

Зоран М. Весић¹
Наталија Д. Перишић²
Ивана М. Јакшић³
Универзитет у Београду
Факултет политичких наука
Одељење за социјалну политику и социјални рад
Београд (Србија)

УДК 316.66-053.9(497.11)"2019"
364.6-053.9(497.11)"2019"
Оригинални научни рад
Примљен 15/10/2019
Измењен 18/11/2019
Прихваћен 24/11/2019
doi: [10.5937/socpreg53-23584](https://doi.org/10.5937/socpreg53-23584)

ЧИНИОЦИ СОЦИЈАЛНОГ УКЉУЧИВАЊА СТАРИЈИХ ОСОБА У БЕОГРАДУ

Сажетак: Социјално укључивање и социјално искључивање старијих особа представљају концепте чија је операционализација новијег датума. Циљ овог рада је анализа чинилаца социјалног укључивања старијих на примеру Београда. Због тога је током 2019. године спроведено истраживање методом упитника у ком је учествовала 781 старија особа с територије Београда. Испитиване су димензије здравља, животног стандарда и финансијских прилика, као и квалитета живота и друштвене партиципације. Основни налази указују на негативну повезаност година живота са свим исходима који су мерени; позитивну повезаност образовања са субјективном проценом квалитета живота и објективном мером друштвене партиципације у заједници; те на одсуство родних разлика у зависним варијаблама, са изузетком мобилности.

Кључне речи: старије особе, социјално укључивање, социјално искључивање, здравље, друштвена партиципација.

Увод – истраживања социјалног укључивања старијих

Социјално искључивање представља комплексан и мултидимензионалан изазов и проблем (Šućur, 2004; Silver, 2007; Babović, 2010; Daly, 2010; Lister, 2013). Манифестује се као немогућност индивидуа или друштвених група да учествују у економским, социјалним и политичким аспектима живота, и то као резултат одређених препрека које су им наметнуте, а не као последица њиховог избора (de Naan, 1998). Од свог настанка, који се уобичајено позиционира у период седамдесетих година прошлог века у Француској (Spiker, 2013), све до данас, када Европска унија представља његовог најугицајнијег заговорника, концепт социјалног искључивања развија се као анали-

¹ zoran.vesic@fpn.bg.ac.rs

² natalija.perisic@fpn.bg.ac.rs

³ ivana.jaksic@fpn.bg.ac.rs

тички и практични оквир у чијем су фокусу односи, процеси и институције који подстичу и представљају сегмент осујећења, лишавања и маргинализације (Silver, 2007).

С друге стране, концепт социјалног укључивања садржи истакнуту еманципаторску и мобилизаторску димензију, која се огледа и кроз значај његовог превођења у циљеве реформи јавних политика и реконцептуализовање националних агенди развоја у читавом свету (Jelić, Kolarević, 2016). Под социјалним укључивањем уопштено се подразумева унапређивање услова за партиципацију у друштву, и то нарочито оних чланова друштва који су депривирани из различитих разлога, тако што се унапређује њихов приступ услугама, поштују њихова права и уважава њихов глас (Cameron, 2006). Често се о појмовима социјалног укључивања и социјалног искључивања говори наизменично, с обзиром на то да се сматрају „двема странама исте теоретске медаље (понекад представљене и скраћеницом ‘СИ/СУ’)” (Labonté, Hadi, Kauffmann, 2011, str. 25).

Критике концепата социјалног искључивања и социјалног укључивања такође су присутне, и то с аспеката и теорије и праксе. Једна од најчешће навођених јесте недостатак који се односи на њихову недовољну прилагођеност различитим контекстима, из разлога неадекватног уважавања специфичности искустава искључених. Рут Левитас (Ruth Levitas) иде корак даље, сматрајући да се

„искључивање представља као суштински периферни проблем, који егзистира на границама друштва, а не као карактеристика друштва које уобичајено креира масовне неједнакости унутар широког опсега и хроничног лишавања велике мањине” (Lister, 2017, str. 162).

С тим у вези, неки аутори сматрају да његов велики потенцијал „да објасни и одговори на неповољне животне околности у каснијим годинама живота” (Walsh, Scharf, Keating, 2017, str. 81), није одговарајуће искоришћен. Наведено је једним делом, иако не искључиво, последица тога што је дискурс социјалног искључивања у највећој мери у пракси концентрисан на плаћени рад, односно запослење, занемарујући старије, с обзиром на то да не припадају радно способном сегменту становништва. Другим делом, знања и истраживања о социјалном искључивању старијих присутна су тек маргинално, те нису у довољној мери систематизирана, што отежава целовито сагледавање специфичности овог проблема (Walsh, Scharf, Keating, 2017). Последњих година уочавају се промене у правцу већег истраживачког интересовања за проблематику социјалног укључивања и искључивања старијих, између осталог као последица њеног прихватања у агендама бројних транснационалних организација, попут Уједињених нација и других. Наведено је, пак, подстакнуто повећањем броја старијих на глобалном нивоу и потребом за конципирањем мера подршке њиховом пуноправном учешћу у друштвима (Економска комисија Уједињених нација за Европу, 2009).

Теоријски и емпиријски налази указују на то да се кључни животни догађаји, који представљају окидаче за социјално искључивање могу јавити у свим периодима животног циклуса, али да се ипак чешће јављају с повећањем година живота, тј. старењем. У питању су „смрт члана породице или пријатеља, почетак болести или излазак с тржишта рада” (MacLeod, Ross, Sacker, Netuveli, Windle, 2019, str. 77). Разматрања ових фактора у контексту старења указује на бројне изазове с којима се старији могу суочити. По правилу, смрт члана породице и с тим повезани процеси

жаљења и различите форме губитака, много чешће везани су за старије, него средовечне и младе (Heар, 2006). При том, због дужег животног века, старије жене су више изложене овим губицима и животу у самачким домаћинствима. Изложеност болести-ма, такође, повећава се с повећањем година живота. Погоршање здравља, физичког и/или менталног, прати старење и чини старије изложенима материјалним проблемима, као и насиљу (Bonnie, Wallace, 2003; Sacker, Ross, MacLeod, Netuveli, Windle, 2017). За разлику од материјалних проблема с којима се старије жене суочавају компаративно више у поређењу с мушкарцима, докази о већој изложености жена насиљу нису конклузивни, односно припадају оној групи фактора ризика за које постоје потенцијални докази (Pillemer, Burnes, Riffin, Lachs, 2016). На крају, излазак с тржишта рада, сасвим извесно резултује нижим приходима у старости, у односу на приходе током радних каријера. Овај изазов додатно погађа старије жене – због тзв. прекинутих каријера и лошијих позиција на тржишту рада у односу на мушкарце, њихови приходи у старости често су непостојећи или мањи у односу на приходе старијих мушкараца (Lynch, 2016). Искључиви фокус на материјални аспект, међутим, занемарује значај других аспеката искључивања старијих, оних који се огледају кроз предрасуде других према њима у друштвима и њихова сопствена искуства и доживљаје дискриминације и маргинализације. И овде, још једном, жене су у неповољнијем положају:

“Док се старији мушкарци нужно суочавају с потлачујућом праксом унутар аспекта пензионисања, социјалних улога и начина одржавања себе у ‘пристојној’ старости, постоје снажни докази, у контексту сиромаштва, пензија и квалитета живота, који говоре у прилог томе да су жене још маргинализоване” (Lynch, 2016, стр. 47).

По правилу, социјално искључивање старијих обухвата више димензија, односно искључивање у једном од аспеката који су наведени, увећава ризик од искључивања у другим аспектима. На крају, перспектива старијих да ће се ризик социјалног искључивања смањити, редукује се са увећањем година њиховог живота. Штавише, докази указују на то да постоје велики изазови за „излазак из социјалне искључености код старијих уколико их је задесила” (MacLeod, Ross, Sacker, Netuveli, Windle, 2019, стр. 78).

Анализирање и мерење социјалног укључивања и социјалног искључивања уобичајено се спроводи посредством Лакен индикатора, који обухватају финансијско сиромаштво, запосленост, здравље и образовање (Förster, Maas, Marin, 2003). Њихово позиционирање у контекст старења и старијих указује на неопходност дизајнирања специфичних веза између социјалног укључивања, социјалног искључивања и старења. Тако из потребе за разумевањем социјалног укључивања и социјалног искључивања старијих, теоретичари и истраживачи развијају оквире који поседују одговарајуће специфичности.

Кирен Волш, Томас Шарф и Нора Китинг (Kieran Walsh, Thomas Scharf, Norah Keating) социјално искључивање старијих дефинисали су као процес у ком

“људима који старе недостају или им се ускраћују ресурси, права, добра и услуге, могућност учествовања у уобичајеним односима и активностима који су на располагању већини популације у различитим и вишеструким доменима друштва. Овај процес утиче на квалитет живота старијих особа, али и на правичност и кохезију друштва које стари у целини” (Walsh, Scharf, Keating, 2017, стр. 83).

