



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ  
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА



Миле Деспотовић

**СОЦИЈАЛНА ПОДРШКА КАО ФАКТОР ЗДРАВЉА И  
КВАЛИТЕТА ЖИВОТА  
СТАРИХ СА ХИПЕРТЕНЗИЈОМ**

Докторска дисертација

Крагујевац, 2014.године

*Овај рад посвећујем својој породици,  
која је имала веру и стрпљење.*

*Захваљујем се ментору  
Проф.др Славици Букић Дејановић,  
на времену које ми је посветила и сугестијама  
које су рад учиниле бољим.*

*Посебну захвалност изражавам  
Проф.др Драгану Миливановићу и Проф др Нели Ђонових,  
који су ми отворили нове видике научног истраживања  
у народном здрављу.*

## САДРЖАЈ

1.	Увод .....	6
1.1.	Социјална мрежа .....	7
1.2.	Социјална подршка .....	8
1.2.1.	Дефиниција, врсте, подела .....	8
1.2.2.	Корисност социјалне подршке – утицај на здравље и квалитет живота .....	9
1.2.3.	Начин утицаја на здравље и квалитет живота .....	10
1.2.4.	Извори социјалне подршке .....	11
1.2.5.	Мерење .....	12
1.2.5.1.	Берлинске скале социјалне подршке (Berlin Social-Support Scales BSSS) .....	14
1.2.5.2.	Скала мултидимензионалне подршке (The Multi-Dimensional Support Scale) .....	14
1.2.5.3.	Мултидимензионална скала за процену перцепције социјалне подршке .....	15
1.3.	Квалитет живота и квалитет живота у вези са здрављем .....	15
1.3.1.	Дефиниција .....	15
1.3.2.	Мерења квалитета живота .....	17
1.3.2.1.	Мере квалитета живота .....	17
1.3.2.2.	Мере квалитета живота у вези са здрављем .....	17
1.4.	Артеријска хипертензија .....	19
1.4.1.	Дефиниција, класификација, природни ток болести .....	19
1.4.2.	Јавноздравствене карактеристике .....	20
1.4.2.1.	Преваленца, инциденца, трендови .....	20
1.4.2.2.	Детерминанте хипертензије - фактори ризика, узроци, други фактори .....	21
1.4.2.2.1.	Социоекономске, културне, политичке и срединске детерминанте .....	21
1.4.2.2.2.	Променљиви фактори ризика .....	25
1.4.2.2.3.	Непроменљиви фактори ризика .....	33
1.4.3.	Последице хипертензије .....	35
1.4.4.	Могућности утицаја .....	36
1.5.	Преглед истраживања предиктора квалитета живота .....	37
1.5.1.	Карактеристике болесника као предиктор квалитета живота .....	38
1.5.1.1.	Демографски фактори .....	38
1.5.1.2.	Образовање .....	40
1.5.1.3.	Економска позиција .....	41
1.5.1.4.	Здравствене карактеристике .....	42
1.5.1.5.	Стил живота .....	42
1.5.2.	Карактеристике болести као предиктор квалитета живота .....	44
1.5.3.	Социјална мрежа и подршка као предиктор квалитета живота .....	45
1.5.3.1.	Карактеристике социјалне мреже .....	45
1.5.3.2.	Комуникације и односи у мрежи .....	48
1.5.3.3.	Перцепција социјалне повезаности и социјални капитал .....	49
1.5.4.	Утицај средине .....	50
1.6.	Научни и јавноздравствени значај и препоруке .....	51
2.	Циљеви истраживања .....	52
3.	Хипотезе истраживања .....	53

4.	Метод истраживања.....	54
4.1.	Врста студије.....	54
4.2.	Популација, време и место истраживања .....	54
4.3.	Јединице посматрања, узорак .....	54
4.4.	Варијабле.....	54
4.4.1.	Личне карактеристике испитаника.....	55
4.4.2.	Породичне карактеристике.....	55
4.4.3.	Карактеристике места живљења .....	56
4.4.4.	Социјална мрежа и подршка, здравље и квалитет живота.....	56
4.4.4.1.	Социјална мрежа.....	56
4.4.4.2.	Социјална подршка.....	56
4.4.4.3.	Здравље (квалитет живота у вези са здрављем).....	57
4.4.4.4.	Квалитет живота.....	58
4.5.	Статистичка обрада података.....	58
5.	Резултати.....	60
5.1.	Опис узорка.....	60
5.1.1.	Демографске карактеристике испитаника.....	60
5.1.2.	Социјално-економске карактеристике испитаника.....	61
5.1.3.	Карактеристике начина живота испитаника.....	63
5.1.4.	Здравствене карактеристике испитаника.....	65
5.1.4.1.	Ставови према здрављу.....	65
5.1.4.2.	Стил живота (ризичи из понашања).....	65
5.1.4.3.	Здравствени (медицински или биолошки) ризици .....	67
5.1.4.4.	Стрес.....	68
5.1.4.5.	Здравствено стање.....	68
5.1.4.6.	Дијагностиковане болести.....	71
5.1.4.7.	Здравствена заштита.....	71
5.1.5.	Породичне карактеристике испитаника.....	72
5.1.6.	Карактеристике места живљења .....	75
5.2.	Процена социјалне подршке.....	76
5.3.	Процена здравља и квалитета живота.....	79
5.3.1.	Процена здравља (квалитета живота) EQ-5D.....	79
5.3.2.	Процена квалитета живота (SWB).....	80
5.4.	Испитивање корелације скала за мерење здравља и квалитета живота.....	81
5.5.	Разлике у оцени квалитета живота у односу на карактеристике испитаника.....	81
5.5.1.	Разлике у оцени квалитета живота у односу на демографске карактеристике испитаника .....	81
5.5.2.	Разлике у оцени квалитета живота у односу на социјално-економске карактеристике испитаника .....	82
5.5.3.	Разлике у оцени квалитета живота у односу на карактеристике начина живота ...	85
5.5.4.	Разлике у оцени квалитета живота у односу на здравствене карактеристике испитаника.....	87
5.5.4.1.	Разлике у оцени квалитета живота у односу на ставове према здрављу.....	87
5.5.4.2.	Разлике у оцени квалитета живота у односу на стил живота (ризиче понашања)..	88
5.5.4.3.	Разлике у оцени квалитета живота у односу на здравствене (медицинске или биолошке) ризиче .....	89
5.5.4.4.	Разлике у оцени квалитета живота у односу на стрес .....	91
5.5.4.5.	Разлике у оцени квалитета живота у односу на здравствено стање .....	93
5.5.4.6.	Разлике у оцени квалитета живота у односу на дијагностиковане болести .....	95
5.5.4.7.	Разлике у оцени квалитета живота у односу на здравствену заштиту .....	96
5.5.5.	Разлике у оцени квалитета живота у односу на породичне карактеристике испитаника .....	98
5.5.6.	Разлике у оцени квалитета живота у односу на карактеристике места живљења ..	99
5.6.	Испитивање повезаности социјалне подршке са здрављем и квалитетом живота	103
5.7.	Испитивање предиктора квалитета живота .....	104

5.7.1.	Факторска анализа свих обележја .....	104
5.7.2.	Анализа предиктора .....	110
6.	Дискусија .....	111
6.1.	Корелација скала .....	111
6.2.	Социјална подршка као предиктор квалитета живота .....	112
6.3.	Модификујући фактори предиктивног утицаја социјалне подршке .....	113
6.3.1.	Карактеристике испитаника .....	113
6.3.1.1.	Демографски фактори .....	113
6.3.1.2.	Образовање .....	116
6.3.1.3.	Економска позиција .....	117
6.3.1.4.	Здравствене карактеристике.....	118
6.3.1.5.	Стил живота.....	119
6.3.2.	Утицај болести.....	125
6.3.3.	Утицај социјалне мреже .....	127
6.3.3.1.	Карактеристике социјалне мреже .....	128
6.3.3.2.	Карактеристике и подршка породице .....	130
6.3.3.3.	Карактеристике и подршка средине .....	133
6.3.3.4.	Комуникације и односи у мрежи .....	133
6.3.3.5.	Социјална повезаност и социјални капитал .....	134
7.	Закључци .....	138
8.	Литература .....	140
	Прилог 1 Систематски преглед литературе.....	156
	Прилог 2 .Анкета.....	167
	Прилог 3 Дозвола EuroQol Group за коришћење EQ-5D-5L.....	177
	Прилог 4 Табеларни приказ трансформације примарних података.....	178

## 1. Увод

Иако је сасвим јасно да количина материјалних добара представља важан услов за задовољење потреба у различитим областима живота, највећи број људи процењује квалитет живота превасходно на основу поређења остварених постигнућа са очекивањима, аспирацијама и циљевима које су поставили. У том контексту, квалитет живота одражава сатисфакција људи њиховим свеукупним животом, чији важан део чини перцепција о здрављу, функционалном статусу, социјалној добробити и антиципација дужине живота. На овај начин, концепт квалитета живота се сасвим приближава дефиницији здравља као „свеукупног физичког, менталног и социјалног благостања“ и постаје њен најсавршенији израз.

У социо-еколошкој ери здравственог развоја, нарочито појавом концепта промоције здравља, дошло је до померања фокуса интересовања са појединца на средину и заједницу, односно све чиниоце који могу утицати ка квалитет живота и здравље. Постало је јасно да појединац није независан фактор, који се може сматрати ексклузивно одговорним за здравље, па је социјална мрежа, у којој човек егзистира, постала предмет посматрања истраживача. Интересовање за социјалну мрежу и њену најзначајнију функцију – обезбеђење социјалне подршке – резултовали су великим бројем студија које су потврдиле полазну претпоставку о значају социјалне мреже и подршке за квалитет живота и здравље човека.

Социјална мрежа је социјална структура састављена од низа елемената (појединци или организације) и њихових диадичних спојева (односа, веза или интеракција). Из перспективе социјалне мреже може се објаснити модел структуре друштвених група, начина на који оне утичу на остале променљиве у свом окружењу и промена у здрављу и квалитету живота које настају током времена(1). Најзначајнија функција социјалне мреже је социјална подршка, која може бити емотивна, материјално опипљива (нпр. финансијска) помоћ, информативна подршка (нпр. савети) или дружење (које развија осећај припадности) (2).

Социјална мрежа и подршка су важне детерминанте квалитета живота, у свим периодима животног циклуса, а нарочито код старих. Њихов утицај на квалитет живота је директан, а састоји се у ефектима на физичко здравље, на функционисање, а нарочито на ментално здравље. Социјална подршка позитивно утиче на имунитет, неуроендокрини и кардиоваскуларни систем (3). Познато је да ови системи могу да комуницирају и утичу један на други (4). Присуство даваоца подршке може довести и до повећане неуроендокрине и физиолошке активности (4).

На основу резултата великог фонда истраживања могу се дефинисати два основна модела за објашњење веза између социјалне подршке и здравља. Први је тзв. „буферска хипотеза“, а други „хипотеза о главним ефектима“ (3). Хипотеза о директним ефектима предвиђа да је социјална подршка корисна све време, док буферска хипотеза предвиђа да је социјална подршка углавном корисна у стресним временима. Нађени су докази о оправданости обе хипотезе (4).

Повезаност здравља, квалитета живота и социјалне подршке непобитно је доказана у великом броју истраживања. У нашој земљи, међутим, таквих истраживања није било. Истраживања су, такође, показала да се постојање варијација у социјалној подршци може довести у везу са великим бројем варијабли које се, у најширим оквирима могу сврстати у личне карактеристике, карактеристике болести и карактеристике социјалних мрежа. У радовима проистеклим из ових истраживања наводи се читав низ варијабли које, у већој или мањој мери, могу увећати или умањити ефекат социјалне подршке, како у смислу директног, тако и у смислу буферског деловања. Све апострофиране карактеристике су локално детерминисане, па је у том смислу препоручено да се истраже на локалном нивоу. Иако се социјална подршка сматра универзалним ресурсом, постоје велике културне и етничке разлике у социјалној подршци. Јасно је да се на неке варијабле (нпр. демографске) не може утицати, да

је могућност утицаја на друге (нпр. социјално-економске, здравствене) дубиозна, а треће су још увек „отворена шанса“ да се поправи здравље и обезбеди виши квалитет живота људи у заједници. У том смислу нарочито су апострофиране карактеристике начина живота и карактеристике социјалних мрежа, као и ефекти великог броја родних, полних, демографских и срединских варијабли. Како су оне културно сензитивне и специфичне за одређену средину и популациону групу, велики број истраживача сматра да се оне морају локално истражити. Ови захтеви посебно су изражени када је реч о истраживањима здравља и квалитета живота старих. Разлог томе је постојање специфичних разлика у утицају социјалне подршке код старих у односу на врсту и број болести, као и важност различитих аспеката здравља у овој популационој групи. У том смислу, посебно се наглашава важност утицаја социјалне подршке на квалитет живота људи који болују од хроничних незаразних болести (какви су дијабетес, хипертензија, реуматске болести), као и особа са мултиморбидитетом (са више болести), што је карактеристично управо за старе. Истраживачи апострофирају разлике у утицају социјалне подршке на физичко и ментално здравље, при чему је утицај на ментално здравље старих много већи.

Ово су били путокази за испитивање специфичног утицаја социјалне подршке на физичко и ментално здравље старих са хипертензијом, чији је циљ да идентификује варијабле које имају предиктивни ефекат на разлике у квалитету живота.

## 1.1. Социјална мрежа

По дефиницији, социјална мрежа је социјална структура састављена од низа елемената (као што су појединци или организације) и њихових дијадичних спојева (односа, веза или интеракција). Из перспективе социјалне мреже објашњава се модел структуре одређене друштвене групе, начина на који она функционише, утиче на окружење и начина на који се мења током времена (1).

Иако се друштвене мреже не могу идентификовати у потпуности са информатичким, биолошким или електричним, све мреже изучавају се у оквиру науке о мрежама (3). Интересовање за социјалне мреже почиње још у античкој Грчкој; наставља се радовима Диркема и Тенијеа, током 19. века, а интензивни развој ове науке почиње радовима Јакоба Морена у области социометрије 1930. године. Мреже се истражују ради идентификације утицајних чворова, односа локалне и глобалне структуре и динамике мреже.

Социјалне мреже су интердисциплинарно академско поље у коме се преплићу социјална психологија, социологија, статистика и теорија графова. Развој ове науке обележили су Малиновски, Радклиф Браун, Леви Штраус, Макс Гликман, Вајт. Од педесетих година прошлог века, овај приступ је математички формализован, а осамдесетих је постао део социјалних и бихевиоралних наука (1,5). После оснивања катедре за социјалне релације на Харварду, велики број универзитета уврстио је проучавање социјалних релација у курикулуме својих студија; на темељу тог интересовања настале су нове науке (социјална антропологија, социјална биологија, студије комуникација, економије, географије и информатике, организационе, социјалне студије психологије, социологије и социолингвистика).

Социјална мрежа је теоријска конструкција која се користи за проучавање веза између појединаца, група, организација или друштава (друштвених јединица) и представља користан приступ за објашњење многих друштвених феномена. Термин се користи да опише друштвену структуру одређену таквим интеракцијама. Теоријски приступ је, нужно, релациони. Аксиом у разумевању социјалне интеракције иде преко карактеристика односа између и унутар јединица, уместо својстава тих самих јединица. Везе у тој структури означавају се као "чворови". Чворови кроз које се свака социјална јединица повезује са другом представља конвергенцију различитих социјалних контаката те јединице. Многе врсте односа могу да формирају "мрежу" између тих чворова, али интерперсонални односи дефинишу карактер

друштвених мрежа (3).

Социјалне мреже се данас изучавају на микро, на мезо и макро нивоу. Током времена, идентификоване су значајне користи од њиховог проучавања у најразличитијим областима друштвеног живота, па и у медицини и здравственој заштити (2,4). На темељу науке о социјалним мрежама настали су: криминологија и урбана социологија, демографија, социјални капитал, комуникологија, истраживања исхода, маркетинг, проучавање тржишта, економија, анализа здравствене заштите, епидемиологија, здравствено васпитање, промоција здравља, комуникација с пацијентом, превенција болести, дијагностика и третман менталних оболења, студије организације здравствене службе и здравственог система, лингвистика, реторика, економија, економска социологија, истраживања социјалног капитала.

Социјални капитал је социолошки концепт који описује вредност социјалних релација и улогу сарадње и поверења у остваривању позитивних резултата. Термин се односи на вредности које се могу добити из друштвених веза. Примера има пуно. Повезивање људи према завичају из кога потичу је најочитији пример значења социјалног капитала (2).

## 1.2. Социјална подршка

### 1.2.1. Дефиниција, врсте, подела

Социјална подршка се може дефинисати и мерити на више начина. Лаици је дефинишу као осећај да неко брине о њима, као помоћ других људи која им стоји на располагању, као функцију супортативне друштвене мреже. Професионалци је дефинишу као најзначајнију функцију социјалне мреже. Постоје четири заједничке функције социјалне подршке (1,3,5):

а) Емотивна подршка је понуда емпатије и бриге, нежности, љубави, поверења, прихватања, интимности и подстицаја или неге (4,5). То је топлина и сигурност коју обезбеђује извор социјалне подршке (6). Пружање емотивне подршке појединац осећа и може да вреднује (6). Стога се пружање емотивне подршке понекад назива и подршка поштовањем или подршка уважавањем (вредновањем) (1).

б) Опипљива (материјална) подршка је пружање финансијске помоћи, материјалних добара, односно услуга (7,8). Ова врста подршке позната је и као инструментална подршка; овај облик социјалне подршке обухвата конкретне, непосредне начине којима људи помажу једни другима (9).

в) Информациона подршка је давање савета, усмерења, сугестија или корисних информација некоме (3). Овај тип информација представља потенцијал који може бити од помоћи другима да сами реше свој проблем (9).

г) Подршка кроз дружење је врста подршке која даје некоме осећај друштвене припадности, па се тако и назива (1). Ово се може посматрати као присуство пријатеља и укључивање у заједничке друштвене активности (9).

Социјална подршка може да се мери као перцепција (да неко има помоћ „на располагању“), као стварно добијена помоћ (добијена - пружена подршка) или као степен до ког је лице интегрисано у друштвену мрежу. Истраживачи нарочито инсистирају на разликовању перцепције и добијене подршке (6). Перцепција подршке односи се на субјективни суд примаоца да им се нуди или им је понуђена ефикасна помоћ у случају и у време потребе. Добијена подршка, такође позната и као пружена подршка, односи се на специфичне видове подршке (нпр. акције, савети или уверавање) које дају пружаоци подршке у време потребе (10). Поред тога, социјална подршка може бити структурална или функционална (1,3,5). Структурална подршка, такође позната и као социјална интеграција, односи се на обим у којем је прималац повезан са социјалном мрежом, број друштвених веза или начин на који је интегрисан у друштвену мрежу (1,3). Породични односи, пријатељи, чланство у клубовима и организацијама доприносе социјалној интеграцији (5). Функционална подршка тиче се



посебних активности и мера (функција) које могу да обезбеде или обезбеђују (пружају) чланови друштвене мреже, као што је емотивна, инструментална, информативна, подршка кроз дружење (3,5).

### 1.2.2. Корисност социјалне подршке – утицај на здравље и квалитет живота

Социјална подршка се може довести у везу са многим бенефитима на физичко (нпр. морталитет) или ментално здравље (нпр. депресија) (2,4). Различите врсте социјалне подршке имају различите обрасце корелација са здрављем, личношћу и личним односима (4,11). На пример, сматра се да је перципирана подршка доследно повезана са бољим менталним здрављем, док добијена подршка и социјална интеграција нису (10,11). Неки су сугерисали важност "невидљиве подршке". Овај вид подршке, када особа има подршку без његове или њене свести, може бити најкориснија (12,13).

У стресним временима, социјална подршка помаже људима да смање психолошки дистрес (нпр. анксиозност или депресију) (13). Нађено је да социјална подршка промовише психолошко прилагођавање условима код хроничног високог стреса, као нпр. код инфицираних ХИВ-ом, (14), код оболелих од реуматоидног артритиса, (15), рака (16), можданог удара (17) и коронарне болести (18).

Особе са ниском социјалном подршком пријављују више субклиничких симптома депресије и анксиозности него људи са високом социјалном подршком (19,20). Поред тога, људи са ниском социјалном подршком имају веће стопе „великог“ менталног поремећаја од оних са високом подршком. Ово укључује пост-трауматски стресни поремећај (20), панични поремећај (13), социјалну фобију (21), велики депресивни поремећај (19), дистимичне поремећаје, као и поремећаје исхране (22,23). Код оболелих од шизофреније, особе са ниском социјалном подршком имају више симптома овог тешког поремећаја (24), него други. Људи са ниском социјалном подршком имају више суицидалних идеја (13,25,26), као и проблема са алкохолом и дрогама (23,27).

