, na predmetima: krivično pravo, kriminologija sa penologijom, maloletnička delikvencija, socijalna patologija i viktimologija.

Autorka je većeg broja radova objavljenih u domaćim i inostranim naučnim časopisima i aktivno učestvuje na mnogobrojnim nacionalnim i međunarodnim konferencijama.

Aktivna je volonterka, u neposrednom kontaktu sa osobama sa posebnim potrebama, decom i starim licima, pri Volonterskom servisu opštine Zvezdara u Beogradu, od 2012. godine, u okviru kancelarije društvene delatnosti (socijalna zaštita). Saradnik je i član tima za naučna istraživanja sportskog kluba sa osobama sa posebnim potrebama (decom) „Singidunum“, Beograd.

CIP - Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

616-083:159.9(082)(0.034.2)
376.1-056.26/.36:159.9082)(0.034.2)
316.61-056.326/.36(082)(0.034.2)
316.61:616-083(082)(0.0.034.2)

НАЦИОНАЛНА научна конференција Психосоцијална адаптација особа са здравственим потешкоћама (2026 ; Београд)
Zbornik radova [Elektronski izvor] / Nacionalna naučna konferencija Psihosocijalna adaptacija osoba sa zdravstvenim poteškoćama,

[Beograd, 29. maj 2026. godine] ; glavni i odgovorni urednici Violeta Tadić, Ana Batrićević. - Beograd : Institut za kriminološka i sociološka istraživanja, 2026 (Beograd : Institut za kriminološka i sociološka istraživanja). - 1 elektronski optički disk (CD-ROM) : tekst ; 12 cm

Sistemski zahtevi: Nisu navedeni. - Tiraž 20. - Biografije autora. - Napomene i bibliografske reference uz tekst. - Bibliografija.

ISBN 978-86-80756-96-7

а) Особе са посебним потребама -- Психолошка помоћ -- Зборници б) Болесници -- Психолошка помоћ -- Зборници в) Социјална интеграција -- Особе са посебним потребама -- Зборници г) Социјална интеграција -- Болесници -- Зборници

COBISS.SR-ID 203894537