Они су на основу скорашњег прегледа геронтолошке литературе објављиване на енглеском језику почев од 1997. године, идентификовали шест домена социјалног укључивања / искључивања старијих који су најчешће разматрани и истраживани: 1. суседство и заједница; 2. социјални односи; 3. услуге и покретљивост; 4. материјални и финансијски ресурси; 5. друштвено-културни аспекти и 6. грађанска партиципација (Walsh, Scharf, Keating, 2017, str. 92)⁴.

Ослањајући се на њихов приступ, Катарина Меклауд, Енди Рос, Аманда Сакер, Гопалакришнан Нетувели и Џил Виндл (Catherine MacLeod, Andy Ross, Amanda Sacker, Gopalakrishnan Netuveli, Gill Windle) у публикацији из 2019. године као домене социјалне укључености / искључености старијих дефинисали су: 1. пружање и приступ услугама; 2. друштвену партиципацију и 3. социјалне односе и ресурсе. Првонаведеним доменом обухватили су индикаторе који се односе на приступ основним услугама, квалитет услуга које се пружају у локалним заједницама, као и приступ спортским или рекреативним објектима. Домен друштвене партиципације операционализовали су посредством укључености старих у активности организовања, волонтирања и учешћа у културним, спортским или рекреативним активностима. Последњи домен, пак, односио се на живот у самачком домаћинству, контакте се децом, присуство или одсуство партнера и пријатеља, као и изласке у друштво и посете пријатељима (MacLeod, Ross, Sacker, Netuveli, Windle, 2019).

Промишљања и истраживања социјалног укључивања и социјалног искључивања старијих у националним оквирима предмет су различитих теоријских и емпиријских радова, што је подстакнуто, између осталог, потребом да се креирају докази за политике, као и да се заступа социјално укључивање старијих. Нарочито су бројни радови који се баве појединачним аспектима социјалног искључивања старијих, пре свега сиромаштвом и здрављем, али и другим, попут њиховог формалног и неформалног радног ангажовања, целоживотног учења, а затим и активације (Urošević, 2016)⁵.

Дизајни и резултати два скорашња национална истраживања социјалног укључивања старијих сачињавају важан оквир за предмет овог рада, као и дизајни и резултати два скорашња истраживања положаја и потреба старијих у Београду.

Тако је истраживањем чији су резултати објављени 2018. године, а које је представљало комбинацију квантитативног и квалитативног приступа, мерено пет димензија: 1. економска партиципација и материјални услови живота; 2. приступ ресурсима и услугама; 3. друштвена партиципација и социјалне мреже; 4. слободно време, животни стилови, култура и комуникација; и 5. квалитет живота и субјективно задовољство. У њему је нагласак на поређењу старијих у односу на становништво других старосних група Србије и у односу на старије у Европској унији. Као основни правци акције, у сврху подстицања социјалног укључивања старијих у Србији, препоручени су: унапређивање институционалних механизма, тј. мониторинга услова живота старијих особа, праћење спровођења политика и мера и оцена њихових ефе-

⁴ Детаљан опис сваког од шест домена погл. у (Walsh, Scharf, Keating, 2017, str. 88–91).

⁵ На потребу јачања фактора који подстичу социјално укључивање, указују и налази студије у којој се дефинишу препоруке о промовисању волонтерског рада како старије, тако и млађе популације, развоју међугенерациске солидарности и стварању платформе за друштвени ангажман старијих особа, промовисању дигиталне укључености старијих и промовисању позитивне слике о старењу и старости (Janković, Todorović, Zajić, Vračević, 2018).

ката; унапређивање услуга социјалне и здравствене заштите; унапређење дигиталне инклузије старијих и смањење родног јаза међу старијима, кроз унапређење заштите старијих жена (Babović, Veličković, Stefanović, Todorović, Vračević, 2018, стр. 64).

Истраживањем чији су резултати објављени ове, 2019. године, социјално укључивање старијих у Србији упоређивано је са социјалним искључивањем старијих у друштвима Западног Балкана, узимањем у обзир 9 индикатора, и то: 1. очекиваног животног века на рођењу и са 65 година; 2. самопроцењеног здравственог статуса; 3. стопе непокривености здравственим осигурањем; 4. приступа здравственој нези; 5. хроничних болести ограничавајућих на дужи период у свакодневним активностима; 6. функционалне писмености одраслих; 7. обухвата универзитетским образовањем; 8. електронске писмености; и 9. учесталости насиља у породици и самопроцена социјалне искључености. И ово истраживање указало је на (сродне) правце акција у будућности, и то: припрему и усвајање новог стратешког документа у овој области, унапређења услуга социјалне заштите, пре свега оних које подстичу социјално укључивање у заједници, гј. дневних центара, клубова, помоћи у кући; уклањање родних разлика у приходима; обезбеђивање да онлајн услуге (е-влада, приступ здравственој заштити или социјалној заштити) буду добро прилагођене старијима (Todorović, Vračević, 2019, стр. 24).

Истраживање о положају старих на Новом Београду које је спроведено 2017. године, указало је на бројне препреке за социјално укључивање старијих у заједницу, од којих су неке објективне, а неке субјективне. Оне су нарочито изражене код оних који имају више од 80 година, код жена, као и код оних с нижим степеном образовања (Satarić, Perišić, 2017). И истраживање које је 2019. године спроведено у Београду показало је да су у најнеповољнијем положају старије особе старости 80 и више година, којима је услед ограничења функционалних способности потребна стална помоћ и подршка. Ово истраживање показало је да је образовање изузетно значајан индикатор квалитета живота, јер старије особе с вишим нивоом образовања у свим сегментима исказале су веће задовољство квалитетом живота, чак и ако имају више година од испитаника с нижим степеном образовања (Brkić, Vesić, Damnjanović, Milanović, Pantić, Perić, Luburić, 2019).

Циљ овог рада је да се, полазећи од наведених приступа, а узимајући у обзир друштвене карактеристике (пост)транзиционог српског друштва испита у којој мери чиниоци, уоквирени у представљене субјективне и објективне домене, утичу на социјално укључивање старијих особа и на тај начин спречавају настанак социјалног искључивања старијих особа у Београду.

Метод истраживања

Узорак. Истраживање је спроведено на репрезентативном узорку старијих особа које станују на територији града Београда 2019. године. Како би се обезбедила репрезентативност узорка, посебно се водило рачуна о карактеристикама узорка које су битне за социјално укључивање старијих особа у Београду и о томе да он верно одсликава карактеристике становника Београда старијих од 65 година, у погледу географске распоређености по општинама, средина у којима живе, пола, година и образовања. Подаци о овим карактеристикама преузети су из последњег попи-

са становништва. Испитаници су регрутовани из свих 17 београдских општина, а процентуална заступљеност испитаника из различитих општина кореспондира с величином општине. У истраживању је учествовала 781 старија особа, од чега 60.31% жена. Старост испитаника варирала је између 65 и 97 година ($M = 72.73$, $SD = 7.12$). Особе старе између 65 и 74 године чине 68.21% узорка, следе особе старе између 75 и 84 године (22.01%), док особе преко 85 година старости, чине 9.78% узорка. Када је у питању образовна структура, највећи број испитаника има завршену средњу школу, њих 60.31%, високо образовање има 22.28% испитаника, а најмањи део има завршену основну школу (17.41%). С партнером у брачној или ванбрачној заједници живи 50% испитаника, 12% је разведено или не живи с брачним партнером, док 35% узорка чине удовци и удовице.

Инструменти. За потребе истраживања конструисан је упитник који се састојао из 4 целине. У првом делу упитника, испитаници су пружили податке о основним социодемографским варијаблама (пол, старост, образовање, брачни статус).

У оквиру друге целине упитника, затражени су подаци о здравственом стању старијих особа. Испитаници су прво процењивали субјективно здравствено стање преко петостепене скале Ликертовог типа, где је 1 значило да своје здравствено стање процењују као „веома лоше”, 3 као „задовољавајуће”, а 5 као „веома добро”. Затим су помоћу чек листе означавали да ли имају неки од здравствених проблема: 1) потпуно или значајно оштећење вида, 2) потпуно или значајно оштећење слуха, 3) потешкоће у обављању физичких активности као што су ход, пењање уз степенице, дохватање и ношење ствари, 4) интелектуалне потешкоће, 5) потешкоће с памћењем и концентрацијом, 6) психолошке и емоционалне потешкоће, 7) осећај бола, тешкоће у дисању или било коју хроничну болест.

У трећој целини испитаници су пружили податке о животном стандарду и личним финансијским приликама. Они су известили о изворима и висини личних финансијских прихода, а процењивали су и да ли ови приходи могу да задовоље њихове потребе. Сиромаштво испитаника процењивано је и преко одговора на питање да ли су се нашли у прилици да 1) не могу да плате рачуне за струју или комуналије, 2) немају грејање када им је хладно, 3) нису имали шта да једу или су јели само једну врсту хране и 4) нису имали довољно новца за лекове који су им потребни.