Социјална подршка има бројне везе са физичким здрављем, укључујући и смртност (26). Особе са ниском социјалном подршком су у много вишем ризику од смрти од различитих обољења (нпр. рак, кардиоваскуларне болести) (4). Бројне студије су показале да људи са вишом социјалном подршком имају већу вероватноћу за опстанак (26), односно преживљавање. Социјална подршка позитивно утиче на имунитет, неуроендокрини и кардиоваскуларни систем (4,7). Познато је да ови системи могу да комуницирају и утичу један на други (6).

Особе са нижим нивоом друштвене подршке имају: више кардиоваскуларних болести (4), више запаљења и мање ефикасно функционисање имуног система (28,29), више компликација током трудноће (30), више функционалне неспособности и бола повезаних са реуматоидним артритисом (31,32), међу многим другим налазима. Насупрот томе, виши ниво социјалне подршке повезан је са бројним позитивним резултатима, укључујући и бржи опоравак код коронарних хируршких интервенција (34), мању подложност напада херпеса (35), смањену вероватноћу да покажу когнитивни пад повезан са старошћу (34), бољу контролу дијабетеса (33). Људи са вишом социјалном подршком такође имају мање шансе да развију прехладу и опоравиће се брже ако су прехлађени (35). Иако су утврђене многе предности, присуство даваоца подршке може довести и до повећане неуроендокрине и физиолошке активности (4).

Да би социјална подршка била корисна неопходно је да социјална подршку пружа жељени давалац; ово је познато као хипотеза о одговарајућем даваоцу подршке (37,38). Психолошки стрес може да се повећа уколико је обезбеђена другачија врста подршке од оне коју прималац жели да прими (нпр. дата је информативна, а тражи се емотивна подршка) (31,34). Подршка је бескорисна и када су начињени непотребни трошкови повезани са социјалном подршком. На пример, добијање подршке која није доследно повезана са било којим аспектом физичког или

менталног здравља (4) или добијање подршке која је изненађујуће повезана са лошијим менталним здрављем (11). Поред тога, ако је превише наметљива социјална подршка може повећати стрес (28,39).

### 1.2.3. Начин утицаја на здравље и квалитет живота

Постоје две хипотезе које се доминантне баве објашњењем везе између друштвене подршке и здравља: пуферска хипотеза и хипотеза о директним ефектима (3). Основна разлика између ове две хипотеза састоји се у следећем: хипотеза о директним ефектима предвиђа да је социјална подршка корисна све време, док пуферска хипотеза предвиђа да је социјална подршка углавном корисна у стресним временима. Нађени су докази о оправданости обе хипотезе (4).

У пуферској хипотези, социјална подршка штити људе тако што "пуферише" лоше ефекте стресних животних догађаја (нпр. смрт брачног друга, губитак посла) (37). Докази о пуферском деловању социјалне подршке на стрес пронађени су када је утврђена корелација између стресних догађаја и лошег здравственог стања која је била слабија код људи са високом друштвеном подршком у односу на људе с ниском друштвеном подршком. Слаба повезаност између стреса и здравља људи са високом социјалном подршком често се тумачи као доказ да социјална подршка штити људе од стреса. Пуферовање стреса ће се вероватније опсервирати у односу на доживљај подршке него у односу на социјалну интегрисаност или добијену подршку (37).

У хипотези о директним ефектима (која се још и назива хипотеза о главним ефектима), људи са високом социјалном подршком имају боље здравље него људи са ниском социјалном подршком, без стреса (37). Поред тога што показује пуферске ефекте, сматра се да подршка такође резултује конзистентним директним ефектима на исходе у менталном здрављу (19). И доживљај подршке и друштвена интеграција показују главне ефекте у односу на исходе у физичком аспекту здравственог стања. Међутим, добијена (примљена) подршка ретко показује главне ефекте (4).

Предложено је неколико теорија за објашњење повезаности социјалне подршке и здравља. Стрес и теорија савладавања стреса је најчешће апострофирана теорија у истраживањима социјалне подршке (37,40,41); ова теорија дизајнирана је да објасни пуферски хипотезу која је већ описана. Према овој теорији, социјална подршка штити људе од лоших здравствених ефеката стресних догађаја (пуферовање стреса), утичући на начин на који људи мисле о стресу и начин на који се носе са стресним догађајима. Према стресу и теорији савладавања стреса, као што је то одавно објашњено (42) догађаји су стресни уколико људи имају негативне мисли о догађају (процена) и носе се са њима неефикасно. Суочавање са стресом се састоји од намерних и свесних радњи као што су решавање проблема или опуштање. Примењени на социјалну подршку, стрес и теорија савладавања стреса, сугеришу да социјална подршка промовише адаптивну процену и стратегије за суочавање са стресом (37,43). Доказе за теорију савладавања стреса кроз социјалну подршку налазимо у студијама које опсервирају пуферске ефекте доживљаја социјалне подршке. Један од проблема са овом теоријом је то што се пуферовање стреса не региструје у односу на осећај социјалне интеграције (44). Добијена социјална подршка обично није повезана са бољим здравственим исходима (4).

Релациона теорија регулације (RRT) (40) је још једна теорија, која је дизајнирана да објасни главне ефекте (хипотеза о директним ефектима) између перцепције социјалне подршке и менталног здравља. Као што је већ истакнуто, перцепирана социјална подршка има пуферске и главне ефекте на ментално здравље (45) Релациона теорија регулације је предложена како би се објаснили главни ефекти перципиране социјалне подршке на ментално здравље који се не могу објаснити стресом и теоријом савладавања стреса (40). Хипотеза регулације о вези између перцепције подршке и менталног здравља заснива се на искуству људи који регулишу

своје емоције кроз свакодневне разговоре и заједничке активности, а не кроз посебне разговоре о томе како да се носе са стресом. Ова регулација је релациона: пружаоци подршке, теме разговора и активности које помажу регулацију емоција су пре свега ствар личне природе, карактера. Ова теза подржана је доказима који показују да је највећи део перцепиране подршке - у својој суштини – релациона ствар (41).

Теорија животног века (4) је још једна теорија која објашњава везе између социјалне подршке и здравља; она наглашава разлике између перцепиране и добијене подршке. Према овој теорији, социјална подршка се развија током целог животног века, посебно у детињству са родитељима. Социјална подршка се развија заједно са адаптивним особинама личности као што су осећај за пријатељство и непријатељство, ниска и висока неуротичност, висок оптимизам, као и социјалне вештине и вештине савладавања. Заједно, подршка и одређени аспекти личности утичу на здравље у великој мери кроз промовисање здравствене праксе (нпр. физичко вежбање, брига о телесној тежини), као и превенирање дејства здравствено релевантних стресора (нпр. губитак посла, развод). Доказ делотворности теорије животног века је то што се перципирана подршка везује за адаптивне карактеристике личности и приврженост искуству (научено) (4).

Многе студије су покушале да идентификују биопсихосоцијалне путеве као доказ везе између друштвене подршке и здравља. Нађено је да социјална подршка позитивно утиче на имунитет, неуроендокрини и кардиоваскуларни систем (46). Социјална подршка повезана је генерално са бољим функционисањем имунолошког система (28,47). На пример, боља социјална интеграција корелира са нижим нивоима запаљења (мерено преко Ц-реактивног протеина, маркера запаљења) (48); људи са више социјалне подршке имају нижу осетљивост на обичне прехладе (29). Такође је повезана са ниским нивоом кортизола ("хормон стреса"), као одговором на стрес (49). Неуроимидингом је утврђено да социјална подршка смањује активацију региона у мозгу повезаних са социјалним дистресом (невољама), и даје доказе да је ова смањена активност у вези са смањењем нивоа кортизола (50). Социјална подршка смањује кардиоваскуларну реактивност на стресоре (28). То је утврђено када су у питању нижи крвни притисак и срчани пулс (51), за које се зна да су од користи кардиоваскуларном систему. Но треба поменути да нису сва истраживања показала позитивне ефекте социјалне подршке на овим системима (6). Присуство даваоца подршке понекад може довести до повећане неуроендокрине и физиолошке активности (4).

#### **1.2.4. Извори социјалне подршке**

Извори социјалне подршке су бројни и веома разноврсни, укључујући породицу, пријатеље, интимне партнере, кућне љубимце, људе из заједнице и сараднике (6). Неки од њих представљају извор свих, а други - само неких врста социјалне подршке. Извори подршке могу бити природни (нпр. породица и пријатељи) или формални (нпр. специјалисти менталног здравља или општинске организације и удружења) (12). Подршка интимног партнера је повезана са здравственим предностима, посебно за мушкарце (52). Рана породична социјална подршка показала се важном за развој социјалне компетенције код деце (53). Подршка родитеља има несумњиво велику важност за психосоцијалну стабилност средњошколске деце (54).

Друштвене групе за подршку могу да буду извор информационе подршке, јер обезбеђују драгоцене информације за образовну и емотивну подршку, укључујући и подршку (охрабрење) људи који пролазе кроз сличне животне околности (55,56). Студије су углавном утврдиле корисне ефекте интервенција група за социјалну подршку код различитих стања (57), укључујући и интернет-групе за подршку – самопомоћ и узајамну помоћ (58).

Пружање социјалне подршке другима ствара и користи и трошкове. Пружање дуготрајне бриге и подршке неком другом је хронични стресор по себи, који може бити повезан са

анксиозношћу, депресијом, променама у имунолошком систему и повећаним морталитетом. Међутим, пружање подршке такође је повезано са здравственим користима. Пружање инструменталне подршке пријатељу, рођаку и суседу или емотивне подршке супружнику повезано је са значајним смањењем ризика морталитета (59). Такође, недавно рађена студија уз коришћење неуроимицинга открила је да пружање подршке другима који су значајни у животу даваоца, кроз стресно искуство изазива пораст активације у областима мозга који су задужени за награђивање (60).

Истраживањима је утврђено постојање полних разлика у социјалној подршци (8). Жене у већој мери обезбеђују социјалну подршку другима и више су ангажоване у својим друштвеним мрежама (44,61). Постоје бројни докази о томе да жене могу бити бољи провајдери социјалне подршке од мушкараца. Поред тога што су више укључене у давање подршке, жене су такође чешће тражиоци социјалне подршке у настојању да изађу на крај са стресом (62). Осим тога, познато је да социјална подршка може бити кориснија код жена. Шели Тејлор и њени сарадници сматрају да ове разлике у друштвеној подршци произилазе из биолошке разлике између мушкараца и жена које се састоје у начину на који различити полови реагују на стрес (тј. бежање или борба *versus* склањање или склапање пријатељства) (61,63).

И поред тога што се социјална подршка сматра универзалним ресурсом, постоје велике културне разлике у друштвеној подршци (8). Американци европског порекла су, на пример, спремнији да траже социјалну подршку од својих социјалних веза него Американци азијског порекла или Азијати у стресним ситуацијама (63). Американци азијског порекла мање очекују од социјалне подршке него Американци европског порекла (64). Ове разлике у друштвеној подршци укоренење су у различитим културним идејама о друштвеним групама. Студијама је доказано постојање и етничких разлика у друштвеној подршци од стране породице и пријатеља (64).

### 1.2.5. Мерење

Истраживања која се баве испитивањем утицаја социјалне мреже и социјалне подршке на здравље, односно квалитет живота (квалитет живота у вези са здрављем), заснивају се на великом броју различитих приступа мерењу ових ентитета. Они се разликују у односу на предмет мерења (структура и функције), аспект који се сагледава (објективне vs. субјективне мере), могућности квантификације, технику мерења (параметри, индикатори, индекси или комбинације).

Карактеристике социјалне мреже мере мере се у функцији социјалне подршке, најчешће да би се сагледао извор релевантне подршке. Кроз физичко постојање мреже и њену интактност и искуства у комуникацији процењује се перцепција социјалне подршке. Кроз комуникације у мрежи мери се инструментална (материјална) подршка (3,7). Такође, карактеристике социјалне мреже мере се бројем чланова мреже, диверзитетом социјалних контаката (контакти унутар породице са родитељима, децом, брачним партнером, комуникације са пријатељима, рођацима, познаницима, комшијама), континуитетом контаката и испадима из мреже (повремени или трајни недостатак комуникације са субјектима у мрежи), начином комуникације (лично/телефоном/интернет), фреквенцијом конатаката, редовношћу. Ова мерења су у директној функцији социјалне подршке (6).

Социјална подршка се може мерити на неколико различитих начина. Најпре, она се може мерити са аспекта функција, које су подједнако чест предмет истраживања (емотивна, подршка, материјална подршка, информациона подршка, подршка кроз дружење). Може сагледавати и као објективни (добијена социјална подршка) или субјективни параметар (процена расположивости социјалне подршке у случају потребе). Овај аспект је веома чест предмет истраживања. Неретко се апострофира да је људима важнија перцепција социјалне подршке него њено непосредно добијање.

Процена социјалне подршке може се односити на структуралне могућности за остваривање (добивање) подршке кроз укљученост (интегрисаност) у различите друштвене структуре или на њено непосредно остваривање (функционални приступ). На структуралном приступу развијена је читава теорија о социјалном капиталу као параметру социјалне интеграције; социјални капитал се дефинише као могућност за остваривање бенефита кроз укљученост у друштвене структуре (цркву, политичке организације, органе, друштвене организације, групе за самопомоћ и узајамну помоћ, неформалне групе). Овај аспект се мери кроз обим и карактер социјалне интеграције, а представља меру расположивости социјалне подршке.

Функционална подршка тиче се посебних активности и мера (функција) које могу да обезбеде или обезбеђују (пружају) чланови друштвене мреже, као што је емотивна, инструментална, информативна, подршка кроз дружење. Она мери доступност услуга социјалне подршке.

Веома често, социјална подршка мери се различитим скалама. Ове скале су направљене да мере социјалну подршку у генеричком смислу, одређени део социјалне подршке или социјалну подршку за конкретан ентитет.

У истраживањима су коришћене различити типови ових скала, али је свима заједничко да се социјална подршка најпре опише одређеним обележјима, затим се од особе тражи да оцени испуњење сваког аитета од минимума до максимума, после чега се рачуна индекс (збирна оцена свих оцена). У доступној литератури апострофрани су:

- Упитник социјалне подршке (Social support questionnaire - SSQ6), који се може изразити кроз обим расположиве социјалне подршке (квази-структурална мера - SSQnum) или кроз задовољство укупном подршком која је расположива (мера перцепције – SSQsatisf); овај упитник има 6 питања о врстама социјалне подршке која је потребна старим (са могућношћу оцене од 0 недоступна до 9 максимално доступна) са могућношћу оцене задовољства добијеном подршком (на шестостепеној скали) (66,67).

- Скала социјалне подршке која се односи на садржај и начин коришћења слободног времена (Social support for leisure - SSL); ова скала мери став старих о могућности да користе слободно време на начин који они желе и однос околине (подршку коју им у томе пружају породица и пријатељи) (68-71).

- Скала социјалне подршке за вежбање (Social Support for Exercise Behaviors Scale); представља математички израз одговора испитаника на 12 питања која се односи на подршку породице и пријатеља вреднованих на шестостепеној Ликертовој скали) (72,73).

- Перцепција емотивне подршке процењује се доступношћу поверљивих особа са којима се може дискутовати о интимним и личним стварима, које могу бити ослонац у свакој животној ситуацији (74).

- Ревидирана UCLA Скала усамљености (The Revised UCLA Loneliness Scale), развијена на Универзитету Калифорније, Лос Анђелес, има 20 аитета који вреднују мере опште усамљености и осећаја социјалне изолације као параметра (недостајуће) социјалне подршке (75-77).

- Социјална подршка код дијабетичних пацијената процењивана је коришћењем 4 стандардна упитника социјалне подршке за дијабетичаре или интегрисањем одређених параметара који се њима прате (78).

- Социјална подршка је такође мерена и коришћењем Листе за проверу социјалних искустава (Social Experiences Checklist) (79).

- Owner Pet Relationship scale са 15 аитета и бројне друге (80,81).

Три скале изазивају нарочиту пажњу истраживача и практичара, јер су свеобухватне и имају капацитет да мере више функција, више димензија и више аспеката социјалне подршке. То су:

- Берлинске скале социјалне подршке (Berlin Social-Support Scales BSSS) које су развијене за потребе онкохирурских клиника (82).

- Скала мултидимензионалне (социјалне) подршке – MDSS (83).
- Мултидимензионална скала за процену перцепције социјалне подршке (84-86).

### **1.2.5.1. Берлинске скале социјалне подршке (Berlin Social-Support Scales BSSS)**

Берлинске скале социјалне подршке (Berlin Social-Support Scales BSSS) развијене су за потребе болничких јединица које се баве хирургијом канцера (82) у Немачкој. Евалуиране су у више истраживања и данас се широко користе код оболелих од рака. BSSS располаже са пет психометријских скала за мерење подршке, на која одговарају и прималац и давалац. Њима се мери перцепција подршке (емоционалне и инструменталне), потреба за подршком, тражење подршке, евалуира управо добијена подршка и мери њен ефекат пуферовања. Скалама су обухваћене све когнитивне, афективне и бихевиоралне димензије социјалне подршке (емотивна, инструментална, информативна и подршка дружењем).

Могући одговори се вреднују (не слажем се - 1 бод, донекле се не слажем - 2 бода, донекле се слажем - 3 бода и сасвим се слажем - 4 бода). Негативне ставке бодују се на исти начин, али се при израчунавању скорa, ове вредности вреднују негативно. Вредност се израчава као збир вредности свих одговора или као средња вредност. Унутар ових скала може се посебно рачунати вредност одређене димензије (нпр. емотивне или инструменталне подршке), аспекта (позитивног или негативног), или се сваки део подршке (потреба, тражење, пружање) може оцењивати засебно.

### **1.2.5.2. Скала мултидимензионалне подршке (The Multi-Dimensional Support Scale)**

Скала мултидимензионалне подршке (The Multi-Dimensional Support Scale) развијена је на темељу истраживања Нојлинга и Вајнфилда која су вршена деведестих година прошлог века (83). Аитеми ове скале односе се на емоционалну, практичну (инструменталну, опипљиву) и информациону подршку.

Процена се врши упитником који садржи питања: колико је давалац подршке спреман да слуша када прималац жели да разговара о свом проблему, колико се давалац труди да разуме проблем примаоца, колико често давалац манифестује одговорност пружајући конкретну практичну помоћ примаоцу, колико често давалац даје информације или савете који примаоцу помажу да сам реши проблем, колико савети давалаца помажу да се прималац подршке носи са својим проблемима.

Ова скала процењује перцепцију доступности и адекватности социјалне подршке из различитих извора кроз 16 аитема. Доступност подршке мери се укупном фреквенцијом супортативног понашања – никад, понекад, често, увек или скоро увек који се оцењују од 1 до 4. Перцепција адекватности подршке процењује се задовољством корисника (примаоца) подршке фреквенцијом супортативног понашања – требало би ми више, требало би ми мање, баш колико треба. Питања се адресирају на неколико група различитих давалаца. Прва група давалаца су увек поверљиве особе (породица, најближи пријатељи), друга група су увек вршњаци који имају исте проблеме и живе у истим околностима (жртве природних катастрофа, колеге с посла, људи с истим проблемом), а трећа група су увек експерти (лекари, шефови на послу).

У оригиналном облику, скала мултидимензионалне подршке процењује однос са члановима породице, пријатељима с посла/студија, шефовима (претпостављенима било које врсте), манифестован током задњег месеца кроз 16 аитема. Коришћена је у више различитих области за процену социјалне подршке код студената, пацијената оболелих од канцера, жртава земљотреса, пацијената који се враћају на реоперацију, мајки које примају социјалну помоћ за негу детета, људе који брину о члановима породице оболелим од шизофреније.

У верзији скале мултидимензионалне подршке која је коришћена у процени социјалних потреба особа оболелих од рака дојке, анализирана је социјална подршка породице и најближих пријатеља жена које имају или су имале рак дојке у прошлости, здравствених и медицинских професионалаца (лекара опште праксе, сестара, хирурга, онко-терапеута, физиотерапеута), колега и шефова (претпостављених) с посла.

Као главне компаративне предности ове скале исказани су њена краткоћа, лакоћа администрирања, са могућношћу понављања и флексибилност (може се прилагођавати према истраживачким потребама). Валидност и прецизност ове скале су евалуиране. Упитници имају високу конзистентност, о чему сведочи високи алфа-коэффициент интерне прецизности – internal reliability.

Варијанта скале мултидимензионалне подршке је коришћена за процену перцепције социјалне подршке код старих 2006.године, на Универзитету у Аделаиди, у истраживању везе перципиране социјалне подршке са здрављем старих особа, на узорку од 314 испитаника, просечне старости 71,6 година. Ова верзија је показала добру интерну поузданост (алфа коефицијенте 0.89 за подршку коју пружају поверљиве особе, односно 0.88 за подршку здравствених радника) и корелацију са мерама психичког благостања (83). Питања се односе обим подршке и помоћи која стоји на располагању у свакодневном животу, а обезбеђене од стране људи којима су испитаници окружени.

### **1.2.5.3. Мултидимензионална скала за процену перцепције социјалне подршке**

Мултидимензионална скала за процену перцепције социјалне подршке (84-86) процењује перцепцију социјалне подршке коју може имати човек од породице, пријатеља или неког другог значајног субјекта социјалне мреже. Социјална подршка из одређеног извора се мери на седмостепеној Ликертовој скали (1 - апсолутно се слаже, 2 - не слаже се у потпуности, 3 не слаже се, 4 – неутралан је, 5 – слаже се, 6 - веома се слаже и 7 апсолутно се слаже). Перцепција се може исказати збирно, за све аитеме и све изворе и по изворима.

## **1.3. Квалитет живота и квалитет живота у вези са здрављем**

### **1.3.1. Дефиниција**

Квалитет живота се дефинише као глобална процена доброг или задовољавајућег живота људи, као степен задовољења потреба у различитим областима, као јаз између очекивања једне особе и њених постигнућа или као сатисфакција појединца његовим свеукупним животом (87).

Квалитет живота у вези са здрављем или здравствено релевантни квалитет живота (Health Related Quality of Life– HRQL) заснива се на дефиницији здравља СЗО. СЗО дефинише здравље као "стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести или слабости" (WHO Constitution, 1948). Квалитет живота у вези са здрављем (HRQL) надограђује ову дефиницију додавањем личне перцепције појединца о здрављу, функционалном статусу, социјалној добробити и антиципацији дужине свог живота (88). Тиме се дефиниција савременог концепта квалитета живота сасвим приближава дефиницији здравља и постаје њен оперативни израз, односно мера.

Интересовање за квалитет живота у вези са здрављем порасло је и из бројних других разлога. Традиционалне клиничке мере морбидитета имају ограничену корисност за пацијента; оцена квалитета живота у вези са здрављем обезбеђује оцену исхода који одражава гледиште (потребе, очекивања) пацијента; мери глобални утицај болести, поремећаја или инвалидитета, као и утицај лечења. У том смислу квалитет живота у вези са здрављем, као мера, превазилази болест (која се мерила морбидитетом, неспособношћу, скалама здравља) и

функционисање (које се мерило индексом активности свакодневног живота - ADL) као мере квалитета живота. Квалитет живота у вези са здрављем усмерава пажњу на комплетно психолошко, социјално и духовно биће (89). Квалитет живота у вези са здрављем се веома често користи у популационим истраживањима, евалуацијама здравствене политике, у студијама здравствене економике, у клиничким истраживањима акутних и неизлечивих стања и свим другим клиничким истраживањима. У том смислу неретко се наглашава да је квалитет живота мера здравља, *per se*, те да се мерењем квалитета живота заправо мери здравље.

Развој овог концепта прошао је дуг пут од Фланагана, као једног од пионира на пољу квалитета живота, до данас. Фланаган је описивао квалитет живота апострофирајући његове домене, који укључују материјални комфор, здравље и личну безбедност, односе са рођацима, односе са децом/унуцима, односе са супружником (партнером), блиским пријатељима, учење, могућности разумевања (спознаје, доживљаја) себе, рад, могућност креативног изражавања, помагање и подстицање других, учешће у јавним пословима, дружење, пасивне активности у слободно време, активну рекреацију (90).

Иако се садржаји од Фланагана до данас нису битно променили, квантитативни аспекти (објективна количина) више нису доминантни у описивању квалитета живота. У први план искочили су квалитативни аспекти, а квалитет се све чешће почео мерити субјективном перцепцијом у светлу индивидуалних циљева, очекивања и могућности.

Једну од најбољих дефиниција квалитета живота дала је радна група за квалитет Светске здравствене организације. Она је дефинисала квалитет живота као "перцепцију појединца о животном положају у контексту културе у којој живи и у односу на циљеве, очекивања, стандарде и ограничења која има" (91).

Квалитет живота у вези са здрављем (Health Related Quality of Life– HRQL) заснива се на дефиницији здравља СЗО. СЗО дефинише здравље као "стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести или слабости" (WHO Constitution, 1948). Квалитет живота у вези са здрављем (HRQL) надоградио је ову дефиницију додавањем личне перцепције појединца о здрављу, функционалном статусу, социјалној добробити, и антиципацији дужине живота (91), чиме је концепт квалитета живота сасвим приближио концепту здравља. У складу са тим квалитет живота у вези са здрављем се дефинише на више различитих начина, као "забринутост у вези са утицајем болести и лечења на неспособност и свакодневно функционисање", као "физичко, емоционално и социјално благостање након дијагнозе и лечења" или као "утицај перцепције здравља на способност појединца да живи испуњеним животом" (92).

Најбоље одређење квалитета живота у вези са здрављем дали су Патрик и Ериксон дефинишући га као "вредност додељену трајању живота модификованог оштећењима, функционалним стањима, схватањима и могућностима, под утицајем болести, повреде, лечења и политике" (93). У том смислу, најадекватнијим (најпоузданијим, највалиднијим) мерама квалитета живота и квалитета живота у вези са здрављем почеле су се сматрати оне које даје сам пацијент (Patient Reported Outcomes - PRO). PRO је процена сваког аспекта здравственог стања особе која долази од ње директно. Она треба да одражава стварно стање здравља или перформансе у том тренутку (93).

Постоје бројни разлози зашто су PRO постале најчешће коришћена мера квалитета у истраживањима здравља и здравствене заштите. Неки ефекти лечења или рехабилитације познати су само пацијенту. PRO обухватају пацијентова искуства заштитом, валоризују исходе који су најважнији пацијенту и његовој породици и изражавају пацијентов доживљај перспективе. Као прималац неге, пацијент има најбољу процену утицаја третмана и перспективе. Формална процена о томе како се пацијент осећа и шта ради може бити поузданија и валиднија него неформално питање - Како се осећате?

Мере квалитета живота у вези са здрављем укључују физичка функционисање, емоционално и когнитивно функционисање, социјално функционисање, значај (улогу)



појединих функција за болесника, виђење његових улога и здравља и благостања као средстава за њихово испуњење, процену перспективе (преживљавање) и вредновање постојећих симптома (у већој или мањој мери).

Данас постоји консензус о томе да су мере квалитета живота:

- Субјективне, што не имплицира да су оне непоуздане. Напротив, оне су управо због тога што мере конкретан квалитет живота једне конкретне особе – супериорне (валидне, специфичне и сензитивне), јер лична перцепција најбоље одражава погледе појединца, његова актуелна осећања и светлу жеља, циљева, очекивања које он има.
- Мултидимензионалне: укључују различите и за конкретног испитаника релевантне домене квалитета живота, што је другачије немогуће утврдити.
- Укључују у вредновање позитивне и негативне аспекте здравља и квалитета живота (94).

### **1.3.2. Мерења квалитета живота**

#### **1.3.2.1. Мере квалитета живота**

Квалитет живота се данас у главном мери као задовољство животом или неким његовим делом (аспектом). У истраживањима социјалне подршке и њеног утицаја на квалитет живота најчешће су коришћене субјективне мере за процену квалитета живота и то Индекс субјективно процењеног благостања (SWB) (94) или Индекс задовољства животом (Life Satisfaction Index - LSI-A) (95). Оба се израчунавају као скор оцена (вредности) на вишестепеној Ликертовој скали. У те сврхе такође користи се и велики број других (сличних) инструмената. У употреби су још самопроцена задовољства животом (Satisfaction with Life Scale), која се мери коришћењем једног аитема („Ја сам задовољан својим животом“) оцењеног на седмостепеној Ликертовој скали од „потпуно се слажем“ до „уопште се не слажем“ (96).

За мерење здравствено релевантног квалитета живота раније су се често користили Нотингем здравствени профил (Ware), Профил утицаја болести (Bergner) који се у новије време замењују Кратким упитником за истраживање здравља (Ware SF-12). У суштини, треба знати да су ови инструменти – мере здравља, а њихова употреба за мерење квалитета живота омогућена је на бази доказа да здравље представља квалитет живота по себи.

У најновије време они се замењују једноставнијим мерама, па се бележи експоненцијални раст истраживања која се базирају на коришћењу индекса субјективног благостања (SWB) или индекса среће, како се овај индикатор све чешће назива.

#### **1.3.2.2. Мере квалитета живота у вези са здрављем**

Квалитет живота у вези са здрављем се може процењивати генеричким мерама и специфичним инструментима. Генеричке мере које стоје на располагању су здравствени профили, јутилити мере, и појединачни аитеми. Специфични инструменти су мере специфичне за болест, популацију или проблем. (94).

Предности генеричких инструмената састоје се у томе што се користи један инструмент, који детектује ефекте на различите аспекте здравственог статуса; ови инструменти се могу користити за поређење ефеката интервенције. Слабости генеричких мера односе се на често недовољну специфичност (не фокусира се увек на оно што је предмет интересовања) и респонзивност (реактивност) (94). Овакве мере коришћене су у великом броју истраживања квалитета живота; најважније међу њима су Short Form SF-36 (Ware, 1992.) (97), SF-20 (Ware 1992.), SF-12 (Ware, 1995.) (98) и SF-6 (Brazier, 2002.) (99), Nottingham Health Profile (Hunt, 1980.) (100), Sickness Impact Profile (Bergner, 1976., 1981.) (101,102), Quality of Life (QL) Index (Ferrans, Powers 1985., Bowling 1995.) (103-106).

Short-Form SF-36 (97) мери физичко функционисање, остваривање улоге, телесни бол,

опште здравље (физичка компонента здравља), виталност, социјално функционисање, емоционално функционисање, ментално здравље (ментална компонента здравља), користећи скале. Може се изразити и сумарно (физичка и ментална компонента).

Sickness Impact Profile који су развили Бергнер и сарадници (101) мери квалитет живота у три димензије. Кроз физичку димензију здравља овај индекс прати амбулантну заштиту, мобилност (покретљивост), бригу о телу и кретање. Кроз психичку димензију прате се социјалне интеракције, понашање (будност), комуникације, а кроз друге (независне) категорије, овај индекс прати спавање и одмор, исхрану, рад, вођење домаћинства, рекреацију и коришћење слободног времена. Индекс настаје калкулацијом одговора на 136 аитема на које се одговара са да или не.

Nottingham Health Profile (100) развили су Хант и сарадници. Упитник који служи за израчунавање профила има два дела. У првом делу се, на скалама оцењују енергетски ниво, емоционалне реакције, социјална изолација, бол, спавање (сан), физичке способности. У другом делу који садржи 38 аитема (рад, друштвени живот, сексуални живот, празници, живот у кући, хобији, управљање домаћинством) одговара се са да или не.

Quality of Life (QL)-Index (103) који је развио Спицер са својим сарадницима има 5 аитема; индексом се оцењују: активности, свакодневни живот, здравље, подршка, изглед. Сваки аитем скорира се од 0 до 2, тако да распон оцена укупног квалитета живота може ићи од 0 до 10.

Најважнија предност мера корисности (Jutiliti мера) састоји се у томе што једна (иста) вредност репрезентује нето утицај на квантитет и квалитет живота; на основу ове мере може се израчунати цена (коштање) корисности; укључује и смрт као исход. Слабости ових мера односе се на потешкоће у детерминисању вредности корисности; ово мерило не дозвољава испитивање утицаја на различите аспекте квалитета живота (микс) и није довољно респонсиван.

Најважнији представници ових мера су Euro QoL Index: EQ-3D (107) и The Health Utilities Index (HUI) (108,109).

EuroQoL Index EQ-5D-3L сачинила је EuroQoL Group (107). Уведен је у употребу 1990. године и представља стандардизовану меру здравственог стања, насталу као резултат тежње да се дође до једноставне, генеричке мере здравља за потребе клиничких и економских евалуација. Применљива је на широк спектар здравствених ентитета (стања) и различите третмане и представља основу за једноставно креирање здравственог профила и његово изражавање једним бројем на бази израчунате вредности индекса здравственог стања. Од кад је развијена до данас широко се користи у клиничким и економским евалуацијама, процени здравствене заштите, као и у истраживањима здравља становништва. До сада је извршено пондерисање за 234 различита стања здравља. EQ-5D-3L је до сада преведена на више од 150 језика и користи се широм света.

EQ-5D је дизајниран за само-попуњавање од стране испитаника; погодан је за употребу у анкетним истраживањима које се организују путем писама, у истраживањима које се спроводе на клиникама и у интервјуима који се спроводе "лицем у лице". Његово администрирање траје свега неколико минута. Састоји се из два дела – описни систем и визуелна аналогна скала (VAS).

EQ-5D-3L описни систем мери следећих 5 димензије здравља: мобилност, само-заштиту, уобичајене активности, бол/нелагодност и анксиозност/депресију. Свака димензија има 3 нивоа: нема проблема, постоје неки проблеми, има екстремно изражене проблеме. Испитаник одговара заокруживањем одговора који најближе описује стање у коме се налази за сваку од наведених 5 димензија.

EQ VAS бележи оцену здравља на вертикалној аналогној скали која се протеже од најгорег могућег до најбољег могућег здравља, а добија се кроз самопроцену испитаника(107). По ставовима истраживача, ова оцена може се користити као квантитативна мера исхода третмана здравствене заштите. као агрегатна мера здравља и квалитета живота, при чему се вредности

индекса исказују у процентима (математичка вредност је у опсегу од 0 до 1).

Тражећи начин да се побољша осетљивост инструмента и да повећа могућност његовог коришћења у популационим истраживањима, аутори су 2005. године проценили да не треба мењати број димензија, али су увели петостепену скалу за давање одговора. Ова модификација је значајно повећала поузданост и осетљивост инструмента (снагу дискриминације), без ефеката на изводљивост. Нова верзија EQ-5D укључују пет нивоа тежине (нема проблема, има мале проблеме, има умерене проблеме, има озбиљне проблеме и има екстремне проблеме) у свакој од постојећих пет EQ-5D димензија и зове се EQ-5D -5L (107).

Испитаник одговара на исти начин (заокруживањем, штиклирањем), а током обраде се уписује број од 1 до 5 у зависности од тога који одговор је дао. Ови бројеви међутим немају аритметичка својства (не сабирају се), него се само користе за описивање здравственог стања испитаника.

Најважнија промена у EQ VAS скали односила се на прецизирање времена процене (107). За разлику од претходне, у овој верзији од болесника се тражи да оцени стање свог здравља данас.

Предности појединачних аитема као мера квалитета живота у вези са здрављем су у томе што су кратки, користе један број и показују добру валидност и поузданост. Слабости се, на другој страни, састоје у томе што не ретко ови инструменти не обезбеђују основ за објашњење резултата и често нису довољно респонсивни (реактивни).

Примери ових мера су често коришћена питања у упитницима различитих истраживања (Ваше здравље је: одлично, врло добро, добро, подношљиво, лоше; или: У поређењу са прошлом недељом – месецом – годином, ваше здравље је: много боље, унеколико боље, исто, унеколико лошије, много лошије; или: Током протекле 4 недеље који највиши ниво физичке активности сте могли да упражњавате 2 минута?: веома тежак, тежак, просечан, лак, веома лак - COOP Chart аитем) (110).

Самопроцена здравља (Self-rated health - SRH) (111) је такође често коришћена мера (здравствени индикатор) у истраживању здравствених неједнакости које су детерминисане разликама у социјалној подршци у развијеним западним земљама, као и земљама у развоју (112). Здравље се у оцењује као одлично, нормално и лоше (113).

Специфични инструменти су мере специфичне за болест, популацију, функцију или проблем. Они су клинички сензитивни и могу бити сасвим реактивни на промене, али с друге стране не дозвољавају компарације у току промене стања и лимитирани су оквирима популације која се истражује или интервенције која се врши. Примери ових мера су Stroke Impact Scale, McGill COPD Scale, European Organization for Research & Treatment in Cancer (EORTC), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) (114).

Здравље се такође процењује коришћењем бројних индикатора као што су преваленца пушења, коришћења алкохола, физичке активности, прекомерне телесне тежине, хипертензије, хиперхолестеролемије, самопроцене здравља и менталног здравља (115-120).

## **1.4. Артеријска хипертензија**

Истраживачи, стручна удружења и здравствене власти свих земаља света слажу се у оцени да је хипертензија велики јавноздравствени проблем који се мора решавати (121-123).

### **1.4.1. Дефиниција, класификација, природни ток болести**

Артеријска хипертензија представља трајно повишење вредности артеријског крвног притиска, најмање 25% времена током 24 часа, на вредности изнад 18.7 kPa (140 mmHg) у систоли и 12.0 kPa (90 mmHg) у дијастоли /СЗО, 1993., JNC, 1993./ (124,125). Дијагноза болести поставља се када се ове вредности региструју у току два узастопна мерења крвног

притиска и захтевају медицински третман.

Крвни притисак углавном регулишу два механизма повратном спрегом: хуморални систем (ренин – ангиотензин - алдостерон) и нервни систем (баро-рецептори, вазомотрни центар, аутономни нервни систем) (126). Повишене вредности крвног притиска могу се манифестовати: самостално (примарна или есенцијална хипертензија нејасне етиологије) или у склопу других обољења (секундарна или симптоматска хипертензија је симптом бубрежних, ендокриних, кардиоваскуларних и/или јатрогених обољења) или стања (функционална хипертензија у склопу одређених физиолошких стања или одређених поремећаја здравља) (127). Најчешћи облик хипертензије је есенцијална хипертензија; она се јавља у 90 до 95% случајева, док су остали облици хипертензије релативно ретки (128).

Хипертензија се развија полако, али прогредијентно. У њеном природном току разликују се:

- прехипертензивни стадијум (започиње асимптоматски, касније се појављују полиморфне тегобе праћене емоционалном нестабилношћу и патолошким варијацијама систолног притиска),
- стадијум лабилне хипертензије (учесталије варијације патолошких вредности систолног и дијастолног крвног притиска; у овом стадијуму болест се још може зауставити, јер иреверзибилних морфолошких промена још нема; овај период траје 10-15 година)
- стадијум стабилне хипертензије (фиксирани патолошке вредности, пре свега систолног, а касније и дијастолног крвног притиска; исцрпљивање компензаторних механизма и појава иреверзибилних патолошких промена) (129).

#### **1.4.2. Јавноздравствене карактеристике**

Јавноздравствени значај хипертензије проистиче из свих њених карактеристика. На првом месту то су епидемиолошке карактеристике - раширеност ове болести у општој популацији, степен угрожености појединих група становништва од ширег друштвеног значаја и трендови у њеном развоју. Од не мање важности су етиолошки и патогенетски фактори који доприносе настанку и развоју болести, а налазе се у социоеколошкој и бихевиоралној сфери (пре свега фактори ризика који се могу модификовати. Следећа група карактеристика која хипертензију чини јавноздравствено значајном су последице хипертензије. Оне се огледају у развоју других кардиоваскуларних болести и других оштећења здравља, опадању радне способности и квалитета живота оболелих, економским штетама које настају због одсуства са посла, великим трошковима дуготрајног лечења, превременом умирању становништва од болести које се могу лечити. Последња група карактеристика ове болести односи се на могућности утицаја на болест, ток епидемије, односно, могућности превенције и контроле хипертензије, за шта је неопходно ангажовање различитих сектора заједнице (128).

##### **1.4.2.1. Преваленца, инциденца, трендови**

Крајем 20. века, према извештајима СЗО, повишене вредности артеријског крвног притиска регистроване су код 35% популације одраслог становништва у већини западних земаља (128); крајем прошлог века од артеријске хипертензије боловало око 700 милиона људи у свету. Истраживања су такође евидентирала ову болест код скоро трећине одраслог становништва развијених земаља, што је тада чинило 10 до 20% светске популације (128,129).

Број оболелих се, из деценије у деценију, повећава. Број одраслих са хипертензијом повећао се до краја 20. века године за око 30% (121,122), а предвиђа се да ће у периоду 2000-2025. преваленца хипертензије порасти за додатних 24% (129).

Епидемиолошку ситуацију у погледу хипертензије отежавају карактеристике њеног природног тока; болест често протиче асимптоматски и дуго остаје неоткривена.

Истраживања су показала да чак једна половина оболелих и не зна да има ову болест, све док се не појави нека од њених компликација (127). То релативизира све досадашње налазе у погледу преваленце хипертензије и отвара потребу за прецизнијим утврђивањем података о болести и предикторима на основу којих се могу прогнозирати будућа кретања.