Последњом, четвртом целином упитника, мерен је квалитет живота и друштвена партиципација старијих особа. О квалитету живота испитаници су давали процене помоћу четворостепене скале Ликертовог типа, где је један значило да је квалитет њиховог живота „веома лош”, а 4 да је „веома добар”. Друштвена партиципација процењивана је преко скупа питања. Првим питањем испитивана је мобилност односно колико често старије особе физички излазе из свог дома и крећу се у заједници којој припадају. На петостепеној скали Ликертовог типа, где је 1 значило „никад”, 3 неколико „пута месечно”, а 5 „свакодневно”, испитаници су известили колико често се пешке крећу у заједници у којој живе, колико често користе јавни превоз и колико често одлазе у продавницу. У другом питању су на четворостепеној скали процењивали у којој мери осећају да припадају заједници у којој живе, при чему је 1 значило „веома мало”, а 2 „веома много”. У оквиру следећег питања, испитаници су одговарали да ли су у скорашњем периоду учествовали у групним активностима заједнице као што су трибине, радионице, рекреативне активности, да ли су били у

позоришту, на концерту, изложби, у биоскопу или на сличном културном дешавању, као и да ли су учествовали у породичном окупљању попут ручка, излета или шетње. Процењивали су да се то догодило у последњих недељу дана, месец дана, шест месеци, годину дана или никада. И на крају, испитаници су упитани и да ли су чланови неког удружења грађана, клуба пензионера или неформалне групе другог типа, као и да ли су током последњих годину дана били укључени у доношење важних политичких, економских или социјалних одлука за заједницу у којој живе.

Процедура. За спровођење истраживања коришћена је теренска анкета и сви испитаници су дали пристанак за учешће у истраживању. За попуњавање једног упитника било је потребно 50 минута. Коначно, после прикупљања података база је анонимизована како би се заштитила приватност података старијих особа које су учествовале у истраживању.

Резултати

Здравствено стање. **Графикон 1** показује да највећи број испитаника своје здравствено стање процењује као задовољавајуће (53.27%). На основу аритметичке средине ($M = 3.17$, $SD = 0.82$) и t теста за тестирање разлика на једном узорку (тест вредност 3; $t(780) = 5.99$, $p < .01$), закључили смо да старије особе с територије града Београда као група процењују своје здравствено стање као нешто боље од задовољавајућег.

Када је реч о заступљености различитих здравствених проблема на испитаном узорку старијих особа, 29.19% испитаника нема ниједну од здравствених тегоба понуђених у упитнику. Од оних испитаника који имају здравствене проблеме, највећи проценат има неку од хроничних болести (39.56%) и потешкоће у обављању физичких активности као што су ход, пењање уз степенице, дохватање и ношење ствари (32.78%). Друге врсте проблема су заступљене у мањој мери: потпуно или значајно оштећење слуха има 13.06% испитаника, потпуно или значајно оштећење вида 12.29% испитаника, проблеме с памћењем и концентрацијом (11.27%). Ређе су психолошке и емоционалне потешкоће (7.04%), а најређе интелектуалне потешкоће (2.05%).

На основу података пружених на чек листи здравствених проблема, формиран је и сумативни скор здравствених проблема. Један здравствени проблем има 44.17% испитаника, два проблема 14.72% испитаника, док се са већим бројем удружених здравствених проблема суочава једна десетина испитаних (11.91%).

Животни стандард. За највећи број испитаника старосна пензија (75.54%) и породична пензија (15.62%) основни су извор прихода. Мање од једног процента испитаника и даље прима плату (0.64%), новчану социјалну помоћ (0.64%) или је без прихода (0.13%). Укупно 7.43% испитаника остварује неку другу врсту прихода. Највећи број испитаника у овом узорку има приходе у висини између 30 и 50 хиљада динара, њих 32.18%. Примања већа од тога има 12.18% испитаника, између 20 и 30 хиљада динара прима 30.64% испитаника, док мања примања од тога има 19.74% испитаника. Чак 54.03% испитаника не може да задовољи месечне потребе помоћу личних прихода. Када су у питању индикатори сиромаштва у овој студији, четвртина испитаника била је у прилици да не може да плати рачун за струју или комуналије (26.03%) или да не може да купи потребне лекове (27.38%). Нешто мањи број није имао шта да једе током целог дана или јео само једну врсту хране (13.72%), а грејање

у зимским месецима није имало 12.18% испитаника. На основу ових извештаја, креирана је и мера сиромаштва, и представља сумативни скор 4 индикатора сиромаштва. С једним индикатором сиромаштва суочава се 15.1% испитаника, с два 8.5%, с три 7.7% испитаника, а сва четири доживело је 6% испитаника из овог узорка.

Квалитет живота. Иако највећи проценат испитаника у овом истраживању квалитет свог живота процењује као добар (67.73%), мере централне тенденције показују да се на нивоу целе групе процене квалитета живота налазе на средини континуума и нагињу ка негативном полу ($M = 2.74, SD = 0.66$). T тестом за један узорак, при чему је тест вредност била 2.5, ова тврдња је поткрепљена и статистичким тестом значајности разлика ($t(780) = 10.25, p < .01$). На [Графикону 2](#) приказана је дистрибуција субјективних процена квалитета живота.

Друштвена мобилност. Када је у питању мобилност старијих особа у заједници, подаци показују да су старије особе у Београду мобилне у значајној мери. Највећи број испитаника неколико пута недељно или свакодневно пешачи кроз крај у коме станује, користи јавни превоз и одлази у продавницу. Детаљни подаци о учесталости различитих облика мобилности у заједници приказани су у [Табели 1](#).

Највећи проценат испитаника осећа да у знатној мери припада заједници у којој живи (52.50%; [Графикон 3](#)). Аритметичка средина ($M = 2.66, SD = 0.81$) показује да је на нивоу целе групе субјективни осећај припадности заједници на средини континуума између потпуне укључености и искључености, а t тест за један узорак показује да просечна процена нагиње ка позитивном полу, односно ка већем осећају укључености (тест вредност 2.5; $t(778) = 5.05, p < .01$).

Када су у питању различити показатељи друштвене партиципације у животу заједнице, испитаници су најукљученији у породичну заједницу и у просеку се једном месечно окупљају с члановима породице. Знатно су ређе укључени у културна дешавања у граду, па тако у просеку једном годишње посећују установе културе и културне манифестације. Најређе су укључени у групне активности заједнице као што су радионице, трибине и врло се мало баве рекреативним активностима, ређе од једном годишње. Ови подаци приказани су у [Табели 2](#).

Тек 23.39% испитаника учлањено је у неко удружење грађана, клуб пензионера или је део неформалне групе која се редовно састаје, а само једна петина (22.08%) током последњих годину дана била је укључена у доношење важних политичких, економских или социјалних одлука у заједници у којој живе.

Дискусија

Однос исцрпљиваних варијабли. Пре него што смо приступили анализи утицаја здравствених проблема и животног стандарда на квалитет живота и друштвену партиципацију старијих особа, спроведене су прелиминарне корелационе анализе. Поред односа предикторских и критеријумских варијабли, испитали смо и однос социодемографских варијабли с критеријумима. Резултати ове анализе приказани су у [Табели 3](#). Године живота су негативно повезане са свим исходима мереним у овој студији. Ове корелације су нижег интензитета, па што су испитаници старији, то квалитет свог живота и друштвену партиципацију процењују као нешто нижу, сличну везу остварују и са објективном мером друштвене партиципације у заједницу,

а нешто је јача веза између година живота и објективне мере мобилности у заједници. Образовање је у позитивној вези, али такође ниског интензитета са субјективном проценом квалитета живота и објективном мером друштвене партиципације у заједници. Предиктори су повезани са критеријумским варијаблима у очекиваном смеру. Што боље процењују своје здравствено стање, старије особе у овој студији боље процењују и квалитет свог живота и друштвену партиципацију, али су и објективно мобилнији и друштвено укљученији у активности заједнице у којој живе. Број здравствених проблема с којима се суочавају, остварује везе сличног интензитета с поменутиим критеријумима, али у супротном смеру. Што се старије особе суочавају с већим бројем здравствених проблема, то су њихове субјективне процене квалитета живота и укључености ниже, а исто важи и за објективне показатеље укључености. Мера сиромаштва негативно је повезана са испитиваним исходима, и то најснажније са субјективном проценом квалитета живота. Са субјективним осећајем и објективном мером друштвене партиципације, сиромаштво је слабо и негативно повезано. Сиромаштво није у вези с мобилношћу старијих особа у заједници. Коначно, висина месечних примања позитивно корелира с објективном мером друштвене партиципације. Што су примања старијих особа већа, то је и квалитет њихових живота и друштвена партиципација нешто виша.

Родне разлике у зависним варијаблима нису регистроване, с изузетком мобилности, где постоји веома мала разлика у корист мушкараца. ($F(1,767) = 5.05, p = .02, d = 0.17$).

Након што смо испитали међуодnose испитаних варијабли, приступили смо моделовању података с циљем да испитамо који предиктори оставарују најзначајнији утицај на исходе које испитујемо у овој студији. Моделовање је урађено помоћу мултипле хијерархијске линеарне регресије. Обављене су 4 овакве анализе, за сваки критеријум по једна.

Субјективна процена квалитета живота. Модел за предвиђање субјективне процене квалитета живота тестиран је у 4 корака [Табела 4]. У првом кораку анализиран је допринос варијабли које се односе на здравствено стање, у другом допринос варијабли које описују животни стандард, у трећем је анализиран допринос мобилности у заједници, а у четвртном кораку и допринос друштвене партиципације. Утврђено је да све варијабле у овом моделу могу да објасне 52% разлика у проценама квалитета живота. Од тога 26% објашњавају варијабле које се односе на здравствено стање (и субјективна процена и број здравствених проблема су значајни предиктори), 24% поврх здравственог стања објашњавају личне финансијске прилике, при чему је број индикатора сиромаштва једини значајан предиктор. И коначно, објективне мере друштвене партиципације и мобилности доприносе мало у објашњавању субјективне процене квалитета живота, тек 2%.

Субјективни осећај друштвене партиципације. На исти начин као и у претходној анализи испитани су предиктори друштвене партиципације [Табела 5]. Варијабле укључене у модел објашњавају укупно 23% варијансе критеријум, при чему чак 21% разлика објашњава здравствено стање, док је број здравствених проблема важнији предиктор. Финансијска сигурност, односно индикатори сиромаштва, објашњавају и додатних 2% варијансе, док објективна друштвена партиципација и мобилност не доприносе значајно моделу предикције.

Мобилности. Модел предикције мобилности у заједници испитан је у два корака (Табела 6) и унети предиктори објаснили су укупно 26% варирања. Здравствено стање, при чему је субјективна процена важнији предиктор, објашњава чак 24% у овом моделу, док финансијске прилике објашњавају свега 2%. Занимљиво је да и висина примања и број индикатора сиромаштва позитивно предвиђају мобилност старијих особа у заједници. *Друштвена партиципација у заједници*. Модел предвиђања овог исхода тестиран је у три корака (Табела 7). У првом кораку, утврђено је да здравствено стање објашњава 11% разлика у објективној мери друштвене партиципације. Што су особе здравије, то више партиципирају у својој заједници. Финансијске прилике објашњавају додатних 8% варијансе, при чему је висина примања важнији предиктор. И коначно, и мобилност има независан допринос и објашњава додатна 2% варијансе друштвене партиципације.

Закључак

Старење популације је тренд с којим се суочавају бројне државе. Становништво у Републици Србији налази се у фази дубоке демографске старости, те у складу с тим, интересовање за проблеме са којима се суочавају старије особе расте. Додатно, у националним јавним политикама и програмима који се односе на старије особе присутна је усмереност у правцу њиховог социјалног укључивања.

Ова студија се фокусира на испитивање у којој мери чиниоци као што су здравствено стање и животни стандард, али и године живота старијих особа утичу на друштвену искљученост старијих особа на територији града Београда. Резултати указују на то да на субјективну оцену квалитета живота највише утиче сиромаштво, а потом субјективна оцена здравственог стања испитаника и број болести с којима се суочавају. Варијабле у моделу за предвиђање субјективне процене квалитета живота могу да објасне 52% разлика у проценама квалитета живота, што указује на њихов значај. При субјективној процени друштвене укључености истичу се, опет, варијабле које се односе на здравствено стање испитаника, док се код објективне процене друштвене укључености, поред здравственог стања истичу и финансијске прилике испитаника.

Унапређење система здравствене заштите у смислу повећања доступности и квалитета здравствених услуга и доступности потребних лекова, као и унапређење финансијске сигурности, суштински, представљају кључне предуслове смањења социјалне искључености старијих особа. Истицањем позитивних аспеката старења, јачањем система подршке старијим особама посебно у оквиру система социјалне и здравствене заштите и мултисекторским приступом најзначајнијим проблемима, могуће је умањити степен социјалне искључености старијих особа и обезбедити њихово поштовање и достојанство.

Zoran M. Vesić¹

Natalija D. Perišić²

Ivana M. Jakšić³

University of Belgrade

Faculty of Political Science

Department of Social Policy and Social Work

Belgrade (Serbia)

FACTORS OF SOCIAL INCLUSION OF THE ELDERLY IN BELGRADE

(Translation In Extenso)

Abstract: Social inclusion and social exclusion of the elderly belong to the concepts the operationalization of which has started recently. The objective of this paper is to analyze the factors of social inclusion of the elderly who live in Belgrade. Therefore, a research, using a questionnaire, which included 781 elderly persons living in Belgrade, was conducted in 2019. The dimensions of their health, living standard and financial situation, as well as the quality of life and social participation, were in the focus of the research. Basic findings point to a negative correlation between years of life and all measured outcomes; a positive correlation between their education and subjective assessment of the quality of life and objective measure of social participation in the community; as well as an absence of gender differences in dependent variables, except for the mobility.

Key words: the elderly, social inclusion, social exclusion, health, social participation.

Introduction – research on social inclusion of the elderly

Social exclusion is a complex multidimensional challenge and problem (Šućur, 2004; Silver, 2007; Babović, 2010; Daly, 2010; Lister, 2013). It manifests as the inability of individuals or social groups to participate in the economic, social and political aspects of life, as a result of certain obstacles imposed on them and not as a consequence of their choice (de Haan, 1998). Since its inception, commonly positioned in the 1970s in France (Spiker, 2013), until today, when the European Union is its most influential advocate, the concept of social exclusion has evolved as an analytical and practical framework focusing on relations, processes and institutions that foster and constitute a segment of inhibition, deprivation and marginalization (Silver, 2007).

On the other hand, the concept of social inclusion contains a prominent emancipatory and mobilizing dimension, which is also reflected in the importance of translating it into the goals of public policy reforms and reconceptualizing national development agendas

¹ zoran.vesic@fpn.bg.ac.rs

² natalija.perisic@fpn.bg.ac.rs

³ ivana.jaksic@fpn.bg.ac.rs

worldwide (Jelić, Kolarević, 2016). Social inclusion generally means enhancing the conditions for participation in society, especially with those members of society who are deprived for various reasons, by improving their access to services, respecting their rights and hearing their voice (Cameron, 2006). The concepts of social inclusion and social exclusion are often discussed interchangeably, since they are considered to be “two sides of the same theoretical coin (sometimes abbreviated as ‘SI/SE’)” (Labonté, Hadi, & Kauffmann, 2011, p. 25).

Criticisms of the concepts of social exclusion and social inclusion have also been present, in terms of both theory and practice. One of the most frequently cited is the lack of adaptation to different contexts, due to inadequate appreciation of the specificities of the experiences of the excluded people. Ruth Levitas goes a step further, considering that “exclusion is seen as an intrinsically peripheral problem that exists at the margins of society, not as a characteristic feature of society that typically creates mass inequalities within a wide circle and through chronic deprivation of a large minority” (Lister, 2017, p. 162). In this regard, some authors consider that its great potential “to explain and respond to adverse life circumstances in late years of age” (Walsh, Scharf, & Keating, 2017, p. 81) has not been properly utilized. This has been partly due, though not exclusively, to the consequence that, in practice, the discourse on social exclusion has been largely focused on paid work or employment, neglecting the elderly, since they do not belong to the working-age segment of the population. Secondly, knowledge and research on the social exclusion of the elderly have been only marginally present and not sufficiently systematized, which makes it difficult to fully grasp the specificities of this problem (Walsh, Scharf, & Keating, 2017). In recent years, there has been a shift towards greater research interest in the issue of social inclusion and exclusion of the elderly, inter alia as a consequence of its acceptance in the agendas of numerous transnational organizations, such as the United Nations and others. This, in turn, has been driven by the increasing number of seniors globally and the need to devise measures to support their full participation in societies (Ekonomiska komisija Ujedinjenih nacija za Evropu, 2009).