Кретања преваленце хипертензије у Србији пратила су раније описане трендове. У службама опште медицине болести система крвотока регистроване су 1998. године код 784.000 људи (17,7%); ове болести заузиле су друго место у структури морбидитета утврђеног у амбулантно поликлиничким службама у СР Југославији. Према подацима Савезног завода за заштиту и унапређење здравља, 2001. године есенцијална артеријска хипертензија заузиле је друго место међу пет најчешће заступљених дијагностичких категорија у нашој земљи у ванболничком морбидитету 1998. године, са 420.000 оболелих, што је тада чинило 9,5% укупног морбидитета утврђеног у амбулантно поликлиничким службама СР Југославије (123). У првој деценији XXI века овај тренд се наставио. О томе говоре налази два истраживања здравственог стања на репрезентативном популационом узорку одраслог становништва Србије (2000; 2006) у којима је хипертензија евидентирана код преко 50% одраслог становништва (130).

#### **1.4.2.2. Детерминанте хипертензије - фактори ризика, узроци, други фактори**

Таксономија Европске стратегије превенције и контроле незаразних болести (СЗО, 2006) (128) представља веома добру основу за класификацију и проучавање фактора који се сматрају детерминантама повишеног крвног притиска. Она осветљава односе различитих фактора из окружења - социоекономских, културних, политичких и срединских детерминаната хипертензије, на једној и променљивих (нездрава исхрана, физичка неактивност, коришћење дувана) и непроменљивих фактора ризика који се односе на болесника (старост, наслеђе), на другој страни (128,129).

##### **1.4.2.2.1. Социоекономске, културне, политичке и срединске детерминанте**

Разлика у преваленцији хипертензије у разним крајевима света (129) одувек се повезивала са утицајем социјално-економског миљеа, односно, директним или индиректним ефектима стандарда и културе живљења на популацију различите демографске структуре. У ери друге патолошке транзиције најчешће апострофирани фактори повишеног ризика били су седентарни начин живота, гојазност и други ризико фактори високог друштвено-економског стандарда. Повећање броја оболелих, најдиректније је повезивано са повећањем гојазности у популацији (125,128). Иако је допринос срединских фактора апострофиран, читава ера обележена је израженим "окривљавањем жртве", без значајнијих анализа стварног утицаја средине на развој болести какве су повишен крвни притисак, повишен ниво шећера у крви, повишен ниво липида у крви или гојазност. Трећа патолошка транзиција бачила је ново светло на проблем. У том контексту посебно су истакнута обележја као што су перцепција друштвено-економског положаја као социјални капитал, развијеност социјалне мреже, социјална подршка.

Утицај окружења на развој хипертензије истражује се најчешће преко карактеристика које детерминишу друштвено-економски положај људи, као што су ниво образовања (школска спрема) и различите карактеристике посла од кога живе (занимање, запосленост, приходи које остварује). Ниво образовања детерминише културолошке (социо-антрополошке), социјално-економске, а често и интелектуалне (когнитивне) разлике које се могу повезати са настанком и развојем повишеног крвног притиска (130-135). Ниво образовања детерминише разлике у сарадњи оболелог са лекаром ("compliance"), што води до лоших резултата и настанка компликација са лошијом прогнозом (136,137). Ову повезаност између кардиоваскуларних

болести и образовања апосторфирају и други истраживачи (138,139). Vargas (138) је истраживао разлике у релативном ризику за инциденцију хипертензије код испитаника беле и црне расе и испитивао колико оне зависе од нивоа образовања. Белци старости 25 до 44 године са мање од 12 година едукације имају релативни ризик сигнификантно већи од испитаника са 12 и више година едукације (мушкарци 2,14; жене 2,06). Ове разлике одржавају се независно од утицаја старости, индекса телесне масе, места живљења (пребивалишта). Код старијих белаца (45-64 године) и црнаца овакве разлике у односу на дужину образовања нису утврђене. Regidor, 2006. год. (133) налази највећу преваленцу хипертензије код испитаника старијих од 60 година најнижег образовања, које одражава најнижу социјалну класу. Вишак обољевања од хипертензије код мушкараца не може се објаснити разликама у нивоу образовања, али може другим карактеристикама друштвено-економског положаја (социјалне класе). Код жена све карактеристике социјалне класе могу се довести у везу са разликама у преваленцији хипертензије, али су гојазност и физичка неактивност најважнији ризико фактори.

Утицај посла на друштвено-економску позицију важан је, у најмању руку, колико и утицај образовања. Он се у истраживањима разматра не само као карактеристика која одређује материјални положај (као извор прихода), него и као обележје социјалног статуса (које одређује место у друштву, могућност утицаја, ауторитет). У највећем броју студија се, из свих наведених разлога, ове карактеристике друштвено-економског положаја испитују заједно. Међутим, посао може бити извор конфаундинг ефеката (утицај на физичку активност и мешање ефеката физичког напора при раду и физичке активности као независног обележја понашања, утицај посла на стрес и ментално здравље).

Испитујући утицај карактеристика посла (организација и врста посла, активан и пасиван посао) на настанак и развој хипертензије, Radi, 2005. год. (140) налази да се ефекти организације и врсте посла снажније изражавају код жена, него код мушкараца. Нижа социјална подршка на послу није у релацији са хипертензијом и не утиче на повезаност хипертензије и организационих ризико фактора. Код оба пола утицај гојазности је независан од ризико фактора везаних за посао. Код жена се и алкохол показао као сигнификантан ризико фактор.

Gaudemaris, 2002. год. (130) доводи у везу разлике у преваленцији и третману хипертензије са категоријама занимања. Вишу преваленцу и лошије одржавање терапеутске контроле он евидентира у категоријама "нижих" занимања. Забринутост због високог крвног притиска (доживљај личне угрожености) и пропорција хипертоничара под третманом није у релацији са категоријом занимања. После елиминације утицаја гојазности, ексцесивне употребе алкохола, седентарног стила живота, образовни ниво и нижа категорија занимања могу се статистички значајно повезати са вишим крвним притиском, али само код жена. Лошија контрола притиска под третманом повезана је са високим уносом алкохола и нижим категоријама занимања код мушкараца. Неједнакости у преваленцији хипертензије перзистирају; преваленција је већа, а успостављање контроле над висином притиска под третманом лошије код нижих класа (категорија) занимања.

Повезаност између кардиоваскуларних болести и занимања, запослености и/или карактеристика посла истичу и други истраживачи (130-139). Међутим, социјално-економску позицију одређује низ других фактора, не само образовање и запосленост.

Morenoff, 2007. год. (134) сугерише да социјални контекст (суседство у коме људи живе, услови живота) има супстанцијални допринос објашњењу разлика у преваленцији хипертензије. Хипертензија је значајно и негативно повезана са различитим карактеристикама социјално економске позиције, на шта указују разлике у преваленцији хипертензије код црних и белих Американаца, као и у односу на образовање. Свест о постојању хипертензије такође је присутнија код црних и материјално угрожених Американаца, него код припадника беле расе који припадају средњој класи. Разлике у третману и контроли болесника нису утврђене.

Diez Roux, 2002. године (139) (Atherosclerosis Risk In Communities Study) анализира

лонгитудиналне промене крвног притиска са старењем и испитује разлике које постоје у различитим социјалним групама у индустријским земљама. Ускраћеност у многим социоекономским димензијама асоцирана је са већим ризиком за развој хипертензије. Пораст систолног притиска повезан са старењем, обрнуто је пропорционалан са социоекономском позицијом код мушкараца и већи је код најнижих категорија ( $7\pm 0,7$  mmHg) него код највиших ( $5,4\pm 0,4$  mmHg). Лоша социјално економска позиција код белаца повезана је са рапидним опадањем дијастолног притиска после 50 година.

Утицај иницијалног социјално-економског статуса и промена у социјално-економском статусу током 10 година на развој артеријске хипертензије код нормотензивних мушкараца и жена црне и беле расе испитивао је Matthews, 2002. године (131). Он наводи да је промена социјално-економске позиције јачи предиктор хипертензије него карактеристике (лошег) социјално-економског статуса *per se*.

Истраживања су доказала утицај безнађа у процени социјално-економског статуса на кардиоваскуларни морбидитет и морталитет, посебно исхемијску болест срца, акутни инфаркт миокарда и прогресију атеросклерозе (140). На узорку популације у Финској, безнађе је мерено преко два аитета који су процењивали негативно очекивање од будућности и животне циљеве. По искључењу конфаундинг варијабли (старост, индекс телесне масе, физичка активност, пушење, употреба алкохола, едукација, породична анамнеза хипертензије, самопроцена депресије) утврђено је да мушкарци који показују висок ниво безнађа на почетку студије имају три пута већу шансу да постану хипертензивни у периоду праћења, него други. Испитаници који показују умерени степен безнађа немају сигнификантно већи ризик за хипертензију.

Важност социјалних мрежа апострофирана је у великом броју истраживања. Најчешће је истраживан ефекат утицаја брака и породице. Мишљења истраживача у вези утицаја живота у (брачној и другој) заједници на настанак и развој артеријске хипертензије су подељена. Неки стручњаци тврде да брачна заједница тј. заједнички живот са партнером, ублажава карактеристике "коронарног типа" личности, па у таквој заједници ређе долази до појаве артеријске хипертензије. Друга група аутора тврди управо супротно - у брачној заједници чешће долази до појаве и развоја артеријске хипертензије (141,142).

Савремени социолози тврде да брачну заједницу треба у модерном времену обавезно довести у везу са економском независношћу и могућностима егзистенције самостално, а и у заједништву, и тек тада је треба посматрати као фактор који може утицати на настанак овог обољења.

Borges је 2009. године (142) утврдио да се хипертензија може довести у директну везу са брачним статусом жена (удовице и разведене / раздвојене жене чешће имају хипертензију), а обрнуто пропорционално у вези са нивоом образовања.

Према типологији Fridmana и Rozenmana хипертоничари припадају типу А личности - они су хиперактивни, амбициозни, пренапрегнутих планова, уз ограничене могућности, настоје да доминирају, са потиснутом агесијом, нарцисоидни су, никад немају времена и настоје да оставе утисак веома пословних људи. Хипертоничари су склони монологу и не ретко се месијански понашају (143).

Предмет великог броја истраживања биле су разлике у популацији у односу на место живљења (урбано vs рурално становништво). У урбаној средини, евидентира се у просеку 10% више хипертеничара него у руралним подручјима; ови налази потврђују бројна епидемиолошка истраживања. Узроци разлика у географској дистрибуцији исхемичног обољења срца и цереброваскуларних болести углавном се образлажу факторима средине (144). Према СЗО присутне разлике у начину живота (исхрана, физичка активност, стрес... ) у руралној и урбаној средини одговорне су за овакву дистрибуцију хипертензије између града и села (145). Пораст преваленције хипертензије у урбаној популацији (146) Јаковљевић повезује са порастом миграције сеоског становништва у градове.

Породично окружење и суседство у коме људи живе имају снажан утицај на њихово здравље.

Истраживање етничких разлика на кардиоваскуларни ризик по искључењу индивидуалних карактеристика испитаника (Agyemang 2007. год.) (147) утврдило је повезаност густине насељености и насиља под дејством алкохола и дроге са високим систолним, а постојање зеленог појаса и социјална партиципација са ниским систолним крвним притиском, повезаност насиља под дејством дроге и алкохола са високим дијастолним притиском (код Мароканаца), повезаност криминала и насиља под дејством алкохола и дроге са вишим дијастолним притиском (код Турака), док код Холанђана разлике нису статистички значајне. Студија Agyemang 2007. (147) показала је утицај срединских стресора на крвни притисак код мањина, које су значајно мање изражене код Холанђана. Ово се објашњава већом осетљивошћу мањина на утицај стресора.

Студија Cipullo и сарадника, 2010. год. (135) рађена да би се проценила преваленца хипертензије и фактора ризика у различитим старосним категоријама узорка урбаног становништва у Бразилу налази да преваленца расте пропорционално узрасту испитаника и да је већа код ниже образованог становништва. Повећан индекс телесне масе и обим струка директно пропорционално корелирају са повећаном преваленцијом хипертензије. Нађена је и позитивна повезаност хипертензије са већом екскрецијом натријума и реналном дисфункцијом (клиренс креатинина мањи од 60 ml/min).

Проучавање утицаја пребивалишта као показатеља социјално-економског положаја на развој хипертензије (132) у Женеви, Швајцарска, показао је висок степен слагања (индекс конкордансе је 0,8) са другим показатељима социјално-економског положаја (образовање, занимање) у категоријама најбогатијих и најсиромашнијих, што чини овај индекс употребљивим за процену социјално-економског статуса ових класа. У средњој класи употребна вредност овог индекса није могла бити потврђена. Узрок томе је низак степен хомогености средње класе.

Нои 2008. год. (141) испитује варијације у преваленци хипертензије, недијагностиковане и нетретирани хипертензије између урбаних и руралних подручја, на узорку одраслог становништва Кине старости 25 до 65 година. Одрасло урбано становништво има 18% веће шансе да буде гојазно и 19% већу шансу да развије хипертензију него одрасли који настањују остала подручја. По искључењу утицаја варијабли стила живота ова разлика се губи. Утицај урбанизације по себи не постоји, него се он остварује преко стила живота градске популације. Урбани хипертоничари такође имају мање шанси да буду недијагностиковани (0,54) и нетретирани (0,63).

Студија Vodina, 2009. год. (148) у Шведској бави се утицајем буке у друмском саобраћају на хипертензију. Подаци о хипертензији су прилагођени за пол, узраст, индекс телесне масе, унос алкохола, физичко вежбање, едукацију, пушење и социоекономски статус, да би се елиминисали ефекти ових фактора на настанак и развој хипертензије. Ефекти буке на хипертензију евидентирани су када је ниво буке прелазео 64 децибела. Ефекат је зависио од старости и уочава се код средовечних (40-49) и млађих, али не и код старијих. Други фактори нису имали никакав допринос.

Осим еколошких, и социјално-психолошки фактори делују као снажан ризико фактор за настанак и развој хипертензије. Јан 2003. год. (149) истиче значај комуникације и односа са околином. Недостатак времена, нестрпљивост, трка за брзим постигнућем, превелика очекивања, нереалне тежње, објективно постојање и доживљај конкуренције, постојање непријатељства, депресија, анксиозност као карактеристике модерног живота у индустријском и постиндустријском друштву представљају дугорочни ризик за хипертензију. Описани налази добијени су после искључења утицаја демографских фактора.

Williams 2001. год. (150) налази да дискриминација (расизам) има индиректне ефекте на ризик од хипертензије преко лимитираних социјално-економских могућности и мобилности, а



нарочито преко редуковане могућности приступа жељеним добрима и услугама у друштву, укључујући медицинску заштиту, креирање стигме због осећаја инфериорности и искуства дискриминације, што делује стресно. Повећање дуготрајног кардиоваскуларног ризика се може лабораторијски доказати.

Истраживања утицаја социјално-економског статуса не могу увек објаснити варијације у крвном притиску само конвенционалним факторима као што су исхрана, физичка активност, или доступност медицинске заштите. Ово је подстакло развој модела стреса и болести. Стрес модел наглашава социјалне и психолошке факторе који су од стране појединаца оцењени као стресни, укључујући и факторе који помажу појединцима да одговоре на те стресове. Конвенционални стрес модели су, међутим, проблематични јер примарно наглашавају опажање особа (њихов субјективни доживљај), не узимајући много у обзир друштвени и културни контекст у коме се стрес јавља.

Sparenberger (151) је испитивао повезаност стреса са хипертензијом на узорку одраслих особа које су у претходној години имале неки од девет животних догађаја који резултују стресом. Иако особе које су имале стрес у последњих месец дана чешће пријављују симптоме хипертензије, она мерењем није могла бити документована код ових испитаника. Статистички значајне разлике нису утврђене ни у погледу преваленције хипертензије.

Dressler (152) описује комплементарни модел социјалних и културних утицаја на ризик за развој болести; заједничке моделе културе живљења, који приближавају људе у понашању, Дреслер назива "културна хармонија". Налази из истраживања у Бразилу показују да што је већа културна хармонија појединца, то је нижи њихов крвни притисак. Ови резултати указују на значај повезивања различитих нивоа анализе - културне, индивидуалне и биолошке – за разумевање ризика за болест.

Разлике у учесталости појављивања артеријске хипертензије у свету регистроване су и у односу на верску припадност. Код одређених верских популација, као што су адвентисти и баптисти, које карактерише живот са ниском присутношћу фактора ризика за настанак кардиоваскуларних обољења, запажена је ниска учесталост артеријске хипертензије (153).

#### **1.4.2.2.2. Променљиви фактори ризика**

Међу променљивим факторима ризика за настанак хипертензије најчешће су истраживани прекомерна или неадекватна исхрана, недовољна физичка активност и седентарни стил живота, гојазност, пушење дувана, ексцесивно конзумирање кафе, конзумирање алкохола, присуство стреса, одмор и релаксација.

Од Фрамингамске студије до данас објављено је много радова са доказима о повезаности хипертензије са различитим параметрима исхране. Високе вредности холестерола у крви представљају веома значајан ризик за коронарну болест, нарочито међу особама женског пола. Неоспорна је улога хиперхолестеролемије и у појави апоплексије. Истраживања спроведена у свету су у више наврата показала да повишене вредности холестерола, поред несумњивог утицаја генетског фактора, зависе и од исхране богате мастима животињског порекла (СЗО, 2003) (154).

Састав дневних оброка је веома значајан за настанак артеријске хипертензије. Као последица једноличне, хиперкалоријске исхране, у стању економске кризе у Србији, региструје се пораст гојазности; исхрану становништва карактерише пораст заступљености животињских и засићених масти у свакодневним обrocима (155,156). Утврђена је позитивна повезаност између уношења натријума и нивоа крвног притиска. Велики ризик за настанак хипертензије представља унос кухињске соли изнад 10-12 g на дан (156,157). На узорку лабораторијских животиња Gu, 2008. год. (158) је демонстрирао да више недељна дијета са великим уносом соли изазива оштећења бубрега и следствено томе хипертензију. Истраживања су показала да су за развој хипертензије веома важни и дефицити других

олигоелемената, као сто су смањен унос калијума (унос мањи од 50-90 mmol/дан доводи до хипертензије), смањен унос магнезијума (доводи до повећања крвног притиска као и до сужења лумена крвих судова услед микроваскулита), затим калцијума (унос калцијумових препарата код хипертоничара редукује систолни крвни притисак за 6 mmHg, а дијастолни за 4 mmHg), влакнасте хране, незасићених масних киселина.

Pitsavos, 2006. год. (157) је утврдио постојање позитивне корелације између хипертензије и преваленце других стања које прате стил живота (хиперхолестеролемија, дијабетес, ренална дисфункција, гојазност).

Неке од навика у исхрани су штетне и још увек врло заступљене у нашој средини. Једна од њих је омиљено конзумирање кафе. Истраживања су показала да кафе подиже крвни притисак за 5-15 mmHg и одржава га на том нивоу следећа два сата (СЗО, 1997) (157).

Geleijne, 2004. год. (159) тврди да највећи утицај на варијације у преваленци хипертензије у Финској, Италији, Холандији, Великој Британији и САД имају тежина – гојазност која учествује са 11 до 25%, затим физичка неактивност (5-13%), висок унос натријума у исхрани (9-17%), низак унос калијума (4-17%), низак унос магнезијума (са 4-8% утицаја у развоју хипертензије). Утицај алкохола био је веома мали у свим популацијама (2-3%). Утицај неадекватног уноса калцијума (2-8%), магнезијума (4-8%), утицај кафе (0-9%) и масних киселина из рибљег уља (3-16%), значајно варира између популација које су биле поређене.

Forman 2009. год. (155) је испитивао утицај 6 модификујућих (протективних) фактора стила живота и исхране (индекс телесне масе мањи од 25 kg/m<sup>2</sup>, дневне физичке активности у трајању од минимум 30 минута, исхране оријентисане на заустављање хипертензије / DASH дијета, употреба алкохола мања од 10 г/дневно, употреба ненаркотичких аналгетика мања од једном недељно, унос од 400 или више микрограма фолне киселине дневно) на појаву и развој хипертензије појединачно и у комбинацији. У групи жена које немају ни један протективни фактор у анамнези популациони атрибутивни ризик је 78%, а недостатак ових фактора крив је за вишак од 8,37 случајева хипертензије на 1000 испитаница годишње. Код жена које имају само један протективни фактор атрибутивни ризик је 72%, код жена са два протективна фактора атрибутивни ризик је 58%, а са 3 – 53%. Индекс телесне масе већи или једнак 25 kg/m<sup>2</sup> је најснажнији предиктор, који повећава популациони атрибутивни ризик за 40% у односу на испитанице код којих је индекс телесне масе мањи од 25. Закључци су изведени после отклањања утицаја старости, расе, породичне анамнезе хипертензије, пушења, коришћења оралних контрацептива.