Theoretical and empirical findings suggest that key life events, which trigger social exclusion, can occur at all stages of the life cycle, but they still occur more frequently as one’s age increases. These include “the death of a family member or friend, the onset of illness or leaving the labor market” (MacLeod, Ross, Sacker, Netuveli, Windle, 2019, p. 77). Consideration of these factors in the context of aging indicates a number of challenges that the elderly may face. As a rule, the death of a family member and the associated processes of mourning and the various forms of loss are more often related to the elderly than to the middle-aged and young people (Heap, 2006). However, because of their longer life expectancy, older women are more exposed to these losses and to living in single households. Exposure to illness also increases with age. Deterioration of health, physical and/or mental, accompanies aging and renders the elderly exposed to financial problems as well as violence (Bonnie, Wallace, 2003; Sacker, Ross, MacLeod, Netuveli, & Windle, 2017). Unlike the financial problems that older women face comparatively more frequently than men, evidence of higher exposure to violence of women is not conclusive, that is, they belong to the group of risk factors for which there is potential evidence (Pillemer, Burnes, Riffin, & Lachs, 2016). In the end, leaving the job market certainly results in lower income in old age compared to the income during one’s working career. This challenge further affects older

women – because of the so-called interrupted careers and disadvantaged positions in the labor market relative to men, their income in old age is often non-existent or lower than the income of older men (Lynch, 2016). The exclusive focus on the financial aspect, however, neglects the importance of other aspects of exclusion of the elderly, those reflected in the prejudices of others in society towards them and their own experiences of discrimination and marginalization. Here again, women are at a disadvantage:

“While older men necessarily face oppressive practices within the context of retirement, social roles and ways of maintaining themselves in ‘decent’ old age, there is strong evidence, in the context of poverty, pensions and quality of life, that support the claim that women are even more marginalized.” (Lynch, 2016, p. 47).

As a rule, social exclusion of the elderly involves multiple dimensions, that is, exclusion in one of the aspects mentioned above increases the risk of exclusion in other aspects. Lastly, older people’s perspective that the risk of social exclusion will lower is reduced with the increase of years of age. Moreover, the evidence indicates that there are major challenges to “the elderly leaving the state of social exclusion if they are affected by it” (MacLeod, Ross, Sacker, Netuveli, Windle, 2019, p. 78).

Analyzing and measuring social inclusion and social exclusion is commonly conducted through Laeken indicators, which cover financial poverty, employment, health and education (Förster, Maas, & Marin, 2003). Their positioning in the context of aging and the elderly indicates the need to design specific links between social inclusion, social exclusion and aging. Thus, out of the need to understand the social inclusion and social exclusion of the elderly, theorists and researchers are developing frameworks that have appropriate specificities.

Kieran Walsh, Thomas Scharf, Norah Keating defined social exclusion of the elderly as a process in which

“the elderly lack resources or are denied resources, rights, goods and services, the ability to participate in ordinary relationships and activities available to the majority of the population in different and multiple domains of society. This process affects the quality of life of the elderly, but also the fairness and cohesion of the aging society as a whole” (Walsh, Scharf, & Keating, 2017, p. 83).

Based on a recent review of the gerontology literature published in the English language since 1997, they identified six domains of social inclusion/exclusion of the elderly that have been most frequently discussed and researched: 1. neighborhood and community; 2. social relations; 3. services and mobility; 4. material and financial resources; 5. socio-cultural aspects and 6. civic participation (Walsh, Scharf, & Keating, 2017, p. 92)⁴.

Drawing on their approach, Catherine MacLeod, Andy Ross, Amanda Sacker, Gopalakrishnan Netuveli and Gill Windle, in their 2019 publication, defined the following as domains of social inclusion/exclusion of the elderly: 1. providing and accessing services; 2. social participation; and 3. social relations and resources. The first domain covered indicators related to access to basic services, the quality of services provided in local communities, and access to sports or recreational facilities. The domain of social participation was

⁴ On a detailed description of each of the six domains see (Walsh, Scharf, & Keating, 2017, pp. 88–91).

operationalized through the involvement of the elderly in organizing, volunteering and participating in cultural, sporting or recreational activities. The last domain, however, concerned living in a single household, contacts with children, the presence or absence of partners and friends, and going out to social events and visiting friends (MacLeod, Ross, Sacker, Netuveli, Windle, 2019).

Reflections and research on the social inclusion and social exclusion of older people in national contexts have been the subject of various theoretical and empirical papers, encouraged, inter alia, by the need to create evidence for policies and to promote the social inclusion of older people. In particular, there have been numerous papers dealing with individual aspects of social exclusion of the elderly, primarily poverty and health, but also other aspects, such as their formal and informal work engagement, lifelong learning and then activation (Urošević, 2016)⁵.

The designs and results of two recent national studies on the social inclusion of the elderly form an important framework for the subject of this paper, together with the designs and results of two recent studies on the position and needs of older people in Belgrade.

Thus, the study published in 2018, which presented a combination of quantitative and qualitative approaches, measured five dimensions: 1. economic participation and financial living conditions; 2. access to resources and services; 3. social participation and social networks; 4. leisure, lifestyles, culture and communication; and 5. quality of life and subjective satisfaction. It emphasizes the comparison of the elderly with respect to the population of other age groups in Serbia and with the elderly in the European Union. In order to encourage social inclusion of the elderly in Serbia, the following directions of action are recommended: improvement of institutional mechanisms; monitoring the living conditions of the elderly, monitoring the implementation of policies and measures and evaluating their effects; improving social and health care services; improving digital inclusion of the elderly and reducing the gender gap among the elderly through the advancement of protection of older women (Babović, Veličković, Stefanović, Todorović, Vračević, 2018, p. 64).

In a 2019 study, the social inclusion of older people in Serbia was compared with the social exclusion of older people in Western Balkan societies, taking into account 9 indicators: 1. life expectancy at birth and at 65 years of age; 2. self-assessed health status; 3. rates of non-coverage by health insurance; 4. access to health care; 5. chronic diseases limiting performance of daily activities long-term; 6. adult functional literacy; 7. coverage by university education; 8. computer literacy; and 9. the frequency of domestic violence and self-assessment of social exclusion. This research also pointed to (related) directions of actions in the future, namely: preparation and adoption of a new strategic document in this area, improvement of social protection services, especially those that encourage social inclusion in the community, i.e. day care centers, clubs, home help; eliminating gender differences when it comes to income; ensuring that online services (e-government, access to health care or social protection) are well adapted to the elderly (Todorović, Vračević, 2019, p. 24).

⁵ The need to strengthen the factors that foster social inclusion is indicated by the findings of a study defining recommendations for promoting volunteer work for the elderly and young people, developing intergenerational solidarity and creating a platform for older people's social engagement, promoting digital inclusion for the elderly and promoting a positive image on aging and old age (Janković, Todorović, Zajić, Vračević, 2018).

A study on the situation of the elderly in New Belgrade, conducted in 2017, identified a number of obstacles to the social inclusion of older people in the community, some of them objective and some subjective. They are particularly pronounced with people over 80 years of age, with women, as well as with people with lower levels of education (Satarić, Perišić, 2017). A research conducted in Belgrade in 2019 showed that the most disadvantaged are elderly people aged 80 and over, who, due to limited functional abilities, need constant help and support. This research showed that education is an extremely important indicator of quality of life, as older people with higher levels of education expressed greater satisfaction with quality of life in all segments, even if they were older than respondents with lower levels of education (Brkić, Vesić, Damnjanović, Milanović, Pantić, Perić, Luburić, 2019).

The aim of this paper is, starting from the aforementioned approaches, and taking into account the social characteristics of the (post)transitional Serbian society, to examine to what extent do factors, framed in the subjective and objective domains presented, influence the social inclusion of the elderly and thus prevent the social exclusion of the elderly in Belgrade.

Research method

Sample. The research was conducted on a representative sample of older people living in the territory of Belgrade in 2019. In order to ensure the representativeness of the sample, particular attention was paid to the characteristics of the sample which are important for the social inclusion of the elderly in Belgrade, and that it faithfully reflects the characteristics of the population of Belgrade over 65 years of age in terms of geographical distribution by municipalities, the communities in which they live, gender, age and education. Data on these characteristics were taken from the most recent population census. Respondents were recruited from all 17 Belgrade municipalities, and the percentage of respondents from different municipalities corresponds to the size of the municipality. The study involved 781 elderly people, 60.31% of whom were women. The age of the subjects varied between 65 and 97 ($M = 72.73$, $SD = 7.12$). People between 65 and 74 make up 68.21% of the sample, followed by people between 75 and 84 (22.01%), while persons over 85 make up 9.78% of the sample. In terms of the educational structure, the majority of respondents have secondary education, 60.31% of them, 22.28% have university education and the smallest part has only primary education (17.41%). 50% of respondents live with a spouse, 12% are divorced or do not live with a spouse, while 35% of the sample is widowed.

Instruments. For the purpose of the research, a questionnaire consisting of 4 sections was constructed. In the first part of the questionnaire, respondents provided data on basic sociodemographic variables (gender, age, education, marital status).

Within the second section of the questionnaire, information on the health status was requested. Subjects first rated their subjective health on a five-point Likert-type scale, where 1 meant that they rated their health status as “very poor”, 3 as “satisfactory”, and 5 as “very good”. A checklist then indicated whether they had any of the following health problems: 1) complete or significant impairment of vision, 2) complete or significant hearing impairment, 3) difficulty in performing physical activities such as walking, climbing stairs, retrieving and carrying things, 4) intellectual difficulties, 5) memory and concentration difficulties,

6) psychological and emotional difficulties, 7) feeling of pain, difficulty in breathing, or any chronic illness.