Simone, 2006. год. (156) прати утицај метаболичких фактора и њихове промене током времена на развој артеријске хипертензије. Код учесника са нормалном толеранцијом глукозе, опадање HDL липотпротеина, повећање обима струка и присуство дијабетеса показали су се као најснажнији предиктори хипертензије. Код учесника са смањеном толеранцијом глукозе или дијабетесом на почетку студије, најснажнији предиктор је дијабетес, праћен повећањем артеријског притиска и LDL холестерола. Метаболички профил и повећана абдоминална гојазност могу бити прогностички знаци за развој артеријске хипертензије, не само висина крвног притиска.

Улога физичке активности огледа се у контроли уноса, распоређивања и трошења енергије унете путем хране. Физичка активност повећава ударни волумен уз бољи распоред циркулаторног волумена из неактивних зона (спленичко подручје, бубрези, кожа), смањује срчану фреквенцију, повећава минутни волумен и рационализује потрошњу кисеоника. Физичка активност повећава потрошњу липида, смањује утицај симпатикуса на периферији и централно уз повећање толеранције на психичке стресове, делује фибринолитички и подстиче развој колатералног крвотока, чиме побољшава ткивну перфузију (JNC,1997). Недовољна физичка активност доприноси настанку гојазности, који је додатни и фаворизујући фактор у развоју и експресији артеријске хипертензије. Стручњаци који се баве антропометријским карактеристикама хумане популације и утицајем физичке неактивности на здравље појединца,

тврде да такве особе имају већи W/H однос (однос струка и кукова), који повећава ризик од настанка кардиоваскуларних болести (160).

Regidor, 2006. год. (161) тврди да се гојазност и физичка неактивност могу сматрати најважнијим ризико факторима код жена, без обзира на ниво образовања или друге одлике социјалне класе. Код мушкараца овај допринос није утврђен. Утицај регуларне физичке активности у трајању дужем од пола сата дневно истиче и Forman, 2009. (155) који је испитивао допринос дијете и стила живота развоју хипертензије код жена.

Parker 2007. год. (162) је показао да се хипертензија појављује статистички значајно мање код испитаника који имају добру физичку активност, независно од расе, пола, старости, едукације, породичне историје хипертензије. Williams, 2008. год. (163) наводи да шансе за хипертензију опадају пропорционално дужини трчања недељно, како код мушкараца, тако и код жена. Шансе за хипертензију расту о односу на старост, највеће су код најстаријих испитаника.

Проспективна студија утицаја физичке активности на ризик од хипертензије (160,164) показује да се хипертензија чешће развија код испитаника са лаком физичком активношћу (1,00 код оба пола) него са средње тешком (0,63 код мушкараца и 0,82 код жена) и тешком физичком активношћу (0,59 код мушкараца и 0,71 код жена). Повезаност егзистира код испитаника независно од индекса телесне масе. Регуларна физичка активност (уз контролу телесне тежине) може редуковати ризик за хипертензију код оба пола, независно од нивоа гојазности.

Гојазност, као последица неадекватне исхране и смањене физичке активности је значајан ризик за хипертензију (СЗО, 1995). За настанак артеријске хипертензије веома су значајни врста или тип гојазности (централни или периферни тип, абдоминална гојазност), као и трајање гојазности. Могућности настанка артеријске хипертензије веће су што је гојазност израженија и што дуже траје. Посебно је важна деценија живота у којој се гојазност јавила, јер је вероватноћа јављања хипертензије израженија у старијим годинама (156).

Стручњаци који се баве односом прекомерне телесне тежине и настанка артеријске хипертензије тврде да су и на нашим просторима повећане вредности крвног притиска у блиској корелацији са гојазношћу (вредности индекса телесне масе од 27 kg/m<sup>2</sup> и веће; обимом струка од 85 cm и више код жена и 98 cm и више код мушкараца). Они тврде да је исхрана гојазних особа код нас богата мастима и угљеним хидратима (156,159).

Главну улогу у патогенези гојазности има резистенција на инсулин (хиперинсулинемија) и смањена толеранција на глукозу, услед које јетра убрзано ствара триглицериде, те се у плазми региструју повећане вредности триглицерида и холестерола. Ћелије масног ткива садрже више рецептора за катехолаmine, те су осетљивије на стимулацију симпатикуса, што за последицу има повећани периферни отпор и хипертензију (165). Независно од етиологије, гојазност настаје само код позитивног енергетског биланса. Осим примарне гојазности, која је последица алиментарног оптерећења, постоји и секундарна гојазност, која настаје код одређених поремећаја као што су хипотиреоидизам, инсулином, Kushingov и Frelihov синдром У превенцији настанка артеријске хипертензије (примарна превенција), као и у лечењу хипертензије, када се ради о секундарној превенцији, у свету се препоручује VLCDs- терапија тј. "very low-calorie diet therapy" у комбинацији са модификацијом понашања и применом физичких вежби (WHO, 1995).

Испитујући разлике у преваленцији хипертензије код испитаника различитих социјалних класа Regidor, 2006. год. је утврдио да се гојазност може сматрати најзначајнијим ризико фактором за настанак хипертензије код жена, независно од других одлика социјалне класе. Код мушкараца овакви налази нису потврђени (161). На значај гојазности, пушења и породичне историје хипертензије указују и резултати изнети у раду Kivimakiја, 2009. год. (166).

Гојазност је главни ризик за развој хипертензије и дијабетеса, који често коегзистирају код

гојазних особа. Губитак тежине, заснован на смањењу енергетског уноса и физичкој активности може бити ефективна стратегија за превенцију и контролу (менаџмент) ових болести. Zhao, 2009. год. (145) налази да веома мали број гојазних или подгојених хипертоничара покушава да смањи своју тежину. Стратегије контроле (смањење енергетског уноса, кроз смањење уноса масти и нискокалоријску исхрану, повећање физичке активности или обе стратегије) варирају значајно код ових болесника. На значај гојазности, односно стила живота који се састоји у прекомерној исхрани, недостатку физичке активности и ексцесивном коришћењу алкохола указују и други (147).

Gelber је 2007. год. (147) утврдио да је индекс телесне масе увек повезан са порастом ризика за хипертензију. Чак и подешавања у односу на дијабетес, висок холестерол, историју пушења – не мењају ове трендове. Сличне налазе изнео је и у другим радовима, сугеришући да је превенција прекомерне телесне тежине и гојазности најбољи приступ за редукацију хипертензије.

Cipullo, 2010. год. (135) налази да преваленца хипертензије у Бразилу расте са узрастом и већа је код ниже образованог становништва. Повећан индекс телесне масе и обим струка директно пропорционално корелирају са повећаном преваленцијом хипертензије. Нађена је и позитивна повезаност хипертензије са већом екскрецијом натријума и реналном дисфункцијом (клиренс креатинина мањи од 60 ml/min). Преваленца дијабетеса такође је далеко већа код хипертензивних него нормотензивних – знаке дијабетеса има 5,6% испитаника у узорку и 14,5% хипертензивних. Испитивање утицаја индекса телесне масе, посебно гојења и мршављења на развој артеријске хипертензије показало је да је индекс телесне масе конзистентно повезан са хипертензијом; ризик за хипертензију повећава се гојењем и до 20%; није доказан утицај наглог губитка на тежини.

Borges, 2009. год., (142) је утврдио да је преваленца хипертензије директно повезана са старосћу и гојазношћу код оба пола. Код мушкараца, хипертензија се такође доводи у везу са уносом поврћа, ниским уносом зрневља (махунарки); код жена хипертензија је у директној вези са брачним статусом (удовице и разведене/раздвојене жене чешће имају хипертензију), а обрнуто пропорционално у вези са нивоом образовања. Ризик за хипертензију директно расте са тежином код оба пола.

Chen, 2005. год., (168) је нашао да преваленција прекомерне тежине и гојазности расте пропорционално старости у узрасту 35 до 64 година, после чега опада. Паралелно са индексом телесне масе расте и преваленца хипертензије.

Гојазност производи различите хемодинамске абнормалности које могу имати утицај на хипертензију. Треће национално истраживање здравља и исхране у САД испитивало је повезаност између индекса телесне масе и ризика за хипертензију, укључујући све хемодинамске подтипове (изоловану систолну, изоловану дијастолну и систолно-дијастолну хипертензију). Пораст индекса телесне масе за 5 јединица повећава ризик за хипертензију за 45%. Магнитуда релативног повећања шансе је већа код млађе одрасле популације. Пораст индекса телесне масе је снажан предиктор изоловане дијастолне и систолно-дијастолне хипертензије (1,04). Изолована систолна хипертензија представља мањину хипертензивних случајева код гојазних мушкараца (38,9%), али највећи део случајева хипертензије код гојазних жена (62,1%) (115).

Четворогодишња кумулативна стопа инциденце за мушкарце (19%) и жене (13%) у Кини може се повезати са индексом телесне масе. Chen, 2005 године, (168) сугерише промену граница категорија индекса телесне масе за кинеску и западну популацију.

Повезаност гојазности и преваленце хипертензије потврђена је и у другим истраживањима. Студија из Бразила (Sarno, 2007.) (159) показује предиктивни ефекат оба показатеља гојазности (индекса телесне масе и обима стомака); они су позитивно и самостално повезани са појавом артеријске хипертензије код мушкараца. Peixoto, 2006. (170) показује да се обим стомака може довести у везу са хипертензијом код оба пола. Међутим, ниво 2 абдоминалне

гојазности и индекс телесне масе 30 и више показују ниску сензитивност за идентификацију ризика од хипертензије. Највећу предиктивну вредност показује ниво 1 обима стомака са индексом телесне масе од 25 и више. То говори да ризик повећава укупна гојазност, а не стомак *per se*.

Ну (164) је 2004. године у Финској утврдио да шанса за развој хипертензије код мушкараца опада пропорционално повећању физичке активности (код мушкараца који упражњавају само лаку физичку активност она износи 1,00; код средње тешке физичке активности шанса за развој хипертензије је 0,63; а код оних који упражњавају тешку физичку активност шанса за развој хипертензије износи 0,59). Код жена су ови коефицијенти шансе чак нешто виши (1,00; 0,82; 0,71), независно од индекса телесне масе. Међутим, ризик за настанак хипертензије зависи од вредности индекса телесне масе и пропорционалан је вредности овог индекса; ризик за хипертензију креће се у опсегу од 1 (за индекс телесне масе мањи од 25), 1,18 (за индекс 25-29,9) и 1,66 (индекс телесне масе 30 или већи) код мушкараца, односно 1, преко 1,24 до 1,32 код жена. Ова студија показује да регуларна физичка активност заједно са успешном контролом телесне тежине може редуковати ризик за хипертензију код оба пола, независно од нивоа гојазности.

Пушење је добро препознат ризик за кардиоваскуларне болести. Према подацима Светске здравствене организације пушење је узрок 18% смртних исхода од исхемичног оболења срца, односно 11% смртних исхода од цереброваскуларних болести, особа старијих од 65 година. Пушење истовремено представља и бихевиорални фактор ризика за настанак артеријске хипертензије, а такође доводи до периферне вазоконстрикције и подстиче активности симпатикуса, оштећује ендотел и смањује концентрацију заштитног HDL холестерола (СЗО, 1997) (151). Истраживања су показала да никотин повећава ослобађање епинефрина и вероватно смањује толеранцију на глукозу код хроничних пушача. Иако пушење није повезано са артеријским крвним притиском директно дужи пушачки стаж делује на повећање вредности артеријског крвног притиска; то је утврђено још пре неколико деценија (Stamler, 1993). На просторима бивше Југославије, још пре двадесет година регистроване су двоструко веће стопе инциденције коронарне болести код пушача у односу на непушаче, за све нивое систолног крвног притиска.

Односе крвног притиска, индекса телесне масе и пушачког статуса, као и њихову повезаност са социјално-економским статусом, израженим индикаторима образовања, запослености (послом) и благостањем на узорку одраслог становништва Танзаније испитивао је Boveta 2002.год. (152). Социјално економски статус је инверзно повезан са крвним притиском и пушењем, а директно са индексом телесне масе. Индекс телесне масе је директно повезан са крвним притиском (1,01 и 0,91 mmHg систолног притиска код мушкараца непушача и 1,14 кг/квм на 1 кг/квм код мушкараца пушача). Број испитаника обухваћених третманом је веома мали, нарочито код људи ниског социјално-економског статуса.

Bowman, 2007. године, (151) је утврдио да стопа ризика за хипертензију варира (код жена које никада нису пушиле 1,00, код бивших пушача 1,04 или актуелно пуше цигарете (1,00 код жена које пуше до 14, а 1,10 код жена које пуше 15 и више цигарета дневно). Код жена које пуше 25 или више цигарета дневно ризик је 21% већи (стопа ризика износи 1,21).

Студијом пресека (153) на репрезентативном узорку одраслих Енглеске утврђене су разлике у висини крвног притиска између пушача и непушача. Старији мушкарци, пушачи, имају виши систолни крвни притисак, независно од старости, индекса телесне масе, социјалне класе, узимања алкохола него непушачи. Такве разлике нису могле бити потврђене код млађих мушкараца, ни у односу на дијастолни крвни притисак у обе старосне категорије. Жене које пуше 1-9 цигарета дневно имају нижи крвни притисак него тежи пушачи или жене које никада нису пушиле; ове разлике су статистички значајне када је реч о дијастолном крвном притиску. Код мушкараца, утврђена је статистички значајна повезаност индекса телесне масе, на једној, и крвног притиска повезаног с пушењем, на другој страни (мушкарци пушачи који имају

повишен крвни притисак имају и више вредности индекса телесне масе). Ова студија показала је да је независни хронични ефекат пушења на хипертензију – мали. Lee 2001.год. (154) износи контроверзан податак да се ризик за хипертензију чак повећава после престанка пушења. Овај аутор налази да је релативни ризик за хипертензију код испитаника који су престали да пуше 0,6 (прекид краћи од годину дана), 1,5 (прекид 1 до 3 године) и 3,5 (прекид дуг 3 и више година) у поређењу са актуелним пушачима. Ризик варира у подгрупама непушача који су се угојили после престанка пушења у односу на оне који су одржали своју телесну тежину. Прогресивни раст крвног притиска после престанка пушења тражи детаљније објашњење.

У неким студијама утврђена је већа преваленца хипертензије код непушача и бивших пушача него код садашњих пушача. Истражујући повезаност хипертензије и пушачког статуса у подгрупама прекомерне телесне тежине и гојазности у Немачкој John 2006. год. (155) налази да гојазност бивших пушача који апстинирају од пушења 3 и више година повећава вероватноћу настанка благе хипертензије 3,6, а средње тешке и тешке хипертензије 6,5 пута. Непушачи или бивши пушачи који су одржали нормалну телесну тежину не разликују се статистички значајно у погледу ризика од актуелних пушача са нормалном телесном тежином који пуше 15 и више цигарета дневно.

У литератури се истиче и ексцесивно конзумирања кафе као фактор ризика за хипертензију. Кофеин подстиче лучење катехоламина, који стимулишу ренин - ангиотензин - алдостерон систем. Истраживања говоре да конзумирана кафа има тренутни ефекат тј. делује у првих 15 минута, односно тренутно подиже артеријски притисак за 5 -15 mmHg и одржава га на том нивоу следећа два сата (107). Кофеин и ментални стрес подижу систолни крвни притисак, али кофеин не потенцира одговор у смислу реакције систолног крвног притиска на ментални стрес. Кофеин такође не доприноси ефектима на фреквенцију рада срца, односно срчани ритам. Позитивна породична историја хипертензије повезана је са већом елевацијом систолног притиска на веће дозе кофеина (156).

Конзумирање алкохола представља велики ризик за настанак артеријске хипертензије. Уношење алкохола у количини већој од 30 ml етанола/дан или 0,05 g етанола/kg телесне тежине код одраслих особа представља снажан ризик. Дуготрајно конзумирање алкохола доводи до повећаног периферног отпора и пораста вредности крвног притиска, а истовремено и до хипомагнезинемије, хипокалиемије и повећаног лучења катехоламина.

Подаци Светске здравствене организације говоре да 20-30% особа са есенцијалном хипертензијом у свету, истовремено припада и групи хроничних алкохоличара. Више епидемиолошких студија демонстрирало је позитивну повезаност између тешке употребе алкохола и хипертензије. Stranges, 2004. год.(157) је испитивао повезаност карактеристика пијења и развоја хипертензије. Он је показао да испитаници који пију свакодневно или изван оброка показују статистички значајно већу вероватноћу да развију хипертензију него они који пију повремено или уз оброк. Узимање неких врста алкохола (пива, вина и/или ликера) изван оброка има снажнији утицај на развој хипертензије него количина попијеног алкохола по себи.

На бази резултата мета анализе, Chen, 2008. год. (158) изводи закључак да алкохол има маркирани ефекат на крвни притисак и ризик од хипертензије. Мета анализа се заснива на студијама испитаника са ALDH2 генотипом који имају повишени крвни притисак (5 студија, 7.658 испитаника) и хипертензију (3 студије, 4.219 испитаника), идентификованих преко систематског прегледа литературе. Ниво алдехид дехидрогеназе 2 коришћен је као сурогат за мерење потрошње алкохола. Алдехид дехидрогеназа 2 је главни ензим у метаболизму алкохола, који се наслеђује рецесивно. Код хомозигота који немају ген за овај ензим искуство негативних симптома са употребом алкохола потпуно искључује алкохолизам, за разлику од хомозигота са овим геном и хетерозигота, који пију.

Истраживања потврђују да испитаници који немају ген за алкохол дехидрогеназу 2 имају статистички значајно ниже нивое крвног притиска (7,4 mmHg нижи од хомозигота и 4,24

mmHg од хетерозигота). DeFrank, 1987. (159) истиче да се алкохол, након гојазности, може сматрати другим најзначајнијим предиктором хипертензије. Међу свим испитиваним факторима, узимање алкохола има најконзистентнији утицај на развој хипертензије. Код ексцесивних алкохоличара, ни гојазност нема велики предиктивни утицај на хипертензију.

Curtis (160) је испитивао како употреба алкохола и промене у статусу пијења утичу на развој хипертензије код афро-америчке популације. Он није могао да повеже хипертензију са употребом алкохола, али су се промене у статусу пијења показале значајним предиктором хипертензије код оба пола. У компарацији са апстинентима, код особа које престају да пију у периоду праћења крвни притисак опада, независно од старости, индекса телесне масе и пола. Социјално-економски фактори могу се довести у везу са отпочињањем или повећањем интензитета пијења, количином и врстом попијеног алкохола и другим карактеристикама.

Студија здравља на репрезентативном узорку у Енглеској показала је да су утицаји индекса телесне масе и узимања алкохола на хипертензију већи него ефекат пушења, па се морају комплексније сагледати. Резултати потврђују да тешки алкохолизам дефинитивно повећава ризик за хипертензију, али су ефекти лаког и средње тешког алкохолизма још увек контроверзни. Sesso, 2008. год. (181) закључује да умерено конзумирање алкохола смањује ризик од хипертензије код жена и повећава ризик код мушкараца. Праг изнад којег алкохол повећава ризик за хипертензију је 4 пића дневно код жена у односу на 1 пиће дневно код мушкараца.

Wang, 2006. године, (182) није утврдио допринос пола на појаву разлика у инциденцији хипертензије. Систолни крвни притисак може се повезати са старашћу (узрастом), гојазношћу, албуминуријом; обрнута повезаност утврђена је у односу на пушење. После прилагођавања, утврђено је да већу шансу да развију хипертензију имају прехипертензивни од нормотензивних; испитаници са макро и микроалбуминуријом од испитаника са нормалним налазом протеина; дијабетичари у односу на испитанике са нормалним метаболизмом глукозе; испитаници са прекомерном тежином и гојазни у односу на испитанике са нормалном тежином; актуелни корисници алкохола у односу на оне који га не користе. Ризик за развој кардиоваскуларне болести расте у узрасту од 45 до 74 година.

Sparenberger, 2008.год., (151) је испитивао повезаност стреса са хипертензијом на узорку одраслих особа које су у претходној години имале неки од девет животних догађаја који резултују стресом. Иако особе које су имале стрес у последњих месец дана чешће пријављују симптоме хипертензије, она мерењем није могла бити документована код ових испитаника. Статистички значајне разлике нису утврђене ни у погледу преваленције хипертензије.

Психолошки стрес и излагање олову су независно један од другог повезани са хипертензијом, наводи Peters, 2007. године (183). Он је утврдио постојање позитивне корелацију између нивоа стреса и концентрације олова у голењачи са систолним крвним притиском, чак и кад се елиминише ефекат других потенцијалних модификујућих фактора (старости, индекса телесне масе, породичне анамнезе артеријске хипертензије, нивоа образовања, пушења, употребе алкохола, физичке активности, нутритивних фактора). Утврђено је такође да висок ниво стреса модификује ефекат нивоа олова у голењачи и чашици на висину артеријског притиска. Висок ниво стреса повећава релативни ризик за хипертензију коју изазива олово у голењачи - 2,66 пута, односно 2,64 пута - у чашици. Ефекат олова на хипертензију је најизраженији код појединаца који показују знаке високог нивоа стреса, независно од демографских или бихевиоралних фактора ризика.

Light (184) осветљава улогу стреса на развој хипертензије анализирајући интеракцију стреса и позитивне породичне историје хипертензивне болести. Испитивање интерактивног ефекта генетског наслеђа (дефинисаног као макар 1 хипертензивни родитељ) и високе осетљивости на стрес показује да мушкарци са високим нивоом стреса, високом осетљивости на стрес и позитивном породичном анамнезом имају статистички значајно више нивое и

систоличног и дијастоличног крвног притиска (7 пута већи ризик за хипертензију него испитаници чији су родитељи били нормотензивни и 3 пута већи ризик него испитаници који нису преосетљиви на стрес, чак и ако су њихови родитељи били хипертоничари). Овај аутор наглашава да је осетљивост на стрес фактор *per se*.

Carroll, 2001. године, (185) доводи у питање стрес-тест као прогностичко средство у целини. Иако је ментални стрес позитивно повезан са високим систоличним, а у мањој мери и са дијастоличним крвним притиском у будућности, не може се искључити утицај старости. У другом раду Carroll, 2003.год. (186) објашњава ове налазе утицајем пола, старости и социјално-економске позиције. Систолична реактивност на ментални стрес као средства за предвиђање будућег развоја хипертензије налази се само у категорији мануелних радника и мушкараца.

Lindquist, 1997. године, (187) није утврдио директну повезаност између нивоа стреса на послу и висине артеријског притиска. Све анализе показују да су индекс телесне масе и карактеристике стила живота (коришћење алкохола, исхрана, вежбање) повезане са крвним притиском код испитаника оба пола. Овај аутор изводи закључак да се артеријска хипертензија не може повезати са стресом *per se*, него са механизмима на који се он купира.

Испољавање беса повезано је са хипертензијом, али нису анализирани ситуациони утицаји. Bongard (188) наводи да испољавање беса зависи од социјалне ситуације. Испитаници испољавају бес отвореније и слободније код куће, док се на послу значајно више контролишу. Испољавање беса такође је у корелацији са полом. Отворено испољавање беса нарочито на послу је повезано са повећањем крвног притиска.

Cottingham (189) је испитивао ефекте потиснутог беса на повезаност стреса у вези са послом и хипертензијом. Истраживање на рандомизованом узорку показало је да се хипертензија појављује чешће код радника који сузбијају свој бес; она је снажније повезана са осећањем неизвесности у вези са послом, незадовољством сарадницима и могућностима за унапређење статуса код ових радника. Интеракција између сузбијеног (потиснутог) беса и стреса везаног за посао је сигнификантни предиктор хипертензије, независно од утицаја старости, индекса телесне масе, пушења, коришћења алкохола, породичне историје хипертензије. Ови налази указују да вештине савладавања стреса, посебно експресија незадовољства, могу модификовати утицај стреса везаног за посао на хипертензију.

Хронични ментални стрес се може манифестовати на различите начине, а може да потиче из спољног окружења (земљотреси), из интеракције између појединца и околине (стрес везан за посао и рад), или из самог појединца. Све проспективне студије показују да стрес има неповољне ефекте на развој хипертензије и коронарне болести. Након великог земљотреса у Јапану регистровано је значајно повећање крвног притиска и смртности од инфаркта миокарда у периоду од неколико месеци после земљотреса. Напор везан за посао, дефинисан као комбинација ниске самоконтроле и високих захтева на послу, повезан је са повећањем крвног притиска, са ефектима на коронарну болест срца, посебно код мушкараца. Негативни афекти, манифестовани депресијом, анксиозношћу, бесом или непријатељством имају сличан ефекат на хипертензију и коронарну болест срца. Депресија се издваја као најважнија компонента у комплексу стресогених фактора у односу на кардиоваскуларне болести. Заједнички линк за све ове факторе је перципиран губитак контроле над окружењем (190).

Jonas, 1997. године, (191) наводи да утицај анксиозности и депресије на пораст ризика за хипертензију постоји. Висока анксиозност и висока депресивност могу се сматрати предикторима хипертензије и прописаног медикаментозног третмана у свим посматраним групама (у односу на расу, старост, пол, образовање, пушење, индекс телесне масе, алкохол, историју дијабетеса, мождане ударе или коронарне болести срца). Породична историја хипертензије повезана је са већим растом крвног притиска током менталног стреса, али само под условима високих стимулација код почетног излагања стресу. Ови резултати подржавају налазе до којих се дошло о већој кардиоваскуларној реактивности особа са високим ризиком



за хипертензију на лабораторијски стрес. Ускраћеност здравог и довољно дугог ноћног спавања води ка повећању крвног притиска, подизању активности симпатичког нервног система.

Gangwisch 2006. (192) је показао да сан у трајању од пет сати или краће значајно повећава ризик за хипертензију (релативни ризик је 2.10) код испитаника старости између 32 и 59 година; конфаундинг ефекат других варијабли (гојазност, дијабетес) само делимично утиче на смањење утицаја сна на повећање крвног притиска. Кратко спавање у продуженом периоду може бити значајан фактор ризика за хипертензију.

#### 1.4.2.2.3. Непроменљиви фактори ризика

Најважнији истраживани чиниоци из групе тзв. непроменљивих фактора ризика су генетски (наслеђе) и узраст, иако су не ређе истраживани и пол или раса.

Веома рано је уочено чешће јављање хипертензије у појединим породицама. Подаци говоре да око 25% крвних сродника има есенцијалну артеријску хипертензију. Истраживања су показала да је хипертензија три до четири пута чешћа, уколико су оба родитеља оболела од ове болести, а пет пута чешћа код оба близанца (193). Артеријска хипертензија је полигенски поремећај у чијем настанку постоји међусобна интеракција неколицине гена (194). На значај породичне историје хипертензије указују и резултати изнети у другим студијама (Kivimaki, 2009.) (166).

Wang, 2008. (195) налази да испитаници чији су родитељи хипертоничари имају више просечне вредности артеријског притиска него остали, али само у систоли. После елиминације ефекта других фактора (индекс телесне масе, конзумирање алкохола, пијење кафе, физичка активност, пушење) стопа ризика била је већа 1,5 пута код мушкараца чија је мајка била хипертоничар, 1,8 пута ако је отац био хипертоничар, односно, 2,4 пута ако су оба родитеља били хипертоничари, у односу на испитанике чији родитељи никад нису развили хипертензију. Рани почетак хипертензије пре 50 године старости родитеља, доказано је, увећава ризик за развој хипертензије код њихове деце 6,2 пута, односно, чак 20 пута ако су родитељи развили хипертензију у узрасту до 35 година.

Испитујући утицај породичне историје хипертензивне болести на развој хипертензије код потомака са високим нивоом стреса Light (196) је утврдио постојање интерактивног ефекта генетског наслеђа и високе осетљивости на стрес. Мушкарци са високим нивоом стреса (осетљивости на стрес) и позитивном породичном анамнезом (макар један хипертензивни родитељ) имају статистички значајно више нивое и систолног и дијастолног крвног притиска, седам пута већи ризик за хипертензију него испитаници чији су родитељи били нормотензивни и три пута већи ризик него испитаници који нису преосетљиви на стрес, чак и ако су њихови родитељи били хипертоничари.

Иако популационе студије демонстрирају важност утицаја социјалних, бихевиоралних и срединских фактора на ниво крвног притиска, они нису независни од генетских утицаја. Franceschini, 2009. (197) наводи да је генетски фактор, удружен са факторима спољне средине, одговоран и за варијације у индивидуалној осетљивости на факторе ризика. Са годинама живота расте и учесталост хипертензије, а утицај старости је добро изучен. Најчешћи разлози за развој хипертензије су генетска исцрпљеност организма, артериосклероза аорте и великих артерија, поремећај функције барорецептора и развој нефроангиосклерозе.

Резултати студија Anderson, 1999. (198) и Shapo, 2003. године (199) показују да је старост повезана са значајним повећањем преваленција хипертензије, а посебно систолног притиска после 60-те године. Више од 50% особа старијих од 70 година има систолно-дијастолну хипертензију (СЗО, 1995). Разлог оваквог стања је чињеница да се систолни притисак повећава током живота, паралелно са старашћу, док дијастолни притисак показује тенденцију раста тек после 55 године (146).

Loyd-Jones 2005. (200) налази да преваленција хипертензије и медикаментног третмана расту са узрастом испитаника, док је успостављање контроле статистички значајно лошије код старијих жена. Код мушкараца старости 60 до 79 година успостављање контроле постиже се у 36% испитаника, а код старијих (80 и више година) у 38% случајева. Код жена успостављање контроле над висином артеријског притиска постиже се у 38% код млађих, и у 23% испитаница најстаријег узраста. Апсолутни ризик за кардиоваскуларне догађаје значајно расте са нивоом притиска, нарочито код старијих. Учесталост великих кардиоваскуларних догађаја (срчани или мождани удар и друго) евидентира се код испитаника старих 80 и више година у 9,5% случајева код нормотензивних, 19,8% код прехипертензивних, 20,3% код хипертензије првог степена и 24,7% код хипертензије другог степена.

Артеријска хипертензија у развијеном свету чешће је болест мушког пола (NHANES студија - National Health and Nutrition Examination Survey in USA). Истраживања у Србији код одраслог становништва старијег од 25 година налазе да од хипертензије болује 29,8% мушкараца и 33,5% жена. Подаци СЗО говоре да су и компликације и морталитет од артеријске хипертензије такође учесталији код мушкараца (201).

Средње вредности крвног притиска код оба пола су сличне до 55 године живота. После менопаузе повећава се учесталост хипертензије код женског пола, тако да је повишен крвни притисак (систоли), чешћи код жена старијих од 60 година. Мушкарци до 60 године старости већ оболе од артеријске хипертензије; карактеристично за мушки пол је рано појављивање артеријске хипертензије (већ у четрдесетим годинама), раније него код жена. У неразвијеним подручјима артеријска хипертензија заступљенија је код жена (201).

Gaudemaris, 2002. (130) повезује већу преваленцу хипертензије и лошије успостављање контроле притиска под третманом код жена са нижим образовним нивоом, а код мушкараца са већим уносом алкохола и занимањем. Radil, 2005. (140) налази да су жене подложније утицају ризико фактора за хипертензију који су везани за занимање него мушкарци.

Артеријска хипертензија не штеди ни једну расу, ни једну нацију, нити етничку групу, иако се преваленца хипертензије разликује: 15,0-20,0% укупног становништва у САД има артеријску хипертензију. При томе, код црне расе преваленција хипертензије износи 21,2%, а код беле 13,0% (202). Разлике у заступљености артеријске хипертензије између расних и етничких група, објашњавају се високом преваленцијом фактора ризика за настанак кардиоваскуларних обољења код Американаца афричког порекла, као и необраћањем здравственој служби (социјално-економски разлози) све до развоја компликација узрокованих хипертензијом (202).

Colin Bell, 2002. године, (203) се бавила испитивањем етничких разлика у раширености хипертензије и утицајем етничких разлика на повезаност индекса телесне масе и хипертензије у Кини, на Филипинима и у САД. Резултати њених истраживања су показали да се виши индекс телесне масе може повезати са већом преваленцом хипертензије у свим етничким групама. Припадници црне расе и жене на Филипинима имају вишу преваленцу хипертензије независно од индекса телесне масе, у компарацији са особама беле расе и Американцима мексичког порекла.

Ordunez, 2005. год. (204) је утврдио виши ниво крвног притиска и већу преваленцу хипертензије у групи жена које нису беле расе (24%) у поређењу са групом жена беле расе (15%). У групи мушкараца нису опсервиране варијације према етничкој припадности. Утицај психосоцијалних стресора испољава се у специфичном културном контексту, а ризик за хипертензију доводи се у везу са нижим нивоима едукације.

Brown, 2006. (205) објашњава етничке разлике у патогенези хипертензије физиолошким специфичностима црне и беле расе, пре свега разликама у ренин-ангиотензин систему, који се мења старењем, што се одражава и на разлике у третману.

### 1.4.3. Последице хипертензије

Последице хипертензије процењују се показатељима морталитета, морбидитета, показатељима квалитета живота и економским показатељима.

Популациона истраживања, спроведена широм света, као и контролисани клинички експерименти, показали су да артеријска хипертензија оштећује ендотел крвних судова и отвара врата атерогенези (склероза услед хиперплазије глатких мишића и везива крвних судова).

Услед артеријске хипертензије долази до развоја срчаних компликација као што су хипертрофија леве коморе, срчана инсуфицијенција, аритмија, коронарне склерозе са инфарктом миокарда (инфаркт миокарда је четири пута чешћи код артеријске хипертензије). Веома честе последице артеријске хипертензије су и цереброваскуларни инсулти манифестовани као исхемија, крварења или инфаркти можданог паренхима (осам пута су чешћи код оболелих од артеријске хипертензије). Као веома честе последице артеријске хипертензије регистроване су и бубрежне компликације. Оне се манифестују као трајна протеинурија, или као бубрежна инсуфицијенција. Компликације се дакле, могу јавити на различитим органима или системима. Поред тога, хипертензија има додатни утицај на развој болести као што су мождани и срчани удар, друге кардиоваскуларне болести и болести бубрега.

Све то утиче на висок морбидитет, ограничену радну способност и неспособност за рад, апсентизам, инвалидитет, пораст директних и индиректних трошкова здравствене заштите, превремену смртност тј. висок морталитет радно способног становништва. Упркос томе, последице хипертензије на популационом нивоу најчешће се анализирају индикаторима морталитета у коме ова болест учествује.

СЗО процењује се да ће до 2020. године укупан број умрлих од болести срца и крвних судова нарасти до 25 милиона људи годишње (129). У првој деценији 21. века болести срца и крвних судова чине 30% свих узрока смрти у свету; у Европи ове болести учествују у структури морталитета са 52% свих узрока смрти (128,129,206).

Кардиоваскуларне болести у Републици Србији представљају узрок смрти за близу 60.000 лица годишње, што представља преко 55% свих смртних случајева. По стандардизованој стопи морталитета од кардиоваскуларних болести (већој од 520/100.000 становника) Србија се од 2008. године сврстава у групу земаља са високим ризиком умирања од болести срца и крвних судова. Иако у првој деценији 21. века стандардизоване стопе морталитета од кардиоваскуларних болести статистички значајно опадају (201), стопа морталитета од кардиоваскуларних болести (I00-I99) у Србији је, у наведеном периоду међу највишим у Европи. Иако у структури укупног морталитета хипертензија као директан узрок смрти има релативно ниско учешће (1,1 до 4%); треба имати у виду да је хипертензија фактор ризика за скоро све друге кардиоваскуларне болести. У периоду 1998-2008. године на територији Србије евидентира се значајан пораст стопе умирања од болести чији је узрок хипертензија са 20,2 на 32,9 на 100.000 становника (201). Хипертензија је водећи ризико фактор повећане смртности, можданог и срчаног удара, кардиоваскуларних болести и болести бубрега. Високи крвни притисак је атрибутивни ризик код 62% цереброваскуларне болести и 49% исхемијске болести срца. Он је узрок смрти 7,1 милиона људи у свету или 13% од укупног броја умрлих (206). Повишен крвни притисак учествује у развоју коронарне болести са 13%, а редукција хипертензије доприноси смањењу морталитета од коронарне болести 7,5% (207).

Према резултатима истраживања исхемијска болест срца, церебро васкуларна болест, рак плућа, униполарна депресија и дијабетес чиниле су скоро две трећине укупног оптерећења рачунатог за 18 најчешћих поремећаја здравља у Србији 2000. године (208).

Последице хипертензије се такође разматрају и са становишта економских губитака и штета (трошкови лечења, боловања) које болест проузрокује. Последњих година све више

истраживања бави се доприносом хипертензије оштећењима квалитета живота код болесника.

Резултати економске анализе (АНА), показују да је у САД је 2006. године за дијагностику, амбулантно и болничко лечење оболелих од КВБ, укључујући и трошкове због губитка радне способности потрошено преко 430 милијарди долара (209). У нашој земљи сличних истраживања још нема.

Артеријска хипертензија је болест која се јавља са великом учесталошћу и производи значајне ефекте на здравље и живот заједнице, али и на квалитет живота. Сва досадашња истраживања указују да социјални (социокултурни, социоантрополошки, социоекономски) и бихевиорални чиниоци имају врло значајну улогу у настанку и развоју хипертензије. У центру истраживања код нас још је увек допринос понашања. Он се истражује проучавањем навика у исхрани, физичкој активности, постојању стреса, ризичног понашања (пушење, алкохол) и њихових ефеката на здравствени статус (гојазност, поремећај биохемијских параметара, атеросклероза, дијабетес, друга стања). При томе се пренебрегава да је понашање социокултурно условљено, баш као што је и социокултурно испољено.

Сагледавање доприноса понашања у контексту других релевантних чинилаца за настанак хипертензије (демографске и социјално-економске и културне карактеристике испитаника, утицаји средине) има велики значај, јер је понашање биолошки и социоеколошки детерминисано. Улога социјалне мреже и социјалне подршке у том смислу – нису довољно истражени (207).

#### **1.4.4. Могућности утицаја**

Глобална здравствена политика у документу СЗО "Здравље за све у 21. веку" предвиђа да се до 2020. године морбидитет, онеспособљеност и превремени морталитет од незаразних болести смањи на најнижи могући ниво, а код појединачних болести утврђени су квантификовани циљеви редукције. Код кардиоваскуларних болести стратегија здравственог развоја предвиђа да смањење смртност код особа испод 65 година најмање за 40%.

Генерално, проблем артеријске хипертензије је веома сложен и не може се решити изолованом терапијском активношћу здравствене службе, већ се у ту сврху мора применити заједничка интервенција мултидисциплинарног карактера, састављена од медицинских, као и низа немедицинских, различитих технологија, које удружене чине интервенцију на сузбијању или ерадикацији водећих фактора ризика за настанак ове болести. Посебно треба истаћи важност примене бихевиоралних и социјалних интервенција, које су усмерене на унапређење здравља и превенцију болести, код појединца, у популацији и заједници (207). Све указује на то да сузбијање фактора ризика нема алтернативу (207). Искуство Финске и северноамеричких земаља указује на супериорност интегрисаних превентивних стратегија над моно-стратегијама.

Примена интегрисане стратегије за превенцију и контролу хроничних незаразних болести у Финској, у току 25 година дала је значајне резултате - смртност од незаразних болести смањена је за више од 49% (2% годишње); морталитет од кардиоваскуларних болести смањен је за 68%, од коронарне болести за 73%, од малигнух болести за 44%, од карцинома плућа за 71%. Промене морталитета од кардиоваскуларних болести у Северној Карелији и Финској у целини од 1970.-2002. године биле су импресивне. Код мушкараца старости 35-64 године морталитет је смањен од 75% (у Финској у целости) до 82% (у Северној Карелији). Ово је постигнуто смањењем пушења са 52% на 31%, смањењем нивоа холестерола са 6,9 на 5,7 mmol/l, крвног притиска са 149/92 на 137/83 mmHg (207).

Стопе морталитета од кардиоваскуларних болести смањене су применом сличних стратегија и у другим, ваневропским земљама (САД, Канади, Аустралији). Редукција и контрола фактора повезаних са стилем живота и фактора спољне средине били су најважнији стратешки циљ превенције и контроле ових болести, па и хипертензије. У америчкој

популацији редукцијом просечне вредности крвног притиска на популационом нивоу за 5 mmHg, уз истовремену примену мера против гојазности, против неумереног уноса алкохола и соли, остварен је пад морталитета од тзв. "највећих убица" за 10% (209).

На темељу Финских искустава 2006. године развијена је Европска стратегија превенције и контроле незаразних болести. Она подразумева унапређење и заштиту здравља становништва превенцијом хроничних болести на интегрисан начин. То конкретно значи усредсређеност на четири водеће болести (кардиоваскуларне, малигне, хроничне плућне болести и дијабетес), четири водећа фактора ризика (пушење, исхрана, физичка активност, алкохол), четири биолошка фактора ризика (гојазност, хипертензију, високи холестерол у крви, поремећај метаболизма угљених хидрата), четири интегрисана приступа (редукција индивидуалног ризика, редукција популационог ризика, рационално коришћење примарне заштите и рефералног система), четири главне стратегије (развој политике, изградњу капацитета, праћење стања, дисеминацију информација и искустава) и унапређење четири социјално економска услова (сиромаштво, образовање, запошљавање, социјалне разлике) (128).