In the third section, respondents provided data on their living standard and personal financial circumstances. They reported on the sources and amount of personal financial income, and also assessed whether these revenues could meet their needs. Respondents' poverty was also assessed by answering the question whether they found themselves 1) unable to pay bills for electricity or utilities, 2) not having any heating when they were cold, 3) not having anything to eat or eating only one type of food and 4) not having enough money for the medicines they needed.

The last, fourth section of the questionnaire measured the quality of life and social participation of the elderly. The quality of life of the respondents was assessed using a four-point Likert-type scale, where one meant that their quality of life was "very poor" and 4 that it was "very good". Social participation was assessed through a set of questions. The first question examined the mobility, or how often the elderly physically left their home and moved within the community they belonged to. On a five-point Likert-type scale, where 1 meant 'never', 3 'several times a month' and 5 'daily', the respondents reported on how often they walked on foot in the community in which they lived, how often they used public transport and how often they went to the store. In the second question, on a four-point scale, they assessed the extent to which they felt they belonged to the community in which they lived, with 1 meaning "very little" and 2 "very much". Within the following question, the respondents answered whether they had recently participated in group community activities such as forums, workshops, recreational activities, whether they were in theater, at a concert, exhibition, cinema or similar cultural event, and whether they participated in a family gathering such as lunch, picnicking or a stroll. They evaluated whether this happened in the last week, a month, six months, a year or never. Finally, respondents were asked whether they were members of any citizens' association, retirement club, or informal group of another type, and whether they had been involved in making important political, economic, or social decisions for the community in which they lived in the past year.

Procedure. A field survey was used to conduct the research and all respondents gave their consent to participate in the survey. It took 50 minutes to complete one questionnaire. Finally, after the data was collected, the database was anonymized to protect the privacy of the data of the elderly who participated in the study.

Results

Health condition. [Graph 1](#) shows that the majority of respondents assessed their health status as satisfactory (53.27%). Based on the arithmetic mean ($M = 3.17$, $SD = 0.82$) and the t test for testing differences within one sample (test value 3; $t(780) = 5.99$, $p < .01$), we concluded that the elderly from the territory of Belgrade as a group rated their health status as slightly better than satisfactory.

When it comes to the prevalence of various health problems in the survey sample, 29.19% of the respondents did not have any of the health problems offered in the questionnaire. Of those respondents who had health problems, the highest percentage had a chronic illness (39.56%) and difficulty in performing physical activities such as walking, climbing stairs, retrieving and carrying things (32.78%). Other types of problems were less

prevalent: 13.06% of respondents had complete or significant hearing impairment, 12.29% of respondents had complete or significant visual impairment, problems with memory and concentration (11.27%). Psychological and emotional difficulties were less frequent (7.04%) and intellectual difficulties were least frequent (2.05%).

Based on the information provided in the checklist on health problems, a summative score of health problems was formed. 44.17% of respondents had one health problem, 14.72% of respondents had two problems, while one-tenth of respondents (11.91%) faced several health problems.

Standard of living. For the majority of respondents, old age pension (75.54%) and family pension (15.62%) were the main sources of income. Less than one percent of respondents still received a salary (0.64%), social assistance (0.64%) or had no income (0.13%). A total of 7.43% of respondents earned some other kind of income. The majority of respondents in this sample had income in the amount of between 30 and 50 thousand dinars, 32.18% of them, 12.18% of respondents had income in the amount higher than that, while 30.64% of respondents received between 20 and 30 thousand dinars, while 19.74% of respondents received less than that. As many as 54.03% of respondents could not meet their monthly needs with their personal income. When it comes to poverty indicators in this study, a quarter of respondents were unable to pay their electricity or utility bills (26.03%) or were unable to buy the medication they needed (27.38%). A slightly smaller number had nothing to eat throughout the day or ate only one type of food (13.72%), and 12.18% of respondents did not have heating in the winter months. Based on these reports, a measure of poverty was created, and it represents a summative score of 4 poverty indicators. One poverty indicator was faced by 15.1% of respondents, two by 8.5%, three by 7.7% of respondents, and all four were experienced by 6% of respondents from this sample.

Quality of life. Although the highest percentage of respondents in this survey assessed their quality of life as good (67.73%), the central tendency measures show that at the level of the whole group, the quality of life estimates are in the middle of the continuum with a tendency towards the negative pole ($M = 2.74$, $SD = 0.66$). T test for one sample, where the test value was 2.5, supported this claim as well as the test of statistical significance of differences ($t(780) = 10.25$, $p < .01$). [Graph 2](#) shows the distribution of subjective quality of life assessments.

Social participation. When it comes to the mobility of the elderly in the community, the data shows that the elderly in Belgrade are mobile to a considerable extent. Most of the respondents walked through the area where they lived, used public transport and went to the store several times a week or daily. Detailed data on the frequency of different forms of community mobility are presented in [Table 1](#).

The largest percentage of respondents felt that they significantly belonged to the community in which they lived (52.50%; [Graph 3](#)). The arithmetic mean ($M = 2.66$, $SD = 0.81$) shows that at the level of the whole group there is a subjective sense of belonging to the community in the middle of the continuum between full inclusion and exclusion, and the t test for one sample shows that the average estimation has a tendency towards the positive pole, i.e. towards a greater feeling involvement (test value 2.5; $t(778) = 5.05$, $p < .01$).

When it comes to different indicators of social participation in community life, respondents were most involved in the family community and gather with family members on average once a month. They were significantly less frequently involved in cultural events

in the city, so on average they visited cultural institutions and cultural events once a year. They were most rarely involved in community group activities such as workshops, forums and very few engaged in recreational activities, less than once a year. These data are presented in [Table 2](#)

Only 23.39% of respondents were members of any citizen association, retirement club or part of an informal group that meets regularly, and only one fifth of them (22.08%) were involved in making important political, economic or social decisions in the community in which they lived over the past year.

Discussion

The relationship of the examined variables. Prior to analyzing the impact of health problems and living standards on the quality of life and social participation of the elderly, preliminary correlation analyzes were conducted. In addition to the correlation of predictor and criterion variables, we also examined the correlation of sociodemographic variables with the criteria. The results of this analysis are shown in [Table 3](#). Years of life are negatively correlated with all outcomes measured in this study. These correlations are of lower intensity, so the older the respondents were, they assessed their quality of life and social participation as slightly lower, with a similar correlation with the objective measure of social participation in the community, and a slightly stronger correlation between years of age and the objective measure of mobility within the community. Education has a positive correlation, but also of low intensity, with a subjective assessment of the quality of life and an objective measure of social participation in the community. The predictors are correlated to the criterion variables in the expected direction. The better they assessed their health status, the better they evaluated the quality of life and social participation, but were also objectively more mobile and socially involved in the activities in the community in which they lived. The number of health problems they faced had a similar correlation to the above criteria, but in the opposite direction. As they get older, people face more health problems, which lowers their subjective assessments of the quality of life and inclusion, and the same applies to objective indicators of inclusion. Poverty is negatively correlated with the outcomes examined, most strongly with the subjective assessment of the quality of life. Poverty is weakly and negatively correlated with the subjective feeling and the objective measure of social participation. Poverty is not correlated to the mobility of older people within the community. Finally, the amount of income correlates positively with the objective measure of social participation. The higher the income, the higher the quality of life and social participation of the elderly.

Gender differences with regards to dependent variables were not registered, with the exception of mobility, where there is very little difference in favor of men. ($F(1,767) = 5.05$, $p = .02$, $d = 0.17$).

After examining the interrelations of the examined variables, we approached data modeling with the aim of examining which predictors made the most significant impact on the outcomes we examined in this study. Modeling was done using the multiple hierarchical linear regression. Four such analyzes were performed, one for each criterion.

Subjective assessment of quality of life. The model for predicting subjective assessment of quality of life was tested in 4 steps ([Table 4](#)). The contribution of the variables related to the health status was analyzed in the first step, the contribution of the standard of living was

analyzed in the second step, the contribution of mobility in the community was analyzed in the third step, and the contribution of social participation was analyzed in the fourth step. It was found that all variables in this model could account for 52% of differences in quality of life assessments. Of these, 26% explain the variables related to the health status (both subjective assessment and number of health problems are significant predictors), 24% explain personal financial circumstances in addition to health, with the number of poverty indicators being the only significant predictor. Finally, objective measures of social participation and mobility contribute little to explaining the subjective assessment of quality of life, only 2%.

Subjective feeling of social participation. The predictors of social participation were examined in the same way as in the previous analysis (Table 5). The variables included in the model explain a total of 23% of the variance criterion, with as much as 21% of the differences explaining health, while the number of health problems is an important predictor. Financial security, or poverty indicators, also explain an additional 2% of variance, while objective social participation and mobility do not significantly contribute to the prediction model.

Mobility. The model of prediction of mobility within the community was examined in two steps (Table 6) and the entered predictors explained a total of 26% of the variation. The health status, with subjective assessment being an important predictor, explains as much as 24% in this model, while the financial situation explains only 2%. Interestingly, both income and poverty indicators positively predict the mobility of older people in the community.