Свака земља без обзира на ниво својих ресурса има потенцијале да учини напредак у превенцији и контроли незаразних болести. Значајни резултати се могу остварити уз мале трошкове. У сваком случају корист далеко премашује уложена средства. Коришћење до сада запостављених ресурса какви су социјална мрежа и социјална подршка има у томе изванредан значај, наравно, уколико се покаже да ови ресурси корелирају са здрављем и квалитетом живота.

### **1.5. Преглед истраживања предиктора квалитета живота**

Квалитет живота детерминишу бројни чиниоци, а начин њиховог утицаја на оцену квалитета је веома комплексан. После пола века активног бављења квалитетом живота, истраживачи се слажу у томе да објективно постојање одређених ствари по себи није довољно за високу оцену квалитета, јер се он оцењује на бази перцепције, субјективно, у светлу циљева и очекивања које човек има од живота. С друге стране, живот појединца одвија се у миљеу који чини средина у којој егзистира, поставља циљеве и доживљава одређена постигнућа.

Социјална мрежа и подршка имају важну улогу у достизању вишег нивоа квалитета живота, како генерално, тако и у специфичним ситуацијама када долази до наглог урушавања квалитета живота. Тај пуферски ефекат социјалне мреже и подршке може да надомести велики број других чинилаца, уколико је мрежа развијена, подршка обезбеђена и пружена, тако да обезбеди не само задовољење одређених потреба и циљева, него и перцепцију сигурности и перспективе човека.

Утицај социјалне мреже и подршке важан је у свим периодима животног циклуса човека, али у одређеним околностима има много већи значај. Овај утицај најмаркантније долази до изражаја за време болести које трају и онеспособљавају човека, па су потребе за подршком много веће него иначе и у старости, када долази до комплетног психофизичког пропадања и развоја зависности човека од помоћи других људи.

Повезаност квалитета живота и социјалне подршке доказана је у великом броју истраживања у свету. Иако је неспорно утврђено да социјална подршка има значајан утицај на квалитет живота, скоро сва истраживања инсистирају на диференцијацији утицаја социјалне подршке у односу на друге варијабле које модификују њен утицај на квалитет живота. Наводи се читав низ варијабли које у већој или мањој мери могу увећати или умањити ефекат социјалне подршке, како у смислу директног, тако и у смислу пуферског деловања.

Варијације у нивоу квалитета живота, које су детерминисане разликама у социјалној подршци могу се довести у везу и са карактеристикама пацијената (личне демографске карактеристике, социоекономске карактеристике, карактеристике стила живота, здравствене карактеристике), карактеристикама болести, карактеристикама социјалне мреже (укључујући

и карактеристике средине и заједнице који на њу утичу).

Наведене варијабле утичу на квалитет двојако – директно, утицајем на разлике у очекивањима и оценама квалитета живота у светлу очекивања и – индиректно, модификујући социјалну подршку која има велики утицај на квалитет живота.

### **1.5.1. Карактеристике болесника као предиктор квалитета живота**

#### **1.5.1.1. Демографски фактори**

Међу демографским карактеристикама који се доводе у везу са разликама у квалитету живота, најчешће су истраживани утицаји старости и пола. Разлике у квалитету живота код испитаника који уживају различити ниво социјалне подршке испитиване су с претпоставком да се исте могу довести у везу и са демографским варијаблама (полом и/или старашћу). Мањи број раније рађених студија није нашао значајан утицај старости - O'Reilly, Thomas, 1989. (210), Но и сарадници, 1995. (211); новије студије налазе да допринос старости и пола постоји, иако није подједнак и правилан.

Студија O'Reilly и сарадника (210) бавила се испитивањем утицаја који имају карактеристике социјалне мреже и подршке на одржавање побољшаног кардиоваскуларног статуса, посебно испитивањем разлика које се могу довести у везу са демографским факторима. Иако је утврђено да се одржавање побољшаног кардиоваскуларног статуса може довести у везу са бројним карактеристикама социјалне мреже и подршке, модификујући утицај демографских карактеристика није потврђен.

Истраживањем задовољства животом и фактора који га детерминишу бави се и студија коју су радили Но и сарадници (211). На репрезентативном узорку старих утврђено је да узраст није примарни чинилац који детерминише разлике у задовољству животом. Као најважнији фактор који детерминише разлике у квалитету живота старих, ово истраживање издвојило је карактеристике социјалне мреже (бригу рођака); одређени утицај имају и здравље и приходи адекватни животним трошковима.

Pinquart, 2001. (212) налази да се разлике у здрављу / квалитету живота ипак могу довести у везу са старашћу, иако оне нису правилне, нити се могу генерализовати на све аспекте (димензије) здравља. На бази мета-анализе више студија повезаности субјективног (самопроцењеног) здравља са индикаторима објективног здравља, Pinquart (212) закључује да је повезаност субјективног здравља више изражена у односу на физичко (соматско) здравље, него у односу на функционисање старих. Корелација субјективног здравља са физичким здрављем и функционисањем слабија је код старијих категорија старих, него код млађих категорија старих испитаника. Повезаност субјективног здравља са менталним здрављем снажнија је код старијих категорија старих.

Сличне налазе о утицају старости износи и Gulick, 2001. (213), на бази истраживања разлика у самопроцени емоционалног дистреса које се могу довести у везу са личним особинама и социјалном подршком, као и ефектом ових разлика на квалитет живота (функционисање у свакодневним животним активностима) код старих оболелих од мултипле склерозе. Лични атрибути показали су се као важне медијаторске варијабле ефеката социјалне подршке на емоционални дистрес и функционисање (квалитет живота). Демографске варијабле, пре свега старост, али и друге (едукација, дужина трајања болести) показују континуиран утицај у свим анализама.

Истражујући различите аспекте социјалног функционисања старијих особа које добијају мање пажње и њихову повезаност са продужењем живота у властитој кући колико је год дуже могуће, Фински истраживачи Arve, Lavonius, Savikko, Lehtonen, Isoaho, 2009. (214) трагају за факторима који подржавају одржавање самосталног живота старијих људи у својим домовима

и смањење ризика од превременог умирања. Једна од полазних идеја била је да се дуже преживљавање у властитом дому може довести у везу са полом.

На почетку студије праћења, која је трајала 10 година (1991-2001.) анкетирани су, а потом прегледани сви становници града Турку у Финској, рођени 1920. године. На крају истраживања (2001.), израчунате су стопе смртности у овој популацији. Анализа је показала да се смањени ризик смртности може повезати са женским полом, упражњавањем дневне (физичке) активности на отвореном и непостојањем потреба за помоћи из различитих извора. Смањеном ризику смртности код жена доприноси непостојање потребе за помоћи и присуство позитивних ставова према животу. Код мушкараца нема конзистентних налаза о утицају различитих фактора на смањење смртности, изузев постојања планова за будућност. Код оних који имају перцепцију перспективе, смртност је значајно мања.

Налази ове студије нуде корисне путоказе за планирање услуга кућне неге. У планирању ових услуга, важно је да здравствени радници узму у обзир полне разлике између жена и мушкараца: мушкарци имају потребу за битно другачијим услугама кућне неге од жена.

Истраживање утицаја демографских варијабли на разлике у социјалној подршци дијабетичара у Корамбаду 2008. (Ghasemipoor, Ghasemi, Zamani, 2010.) (215) такође је потврдило хипотезу о повезаности социјалне подршке и демографских варијабли (старост, пол).

Студија чије су резултате публиковали Asfar и сарадници, 2007. (216) имала је за циљ да истражи и упореди детерминанте самопроцене здравља одраслих мушкараца и жена у Алепу, у Сирији. Odds ratio здравља процењеног као лоше и нормално, у односу на одлично, израчунато је одвојено за мушкарце и жене, коришћењем логистичке регресије. Аутор наводи да жене чешће него мушкарци оцењују своје здравље као лоше. Старији мушкарци и жене, са два или више хроничних здравствених проблема, који имају испаде у функционалној способности – чешће процењују своје здравље лошијим. Важне родно специфичне детерминанте лоше самопроцењеног здравља укључују брак, низак социоекономски статус, а недостатак социјалне подршке код жена, односно, пушење и ниску физичку активност код мушкараца. Asfar и сарадници (2007.) закључују да повезаност са узрастом и постојећим хроничним обољењима изгледа универзална и вероватно одражава природни процес старења. И друга истраживања која су рађена раније, утврдила су постојање полних разлика у социјалној подршци (14,32,52,217). Жене више обезбеђују социјалну подршку (14,39) другима и више су ангажоване у својим друштвеним мрежама (15,62).

Докази су такође подржали идеју да жене могу бити бољи провајдери социјалне подршке (14,39) Поред тога што су више укључене у давање подршке, жене су такође чешће тражиоци социјалне подршке у настојању да изађу на крај са стресом (14,52,62). Социјална подршка може бити кориснија код жена. Тејлор и њени сарадници сматрају да ове разлике у друштвеној подршци произилазе из биолошке разлике између мушкараца и жена у томе како они реагују на стрес (бежање или борба vs. склањање или склапање пријатељства) (63).

Детерминанте самопроцене здравља разликују се код мушкараца и жена и вероватно наглашавају основне културне норме и родне улоге у друштву. Разумевање локалног контекста самопроцене здравља и њених детерминаната у оквиру преовлађујуће културе је важно за прилагођавање интервентних програма усмерених на побољшање здравља чланова сиријског и других арапских друштава (заједница), истичу Asfar и сарадници (216).

На допринос родних разлика указују и истраживачи који повезују већу преваленцу хипертензије код жена са нижим образовањем (Gaudemaris, 130), факторима ризика у вези са занимањем (Radi, 140), ређим обраћањем здравственој служби (Kannel, 202) и другим карактеристикама социјалне подршке који карактерише женску популацију.

### 1.5.1.2. Образовање

У раној фази истраживања квалитета живота, образовање је често било у фокусу истраживачког интересовања. Данас, оно се истражује као део обележја које обликује социјално-економску позицију и перспективу испитаника.

Студија чије су резултате публиковали Von dem Knesebeck и Geyer, 2007. (218) бавила се односима емоционалне подршке и самопроцене здравља код старих у 22 земље ЕУ, с полазном претпоставком да се они могу довести у везу са едукацијом. Студија је имала три специфична циља: да објасни повезаност између едукације и емоционалне подршке, повезаност између емоционалне подршке и самопроцене здравља и утврди да ли се повезаност између едукације и самопроцене здравља може објаснити емоционалном подршком. Мултипла логистичка регресија утврдила је позитивну (директно пропорционалну) повезаност емоционалне подршке са едукацијом код жена и мушкараца у већини Европских земаља. Међутим, разлике у самопроцени здравља које варирају у зависности од емоционалне подршке код жена и мушкараца у већини Европских земаља - не могу се објаснити едукацијом.

Истраживање социјалне подршке у популацији дијабетичара у Корамбаду 2008. (Ghasemipour, Ghasemi, Zamani, 2010.) (215) утврдило је постојање статистички значајне повезаности социјалне подршке са демографским (старост, пол), али и социјално економским (посао, образовање) или здравственим карактеристикама (трајање болести). Образовање има веома важан утицај међу чиниоцима, чији је предиктивни утицај потврђен.

Hawkey, Hughes, Waite и сарадници, 2008. (219) тестирали су концептуални модел усамљености. Предмет њиховог интересовања био је начин на који социјални структурални фактори утичу на перцепцију квалитета односа у мрежи и усамљеност, у којој мери су повезани социо-демографски фактори и усамљеност, како се варијације у усамљености могу објаснити преко карактеристика социо-економског статуса, физичког здравља, социјалних улога, изложености стресу, преко карактеристика (величине, густине) социјалне мреже и субјективног доживљаја квалитета односа у њој.

Образовање и приход су негативно повезани са усамљеношћу; постоје расне/етничке разлике у усамљености. Повезаност прихода и усамљености најбоље се може објаснити постојањем брака; позитивни брачни односи дају највећи степен заштите од усамљености. Независни фактори ризика за усамљеност укључују мушки род, физичко здравље, симптоме хроничног радног и/или друштвеног стреса, малу друштвену мрежу, недостатак брачног поверења и лош квалитет друштвених односа.

Истичући значај образовања, велики број истраживача хипертензије наводи да се она јавља са већом учесталошћу код ниже образованих. Ниво образовања детерминише културолошке (социо-антрополошке), социјално-економске, а често и интелектуалне (когнитивне) разлике које се могу повезати са положајем у социјалној мрежи и социјалном подршком која се добија (130-135). Ниво образовања детерминише разлике у разумевању инструкција и могућности успостављања сарадње оболелог са лекаром ("compliance"), што води развоју болести и настанку компликација (136,137). На ову повезаност између преваленце кардиоваскуларних болести и нивоа образовања указују и други (138,139), али је истраживање чије је резултате објавио Vargas (138) најупечатљивије у том смислу. Он је утврдио да су разлике у образовању независне од утицаја старости, индекса телесне масе, места живљења (пребивалишта).

Највећу преваленцу хипертензије код испитаника старијих од 60 година најнижег образовања Regidor, 2006. (133) објашњава као одраз најниже социјалне класе; нарочито код жена.



### 1.5.1.3. Економска позиција

Економску позицију обликује више обележја: запосленост, приходи, довољност прихода и сл.

У студији задовољства животом старих Кинеза у Хонг Конгу, коју су урадили Но и сарадници (211), утврђено је да су социјално-економски фактори важне детерминанте задовољства животом. Са високим нивоом задовољства животом, Но и сарадници (211) повезали су велики број других социјално-економских фактора са квалитетом живота: припадност вишим социјалним класама и нивоима едукације, приход довољан за покриће животних трошкова, задовољство условима живота, хришћанска вероисповест, добра социјална подршка, партиципација у социјалним активностима. Регресија је идентификовала постојање два или више рођака и терцијарну едукацију као позитивно асоциране факторе, док су приход неадекватан да покрије животне потребе (трошкове), незадовољство са животним условима, неучествовање у религијским групним активностима и висок скор депресивних симптома – негативно асоцирани фактори.

Истраживање социјалне подршке у популацији дијабетичара у Корамабду 2008. Ghasemipour, Ghasemi, Zamani, 2010. (215) утврдили су постојање статистички значајне повезаности социјалне подршке са бројним социјално економским карактеристикама, укључујући и образовање.

Ostberg и Lennartsson, 2007. (220) су објавили резултате истраживања the Level of Living Survey, рађеног 2000.године, у Шведској, на национално репрезентативном узорку популације (5.053 одрасле особе старости 18–75 година). Ова студија испитивала је укупну и релативну важност различитих облика социјалне подршке за здравствене проблеме у општој популацији, као што су депресија, проблеми са циркулацијом, и само-процена општег здравља. Ресурси подршке састоје се у пријатељству које обезбеђује емоционалну, инструменталну и информативну врсту социјалне подршке. Истраживање је потврдило претпоставку да је доступност економске подршке важна као и други ресурси подршке, да има сличан значај, без обзира на брачни статус, друштвену класу, саму економску ситуацију.

Истражујући ефекте организације и врсте посла на појаву и развој хипертензије, Radi, 2005. (140) је утврдио да се они снажније изражавају код жена, него код мушкараца, али се нижа социјална подршка на послу не може повезати са хипертензијом ни директно, ни индиректно (утицајем на организационе ризико факторе).

Иако се превасходно проучава са аспекта предиктора материјалног положаја, утицај посла на укупну друштвено-економску позицију важан је колико и утицај образовања. Запосленост и занимање нису само извор прихода, него и обележје социјалног статуса, које одређује место у социјалној мрежи и социјални капитал.

Gaudemaris (130) је утврдио да се разлике у преваленцији и третману хипертензије могу довести у везу са категоријама занимања. Виши ниво крвног притиска и лошије одржавање терапеутске контроле Gaudemaris је утврдио код испитаника у категоријама „нижих“ занимања, али само код жена. Лошија контрола притиска под третманом повезана је са високим уносом алкохола и нижим категоријама занимања код мушкараца. Неједнакости у преваленцији хипертензије перзистирају; преваленција је већа, а успостављање контроле над висином притиска под третманом лошије код нижих класа (категорија) занимања.

Morenoff (134) анализира ефекат суседства у коме људи живе и услове живота као показатељ економске позиција на разлике у преваленцији хипертензије. Овај аутор је утврдио да је хипертензија статистички значајно и обрнуто пропорционално повезана са различитим карактеристикама лоше социјално економске позиције. Овај налаз илуструје се разликама у преваленци хипертензије код црних и белих Американаца, као и у односу на образовање.

Diez Roux, 2002. (139) (Atherosclerosis Risk In Communities Study) анализира лонгитудиналне промене крвног притиска са старењем и испитује разлике које постоје у

различитим социјалним групама у индустријским земљама. Он је такође утврдио да је ускраћеност у многим социоекономским димензијама повезана са већим ризиком за развој хипертензије. Пораст систолног притиска обрнуто је пропорционалан са социоекономском позицијом код мушкараца и већи је код најнижих категорија социјално-економске позиције.

У другом истраживању (140) утврђено је да мушкарци који показују висок ниво безнађа на почетку студије имају три пута већу шансу да постану хипертензивни у периоду праћења, него други. Испитаници који показују умерени степен безнађа немају сигнификантно већи ризик за хипертензију.

Matthews (131) тврди да су од иницијалног социјално-економског статуса за настанак и развој хипертензије важније промене у социјално-економском статусу током 10 година. Он наводи да је промена социјално-економске позиције јачи предиктор хипертензије него карактеристике (лошег) социјално-економског статуса *per se*.

#### 1.5.1.4. Здравствене карактеристике

Здравље, односно здравствени потенцијал је најдиректнија детерминанта квалитета живота. Са високим нивоом задовољства животом, Но и сарадници (211) повезали су велики број здравствених карактеристика: способност функционисања (функционалну независност), добру самопроцену здравља, добар слух и вид, способност обављања дневних активности, обим физичке активности, одсуство периодичних падова, низак скор депресије. Регресија је идентификовала висок скор депресивних симптома као негативно асоцирани предиктор задовољства животом.

Gulick (213) се бавио самопроценом емоционалног дистреса и истраживао разлике које се могу довести у везу са личним особинама и социјалном подршком, као и њихов ефекат на функционисање у активностима дневног живота. Он је утврдио да се ефекат социјалне подршке на емоционални дистрес региструје, чак и када нема утицаја на функционисање (активности дневног живота). Други аутори доводе у везу разлике у социјалној подршци са карактеристике основне болести. Истраживање социјалне подршке у популацији дијабетичара у Корамбаду 2008. Ghasemipoor, Ghasemi, Zamani, 2010. (215) утврдили су постојање статистички значајне повезаности социјалне подршке са здравственим карактеристикама (трајање болести).

#### 1.5.1.5. Стил живота

Најшире је познато да се стил живота може директно повезати са здравственим потенцијалом људи. Кад је реч о хроничним болестима, пре свега хипертензији, важност стила живота детаљно је описана у претходним поглављима. Социјална подршка стилу живота који води развоју здравственог потенцијала и вишем квалитету живота, у том смислу, веома је значајна. Зато је разумљиво да се овим бави велики број истраживања детерминаната квалитета живота.

Утицај физичке активности и гојазности на настанак и развој хипертензије код нормотензивних веома је добро осветљен (135, 142, 145, 147, 155, 156, 159, 161-164, 166, 168, 170). Сва истраживања доводе физичку активност и гојазност са социјално економским карактеристикама испитаника, као што су (ниже) образовање, (лошије) занимање, (нижи) приходи, (лошија) социјално-економска позиција и перспектива. Много мање истраживача бави се утицајем социјалне мреже и подршке на физичку активност и рекреацију хипертоничара, као и ефектима на квалитет живота.

Првих година 21. века у Индији је спроведено национално истраживање о утицају социјалне подршке на партиципацију старих у рекреативним активностима, на физичку активност старих и њихову перцепцију благостања (221). Налази ове студије наглашавају

важност социјалне подршке која долази од пријатеља учешће у рекреативним, физичким активностима старих људи. Налази указују да породична подршка и подршка пријатеља, заједно, имају позитиван ефекат на перцепцију благостања код старих људи. Следећи важан налаз је позитивна веза између породичне социјалне подршке за релаксацију и нивоа животног задовољства.

Ирско истраживање здравог старења из 2012. године чији су резултати публиковани у раду *Ní Mhaoláina* и сарадника (87) налази да су за животно задовољство и успешно старење, ментални и емоционални статус старих особа, као и њихов ангажман у физичким активностима важни колико и физичка функционална способност. Задовољство животом мерено је индексом задовољства животом (LSI-A). Задовољство животом је субјективна експресија благостања успешног старења. Они наводе да је субјективно благостање главна детерминанта здравствених исхода код старих људи.