Social participation in the community. The prediction model of this outcome was tested in three steps (Table 7). In the first step, the health status was found to explain 11% of the differences in the objective measure of social participation. The healthier people are, the more they participate in their community. Financial circumstances explain an additional 8% of the variance, with income being an important predictor. Finally, mobility has an independent contribution and explains an additional 2% of the variance with regards to social participation.

Conclusion

Population aging is a trend that many countries have been facing. The population of the Republic of Serbia is in a phase of deep demographic age, and accordingly, interest in the problems faced by the elderly is increasing. In addition, there is a focus on social inclusion in national public policies and programs relating to the elderly.

This study focused on examining the extent to which factors such as the health status and the standard of living, but also the years of life of the elderly, influence the social exclusion of the elderly in the city of Belgrade. The results indicate that the subjective assessment of the quality of life is most influenced by poverty, followed by subjective assessments of the health status of the respondents and the number of health problems they face. Variables in the model for predicting the subjective assessment of quality of life can explain 52% of the differences in the assessments of quality of life, indicating their significance. When it comes to subjective assessments of social inclusion, again, the variables referring to the health status of the respondents are emphasized, while the financial circumstances of the respondents take a prominent position in the objective assessment of social inclusion, besides the health status.

Improving the health care system in terms of increasing the availability and quality of health care services and the availability of medicines needed, as well as improving financial security, are essential prerequisites for reducing the social exclusion of the elderly. By highlighting the positive aspects of aging, strengthening the support system for the elderly, especially within the social and health care systems through a multisectoral approach to the most significant problems, it is possible to reduce the level of social exclusion of the elderly and ensure their respect and dignity.

REFERENCES / ЛИТЕРАТУРА

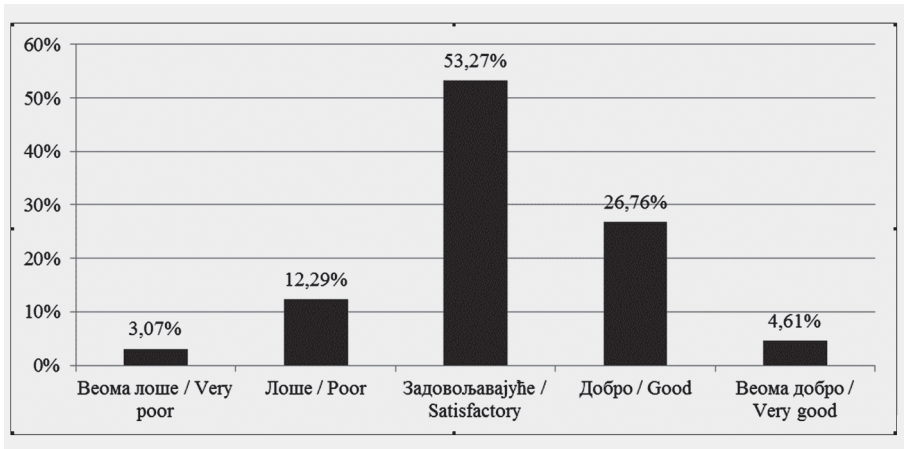
- Babović, M. (Ed.) (2010). *Challenges of New Social Policy – Social Inclusion in the EU and Serbia*. Beograd: SeCons – grupa za razvojnu inicijativu. [In Serbian]
- Babović, M, Veličković, K, Stefanović, S, Todorović, N, Vračević, M. (2018). *Social Inclusion of the Elderly (65+) in Serbia*. Beograd: Crveni krst Srbije. [In Serbian]
- Brkić, M, Vesić, Z, Damjanović, D, Milanović, M, Pantić, M, Perić, S, Luburić, S. (2019). *Age Friendly City – A Roadmap for Active Ageing in the City of Belgrade*. Beograd: Institut za javnu politiku, PALGO Smart. [In Serbian]
- Bonnie, R, Wallace, R. (Eds.) (2003). *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect and Exploitation in an Ageing America*. Washington D. C: The National Academies Press.
- Cameron, A. (2006). Geographies of welfare and exclusion: Social inclusion and exception. *Progress in Human Geography* vol. 30 (3), 396–404.
- Daly, M. (2010). Assessing the EU Approach to Combating Poverty and Social Exclusion in the Last Decade. In: E. Marlier, D. Natali (Eds.) *Europe 2020 – Towards a More Social EU?* (p. 143–161). Bruxelles: Peter Lang
- de Haan, A. (1998). Social Exclusion: Enriching the Understanding of Deprivation. Available at https://www.researchgate.net/publication/237389092_Social_Exclusion_Enriching_the_Understanding_of_Deprivation
- Ekonomiska komisija Ujedinjenih nacija za Evropu (2009). *Ageing Policy – Integration and Participation of Elderly in Society*. Available at https://www.unec.org/fileadmin/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG.1-4-Ser.pdf [In Serbian]
- Förster, M, Maas, F, Marin, B. (2003). *Understanding Social Inclusion in a Larger Europe. An Open Debate*. Available at <https://www.euro.centre.org/publications/detail/220>
- Heap, K. (2006). *Communication with Elderly*. Risan: Dom starih Grabovac. [In Serbian]
- Janković, B, Todorović, N, Zajić, G, Vračević, M. (2018). *Ageing in Cities – Challenges of a Contemporary Society*. Beograd: Crveni krst Srbije. [In Serbian]
- Jelić, S, Kolarević, V. (2016). The Phenomenon of Social Exclusion in the Period of Transition in Serbia. *Sociološki pregled* 50 (2), 209–228. doi:10.5937/socpreg1602209 [In Serbian]
- Labonté, R, Hadi, A, Kauffmann, X. (2011). *Indicators of Social Exclusion and Inclusion: A Critical and Comparative Analysis of the Literature*. Available at https://www.researchgate.net/publication/235443128_Indicators_of_Social_Exclusion_and_Inclusion_A_Critical_and_Comparative_Analysis_of_the_Literature
- Lynch, R. (2016). *Social Work Practice with Older People – A Positive Person-Centred Approach*. Beograd: Fakultet političkih nauka. [In Serbian]

- Lister, R. (2013). *Poverty*. Malden: Polity Press.
- Lister, R. (2017). *Understanding Theories and Concepts in Social Policy*. Bristol: Policy Press.
- MacLeod, C, Ross, A, Sacker, A, Netuveli, G, Windle, G. (2019). Re-thinking social exclusion in later life: a case for a new framework for measurement. *Ageing and Society* vol. 2019 (39), 74–111.
- Pillemer, K, Burnes, D, Riffin, C, Lachs, M. (2016). Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors and Prevention Strategies. *The Gerontologist* vol. 56 (2), 194–205.
- Satarić, N, Perišić, N. (2017). *Dimmed City Lights – A Study of Position and Needs of Elderly Households of New Belgrade*. Beograd: Amity. [In Serbian]
- Sacker, A, Ross, A, MacLeod, C, Netuveli, G, Windle, G. (2017). Health and social exclusion in older age: evidence from Understanding Society, the UK household longitudinal study. *Epidemiological Community Health* vol. 2017 (71), 681–690.
- Silver, H. (2007). The Process of Social Exclusion: The Dynamics of an Evolving Concept. Available at https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1087789
- Spiker, P. (2013). *Theory and Practice of Social Policy*. Beograd: Fakultet političkih nauka. [In Serbian]
- Šućur, Z. (2004). Social Exclusion: Definitions, Discourses and Operationalization. *Revija za sociologiju* vol. 35 (1–2), 45–60. [In Croatian]
- Todorović, N, Vračević, M. (Eds.) (2019). *Initiation for the Social Inclusion of the Elderly – Success Stories and Lessons Learnt*. Beograd: Crveni krst Srbije. [In Serbian]
- Urošević, R. (2016). The Importance of Programmes of Individuals' Activation as a Long-term Prevention of Social Exclusion and a Positive Example of a Volunteer Service of Zvezdara. *Gerontologija* vol. 2016 (2), 66–78. [In Serbian]
- Walsh, K, Scharf, T, Keating, N. (2017). Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. *European Journal of Ageing* vol. 2017 (14), 81–98.

APPENDIX / ПРИЛОЗИ

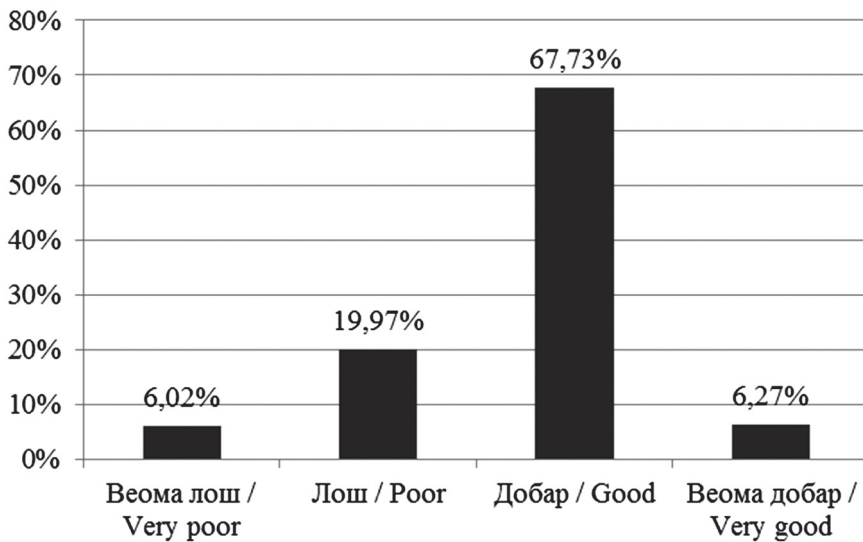
Графикон 1: Субјективна процена здравственог стања

Graph 1: Subjective health assessment



Графикон 2: Субјективна процена квалитета живота

Graph 2: Subjective assessment of quality of life



Табела 1: Дескриптивни показатељи за учесталост различитих облика мобилности у заједници

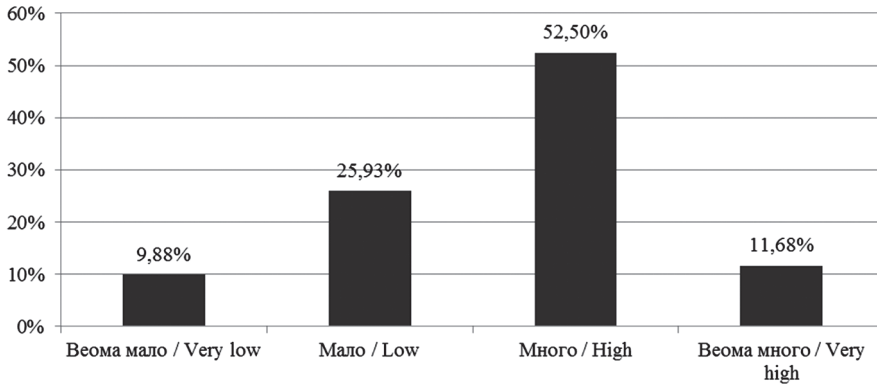
Table 1: Descriptive indicators for the frequency of various forms of mobility in the community

Мобилности у заједници/ Mobility within the community	Учесталости/Frequency (%)					M	CD
	Никад/ Never	Једном месечно или ређе/ Once a month or less	Неколико пута месечно/ Several times a month	Неколико пута недељно/ Several times a week	Сваког дана/ Every day		
Пешачење у заједници у којој живе/ Walking in the community where they live	2.30	6.15	4.61	23.05	63.89	4.40	0.98
Коришћење јавног превоза/ Using public transport	6.15	6.91	16.90	41.10	28.94	3.80	1.12
Одласци у продавницу/ Going to the store	2.34	7.80	5.46	32.64	51.76	4.34	1.02

← НАЗАД

← BACK

Графикон 3: Субјективни доживљај осећања припадности заједници
Graph 3: Subjective experience of a sense of belonging to the community



Табела 2: Дескриптивни показатељи за учесталост различитих облика друштвене укључености

Table 2: Descriptive indicators for the frequency of different forms of social inclusion укључености

Друшћивена укљученост / Social inclusion	Учесталост (%) у последњих: / Frequency (%) in the last:					M	SD
	Никад / Never	Годину дана / One year	Шест месеци / Six months	Месец дана / One month	Недељу дана / One week		
Групе активности заједнице (радионице, трибине, рекреација) / Group community activities (workshops, forums, recreation)	67.82	13.08	10.64	6.92	1.54	1.61	1.02
Културна дешавања (позориште, концерт, биоскоп, изложба) / Cultural events (theater, concert, cinema, exhibition)	18.82	49.68	13.96	14.47	3.07	2.33	1.04
Породична окупљања (ручак, излет, шетња) / Family gatherings (lunch, picnic, stroll)	3.07	16.01	9.22	34.83	36.88	3.86	1.17

Табела 3: Интеркорелације између старости, здравственог стања, животног стандарда, квалитета живота и друштвене укључености

Table 3: Intercorrelations of age, health status, standard of living, quality of life and social inclusion

	<i>Субјективна процена квалитета живота / Subjective assess- ment of quality of life</i>	<i>Субјективни осећај друштвене укључености / Subjective feeling of social inclusion</i>	<i>Мобилност у заједници / Mobility within the community</i>	<i>Друштвена укљученост у заједници / Social inclusion in the community</i>
← НАЗАД ← BACK Године живота / Years of age	-.22**	-.25**	-.33**	-.24**
Образовање / Education	.17**	-.07*	.06	.21**
Субјективна процена здравственог стања / Subjective assess- ment of the health status	.45**	.32**	.48**	.28**
Број здравствених проблема / Number of health problems	-.40**	-.44**	-.30**	-.27**
Сиромаштво / Poverty	-.61**	-.24**	-.03	-.24**
Висина месечних примања / Amount of monthly income	.34**	.10**	.17**	.32**

**p < .01. *p < .01

Табела 4: Предвиђање субјективне процене квалитета живота на основу здравственог стања, финансијске сигурности и друштвене партиципације

Table 4: Prediction of subjective assessment of quality of life based on the health status, financial security and social participation

Корак / Step	Предиктор / Predictor	B	R2	R2 промена / change	F	Df
1	Субјективна процена здравственог стања / Subjective assessment of the health status	.34**	.26	-	134.83**	2, 761
	Број здравствених проблема / Number of health problems	-.25**				
2	Висина месечних прихода / Amount of monthly income	.06	.50	0.24	195.44**	4, 759
	Сиромаштво / Poverty	-.48**				
3	Друштвена партиципација / Social participation	-.11**	.52	0.02	135.30**	5, 758
4	Мобилност / Mobility	-.07*	.52	-	117.57**	6, 757

**p < .01. *p < .01; R2 = варијанса критеријума коју објашњава предиктор/the variance of the criterion explained by the predictor; F = тест значајности регресионог модела / test of significance of the regression model; β = стандардизовани регресиони коефицијент/ standardized regression coefficient.

Табела 5: Предвиђање субјективне процене друштвене паартиципације на основу здравственог стања, финансијске сигурности и друштвене партиципације / Table 5: Prediction of subjective assessment of social participation based on the health status, financial security and social participation

Корак / Step	Предиктор / Predictor	B	R2	R2 промена / change	F	Df
1	Субјективна процена здравственог стања / Subjective assessment of the health status	.15**	.21	–	100.38**	2, 759
	Број здравствених проблема / Number of health problems	-.37**				
2	Висина месечних прихода / Amount of monthly income	.06	.23	0.02	58.33**	4, 757
	Сиромаштво / Poverty	-.18**				
3	Друштвена партиципација / Social participation	-.05	.23	–	39.70**	5, 756
4	Мобилност / Mobility	.02	.23	–	34.05**	6, 755

** $p < .01$. * $p < .01$; R2 = варијанса критеријума коју објашњава предиктор/the variance of the criterion explained by the predictor; F = тест значајности регресионог модела/ test of significance of the regression model; β = стандардизовани регресиони коефицијент/ standardized regression coefficient.

← НАЗАД

← БАСК

Табела 6: Предвиђање мобилности на основу здравственог стања и финансијске сигурности/ Table 6: Prediction of mobility based on the health status and financial security

Корак / Step	Прецикџор / Predictor	B	R2	R2 њромена / change	F	Df
1	Субјективна процена здравственог стања / Subjective assessment of the health status	.43**	.24	-	119.56**	2, 764
	Број здравствених проблема / Number of health problems	-.10**				
2	Висина месечних прихода / Amount of monthly income	.16**	.26	0.02	68.04**	4, 762
	Сиромаштво / Poverty	-.15**				

**p < .01. *p < .01; R2 = варијанса критеријума коју објашњава предиктор/the variance of the criterion explained by the predictor; F = тест значајности регресионог модела/ test of significance of the regression model; β = стандардизовани регресиони коефицијент/ standardized regression coefficient.

Табела 7: Предвиђање друштвене укључености на основу здравственог стања, финансијске сигурности и мобилности/ Table 7: Prediction of social inclusion based on the health status, financial security and mobility

Корак / Step	Прецикџор / Predictor	B	R2	R2 њромена / change	F	Df
1	Субјективна процена здравственог стања / Subjective assessment of the health status	.20**	.11	-	46.22**	2, 763
	Број здравствених проблема / Number of health problems	-.17**				
2	Висина месечних прихода / Amount of monthly income	.22**	.19	0.08	46.08**	4, 761
	Сиромаштво / Poverty	-.12**				
3	Мобилност / Mobility	.17**	.21	0.02	42.14**	6, 760

**p < .01. *p < .01; R2 = варијанса критеријума коју објашњава предиктор/the variance of the criterion explained by the predictor; F = тест значајности регресионог модела/ test of significance of the regression model; β = стандардизовани регресиони коефицијент/ standardized regression coefficient.