Холандска кохортна студија (*Croezen* и сарадници, 2012.) чији су резултати публиковани недавно (222) бавила се истраживањем повезаности позитивног и негативног искуства у социјалној подршци са тренутним и будућим факторима животног стила, факторима биолошког ризика и самопроцене здравља и менталног здравља после 10 година праћења. Социјална подршка мерена је упитником социјалних искустава. Здравље је процењивано преко неколико индикатора као што су преваленца пушења, употребе алкохола, обим и карактеристике физичке активности, унос воћа и поврћа, прекомерна телесна тежина, хипертензија, хиперхолестеролемија, самопроцена општег и менталног здравља. Најнижа терцила позитивних искустава социјалне подршке повезана је са преваленцом и инциденцијом лошег менталног здравља. Низак ниво позитивних искустава социјалне подршке био је повезан само са тренутно ниским уносом воћа и поврћа. Највиша терцила негативних искустава социјалне подршке такође је повезана са преваленцом и инциденцијом лошег менталног здравља. Негативно искуство социјалне подршке асоцирано је са актуелним индикаторима као што су преваленца пушења, преваленца физичке неактивности, прекомерном тежином и ниским оценама самопроцене здравља, као и са будућом ексцесивном употребом алкохола, физичком неактивношћу и лошом самопроценом здравља.

Позитивно и негативно искуство социјалне подршке асоцирано је са преваленцом и инциденцијом лошег менталног здравља. Позитивна искуства социјалне подршке имају ефекат добробити на стил живота и здравље старих, а негативна искуства могу утицати у супротном смеру – негативно.

*Poortinga, Dunstan* и *Fone*, 2008. (223) испитују да ли се локусом контроле могу објаснити разлике у само-процени здравља испитаника различитог друштвено-економског положаја. Истраживање варијација у локусу контроле различитих социо-демографских група и заједница различитог социо-економског нивоа бави се утврђивањем ефекта који локус контроле има на одговарајући здравствени исход код појединца и заједнице различитог социјално-економског нивоа. Примењујући моделовање као метод, истраживачи су утврдили да је локус контроле значајно повезан са самопроценом здравља. Локус контроле модификује здравствене ефекте неких карактеристика индивидуалног социјално-економског статуса, у мањој мери и неких карактеристике социо-економског статуса заједнице.

Социјална подршка за разоноду (SSL) и физичко вежбање била је предмет истраживања *Sasidharan* и сарадника (2006.) (224). Закључци ранијих истраживања сугеришу да социјална подршка значајно доприни остваривању бољих здравствених исхода код старијих особа. Мало се зна о односу здравља и добробити старијих одраслих у зависности од количине и врсте социјалне подршке коју добијају за активности у слободно време, односно социјалне подршке за разоноду (SSL). У овој студији испитује се утицај извора социјалне подршке за разоноду (подршка чланова породице, пријатеља и познаника) на учешће у физичким активностима и ниво благостања, односно, задовољства животом, стрес и опште здравље код старијих одраслих особа (узраста 50 и више година).

Социјална подршка за разоноду испитивана је уз помоћ the Social Support for Exercise Behaviors Scale на коју су одговарали чланови породице и пријатељи. Испитаницима је постављено 12 питања о подршци коју пружају, а њихови одговори су вреднована на 6-то степеној Ликертовој скали. Самопроцена задовољства животом мерена је коришћењем једног аитета ("Ја сам задовољан својим животом"), на скали задовољства животом, коришћењем седмостепене Ликертове скале са категоријама одговора у распону од "не слажем се" до "у потпуности се слажем".

Налази студије наглашавају важност социјалне подршке која долази од пријатеља за релаксацију и учешће у рекреативним физичким активностима старих људи. Налази откривају да су породична подршка и подршка пријатеља заједно имају позитиван ефекат на перцепцију благостања код старих људи. Следећи важан налаз је позитивна веза између породичне социјалне подршке за релаксацију и ниво животног задовољства.

### **1.5.2. Карактеристике болести као предиктор квалитета живота**

Све болести доводе људе у стање потребе за већом подршком околине. Хроничне болести потребу за подршком често чине трајном. Зато је њихов утицај на квалитет живота био чест предмет истраживања.

Резултати лонгитудиналне студија старења која је изведена у Амстердаму пред сам крај прошлог века (1999) о којима извештавају Penninx и сарадници (225) даје веома илустративне податке о детерминантама квалитета живота који се односе на болест. Penninx и сарадници (225) процењују утицај статуса хроничних болести и социјалне подршке на осећање усамљености код старих у Амстердаму. У овом раду анализиран је утицај бројних и различитих карактеристика социјалне мреже и подршке (величина социјалне мреже, варирања у социјалној подршци током времена и др). Карактеристике болести играју малу улогу у пријему инструменталне подршке и осећању усамљености код старијих особа оболелих од хроничних болести. Величина социјалне мреже и промене у емотивној подршци нису повезане са статусом болести. Једина разлика између здравих и оболелих од хроничних болести нађена је у пријему инструменталне подршке и усамљености. Карактеристике болести играју различиту улогу: већи осећај усамљености нађен је код особа које болују од болести плућа или артритиса, а већи пријем инструменталне подршке имају особе са артритисом и шлогом. До сличних закључака дошао је и Ashida, 2008. (226,229).

Резултати једне лонгитудиналне студије која је реализована у Шведској и описана у раду McCamish-Svensson и сарадника (227) приказују промене у социјалној мрежи и њихове ефекте на социјалну подршку у дубокој старости, заједно са утицајем који ове промене имају на задовољство животом старих. Здравље и задовољство контактима утичу на укупно задовољство животом код испитаника старости 83. године. На основу овога се може закључити да је однос социјалне подршке и задовољства животом код старих комплексан и мултидимензионалан.

Истраживање детерминаната задовољства животом (87), спроведено у оквиру Ирске студије здравог старења, бавило се утврђивањем фактора који се могу сматрати предикторима благостања код старих људи који живе у заједници. Благостање се у овом истраживању мерило степеном задовољства животом. Студија је испитивала однос између задовољства животом и физичких, психичких, когнитивних и демографских варијабли. Резултати овог истраживања показали су да се депресија, усамљеност, неуротизираност, екстровеерност, учешће у физичким активностима, узраст и самопроцена исцрпљености могу сматрати независним предикторима задовољства животом у кохорти старих. Ментални и емоционални статус старих особа, као и њихов ангажман у физичким активностима су важни колико и физичка функционална способност за животно задовољство и успешно старење. Ове области репрезентују кључне циљеве за интервенцију.

У истраживању рађеном на узорку заједнице становника Амстердама (2.788 мушкараца и жена старости 55 до 85 година) у оквиру Лонгитудиналне студије старења чије су резултате објавили Penninx, Van Tilburg, Kriegsman и сарадници (225), процењује се утицај статуса хроничних болести, величине социјалне мреже, промена у подршци, усамљености на квалитет живота. У фокусу студије је испитивање разлика у величини социјалне мреже, функционалној социјалној подршци и усамљености код старијих особа са различитим врстама хроничних болести. Резултати овог истраживања указују да величина социјалне мреже и промене у емотивној подршци нису повезане са статусом болести. Једина разлика између здравих и оболелих од хроничних болести нађена је у пријему различите количине инструменталне подршке и усамљености. Карактеристике болести играју различиту улогу: већи осећај усамљености нађен је код особа које болују од болести плућа или артритиса, а већи пријем инструменталне подршке је нађен код особа са артритисом и шлогом.

Barry, Kasl и сарадници, 2006. (228) испитују социјалну подршку и њен ефекат на промене у квалитету живота у вези са здрављем 6 месеци после коронарног бајпаса. У проспективној студији која је реализована на кохорти 1.164 пацијената подвргнутих првом САВГ, код 1.072 (92%) учесника просечне старости 65.7 година урађен је интервју (на отпусту из болнице и шест месеци касније). Предмет интервјуа била је перципирана инструментална и емоционална подршка и промене у менталном здрављу и физичком функционисању израчунате као разлике вредности SF-36 на отпусту и шест месеци касније. У фокусу истраживања било је питање да ли доживљај социјалне подршке може предвидети промене у квалитету живота у вези са здрављем, које су исказане као промена у менталном здрављу и физичком функционисању, шест месеци после уградње коронарног бајпаса (САВГ).

У обради података коришћена је stepwise линеарна регресија, прилагођена у односу на квалитет живота у вези са здрављем, демографске варијабле и клиничке карактеристике болесника. Истраживање је показало да инструментална подршка може бити предиктор позитивних промена у менталном здрављу. Промене су већа код пацијената који су имали ниске вредности скорa менталног здравља пре уградње бајпаса. Међутим, ни једна варијабла социјалне подршке није предиктор промена у физичком функционисању.

### **1.5.3. Социјална мрежа и подршка као предиктор квалитета живота**

На основу проучавања литературе могло би се рећи да социјална подршка има јак и независан утицај на здравље и квалитет живота испитаника. Међутим, друге варијабле у одређеној мери могу модификовати снагу овог утицаја.

#### **1.5.3.1. Карактеристике социјалне мреже**

Ostberg и Lennartsson (220) су објавили резултате истраживања the Level of Living Survey, рађеног 2000. године, у Шведској, на национално репрезентативном узорку популације (5.053 одрасле особе старости 18–75 година). Ова студија испитивала је укупну и релативну важност различитих облика социјалне подршке за здравствене проблеме у општој популацији. Ресурси подршке фокусирају разлике у карактеру и састоје се у постојању пријатеља који обезбеђују емоционалну, инструменталну и информативну врсту социјалне подршке. Здравствени проблеми су депресија, проблеми са циркулацијом и само-процена општег здравља. Логистичком регресијом утврђено је да се број ресурса подршке може повезати са варијацијама у статусу свих испитиваних здравствених проблема.

Друштвене мреже старијих људи са породицом и пријатељима могу да утичу на коришћење здравствених услуга од стране старијих особа. Нејасно је да ли постоје разлике у ефектима специфичних мрежа (са децом, другим рођацима, пријатељима и повереника) и укупне друштвене мреже на коришћење заштите у установама нижих нивоа и домовима за

негу. Ово је био предмет испитивања проспективне лонгитудиналне кохортне студије реализоване у Аустралији на узорку 1.477 људи старости 70 и више година у току девет година праћења. Giles и сарадници 2007. (228) урадили су анализу ефеката специфичних и укупних друштвених мрежа на коришћење услуга, прилагођено разликама у здрављу учесника, демографским карактеристикама и начину живота у различитим друштвеним мрежама. Они извештавају да постојање већег броја људи "од поверења" у мрежи има протективни ефекат на коришћење услуга кућне неге. Постоје докази да је ефекат постојања деце у мрежи на коришћење кућне неге двосмислен. Учешће рођака и пријатеља у мрежи није предиктор коришћења кућне неге. Коришћење нижег нивоа резиденцијалне заштите није у релацији са социјалном мрежом било ког типа.

Истраживање емоционалне подршке, едукације и самопроцене здравља у 22 европске земље, чије су резултате публиковали Von dem Knesebeck и Geyer (218) бавило се, поред осталог, истраживањем повезаности између емоционалне подршке и здравља. Перцепција емоционалне подршке процењивана је преко доступности поверљивих особа са којима се могу дискутовати интимне и личне ствари. Самопроцена здравља је коришћена као здравствени индикатор. Емоционална подршка је позитивно повезана са самопроценом здравља. Разлике у самопроцени здравља које се могу довести у везу са емоционалном подршком код жена и мушкараца, у већини Европских земаља не могу се објаснити разликама у нивоу образовања. Иако се првобитно веровало да је подршка породице најзначајнији део социјалне подршке, за шта су постојали и одговарајући научни докази, транзиција друштвене мреже људи у 20, а нарочито у 21. веку учинила је претходна запажања релативним.

Истраживање De Belvis-а и сарадника, 2008. (221) бавило се испитивањем повезаности између друштвених веза и квалитета живота у вези са здрављем (HRQL). Рађено је на подзорку испитаника који чине стари са 60 и више година, настањени на територији региона Лацио; подаци су екстраховани из студије пресека која је рађена на национално репрезентативном узорку становништва у Италији, а односе се на период 1999–2000. У овом истраживању нађено је 40,4% старих ван брака; нађено је такође да 27,1% испитаника живе сами. С друге стране брак и живот у заједници повезани су са вишим скоровима квалитета живота, који се односе како на физичку, тако и на менталну компоненату.

Hawkley, Hughes, Waite и сарадници (219) су тестирали концептуални модел усамљености. Предмет њиховог интересовања био је начин на који социјални структурални фактори утичу на перцепцију квалитета односа у мрежи и усамљеност, у којој мери су повезани социо демографски фактори и усамљеност, како се варијације у усамљености могу објаснити преко карактеристика социо-економског статуса, физичког здравља, социјалних улога, изложености стресу, и, на крају, величином мреже и субјективног доживљаја квалитета односа у њој.

Образовање и приход су негативно повезани са усамљеношћу; постоје расне/етничке разлике у усамљености. Повезаност прихода и усамљености најбоље се може објаснити постојањем брака; позитивни брачни односи дају највећи степен заштите од усамљености. Независни фактори ризика за усамљеност укључују мушки род, физичко здравље, симптоме хроничног радног и/или друштвеног стреса, малу друштвену мрежу, недостатак брачног поверења и лош квалитет друштвених односа.

У студији задовољства животом старих Кинеза у Хонг Конгу, коју су урадили Но и сарадници (211), утврђено је да подршка обезбеђена од стране чланова породице игра улогу важног предиктора задовољства животом. Социјална подршка генерално игра важну улогу у обезбеђењу високог степена задовољства животом и има значајне здравствене ефекте. У том смислу посебно се апострофирају ефекти породичне подршке на здравље њених чланова.

Студија O'Reilly и Thomas (210) се бавила испитивањем односа између одржавања побољшаног кардиоваскуларног здравственог стања и социјалне мреже и подршке. Иако није утврђен утицај укупне социјалне подршке, ова студија је специфицирала разлике које се могу довести у везу са четири типа подршке обезбеђене са циљем редукције ризика. То су: давање

информација/савета, процена, емоционална подршка и доступна подршка. Већина ових разлика у подршци произлази из бројније мреже подршке идентификоване у групи испитаника чије се стање одржало. У односу на друге испитанике, социјална мрежа испитаника чије се стање одржало је више породично оријентисана и гушћа. Овим варијаблама може се објаснити 10% укупног варирања у обе групе.

Налази Индијске националне студије о утицају социјалне подршке рекреативним активностима на партиципацију старих у физичким активностима и њихову перцепцију благостања (224) потврђују да подршка породице и блиских пријатеља за учешће у релаксацији има позитивне ефекте на перцепцију благостања код старих. Ова студија открила је и позитивну повезаност подршке породице за учешће старих у активностима релаксације на једној и вишег нивоа задовољства животом, на другој страни.

За разлику од претходних истраживања, корелационе анализе једне лонгитудиналне студије која је реализована у Шведској и описана у раду McCamish-Svensson и сарадника (1999.) показују да ни подршка деце ни подршка пријатеља не доприноси квалитету живота код испитаника 80-83. године. Ова студија истраживала је ефекте промена у социјалној мрежи на социјалну подршку у дубокој старости, заједно са утицајем који ове промене имају на задовољство животом старих. Она је као предикторе квалитета живота издвојила здравље и задовољство контактима.

Међутим, налази поменуте лонгитудиналне студије (227) указују на то да се број пријатеља смањује значајно од 80 до 83. године, чак и код добро интегрисаних у породицу и круг пријатеља, а број испитаника који су навели да немају блиске пријатеље скоро се удвостручио у старосној групи од 80 до 83. год. Код испитаника који имају блиске пријатеље, контакти са њима повећавају се са годинама.

Социјална мрежа је снажно повезана са преживљавањем и другим здравственим исходима. Налази који се односе на ефекат социјалне мреже на исход у смислу неспособности и/или опоравка су неконзистентни. Утицајем социјалне подршке на преживљавање старих у десетогодишњем периоду праћења бавио се Giles, 2005. (231). Његови закључци потврђују ранија истраживања McCamish-Svenssona и других, да је утицај социјалне мреже и подршке лимитиран. (232)

Резултати студије коју су радили Mendes de Leon и сарадници (1999.) (232) у популацији старијих од 65 година у заједници New Haven су у том смислу веома интересантни. Ова студија се бавила испитивањем односа између социјалне мреже и настанка неспособности за обављање активности дневног живота и опоравком од неспособности. Укупна социјална мрежа је повезана са значајном редукацијом ризика од развоја ADL неспособности за обављање активности дневног живота и значајно повећава вероватноћу опоравка. Емоционална и инструментална подршка немају протективни ефекат социјалне мреже против болести, али су делимично повезани са њеним ефектом на побољшање опоравка. Варијабле социјалне мреже које се односе на рођаке и пријатеље су значајно повезане са инвалидношћу и ризиком опоравка, а односи са децом или старатељима - нису.

Истраживање De Belvis-a и сарадника (221) које се бавило истраживањем повезаности друштвених веза и квалитета живота у вези са здрављем (HRQL), утврдило је да се фреквентније комуникације (посете, телефон) са пријатељима могу повезати са вишим скоровима физичких и менталних компонената квалитета живота. Вишеструки логистичка регресиона анализа показала је да су ниски скорови физичког здравља повезани са ниском учесталашћу сусрета са родбином и животом далеко од родбине.

Лонгитудинална студија (234) која је реализована у Тајвану на национално репрезентативном узорку бавила се истраживањем односа између социјалне подршке и депресије. У овом истраживању, Chao, 2011. је анализирао утицај седам компонената социјалне подршке: величину социјалне мреже, састав мреже, учесталост социјалних контаката, блискост, врсту примљене подршке, помагање другима и задовољство друштвеном

подршком. Студија је непобитно доказала да мање симптома депресије имају испитаници који имају већу социјалну мрежу, ширу мрежу, већу учесталост контаката, живе у породици са сином и снајом, примају инструменталну, емоционалну и финансијску подршку, пружају финансијску и краткорочну инструменталну подршку другима, имају веће задовољство подршком. Са вишим нивоима депресије повезано је пружање услуга физичке бриге и заштите. Најмоћнији предиктор депресије старих је задовољство подршком.

### 1.5.3.2. Комуникације и односи у мрежи

Структуралне карактеристике мреже – величина, разноврсност, густина чворова, интактност мреже су свакако важне детерминанте подршке, односно квалитета живота људи. Као што је познато, најважнија функција социјалне мреже је социјална подршка. Испољавање ове функције у већој мери корелира са комуникацијама и односима који се остварују у мрежи индивидуалном перцепцијом добробити/подршке која се може очеивати из мреже, него од постојања мреже *per se*.

Квалитетом и разноврсношћу социјалних релација и њиховим ефектима на здравље бавила се NORA студија праћења. Структура социјалних односа мерена је фреквенцијом контаката са децом, унуцима и праунуцима, рођацима, блиским пријатељима, познаницима и комшијама, затим разноврсношћу социјалних релација (број типова социјалних контаката), телефонским контактима и партиципацијом у друштвеним догађајима. Функција социјалних односа мерена је преко инструменталне социјалне подршке. Функционална способност је мерена умором и потребом за помоћи у физичким активностима свакодневног живота.

Користећи се подацима ове студије Avlund (235) наводи да постоје велике промене у социјалним релацијама у старости, које резултују широким спектром различитих губитака и добитака; они широко варирају између испитаника различитог пола. Трагајући за узроцима ових варијација, он налази да су жене које су осећале умор у свакодневним активностима имале мање контаката са децом и друштвене односе који нису довољно разноврсни. И мушкарци и жене којима је потребна помоћ имали су недовољно разноврсне друштвене релације у односу на особе које су добро функционисале, без обзира на пол.

Важност комуникације наглашава и истраживање које су радили O'Reilly и Thomas (210). Истражујући утицај социјалне мреже и подршке на статус кардиоваскуларног система три године после престанка лечења, они су утврдили да је подршка која долази из породице најважнији чинилац који се може довести у вези са разликама и исходу; O'Reilly и Thomas су утврдили је ефекат породичне подршке већи код испитаника чије су социјалне мреже гушће, а контакти (комуникације) бројнији.

Односи у мрежи који резултују стресом су често окривљени као фактор високог ризика за хипертензију. О овоме говори велики број истраживача Sparenberger (151) Peters (183), Light (184), Carroll (185 и 186).

Истраживачи који нису могли доказати настанак хипертензије и поред варијација у висини крвног притиска код испитаника који трпе висок стрес у породици или на послу, објашњавају своје налазе пуферским ефектом социјалне мреже и подршке (151,185-187). Ови аутори закључују да се артеријска хипертензија не може повезати са стресом *per se*, него са механизмима на који се он купира. С друге стране, ефекти стреса на хипертензију и/или квалитет живота који настају као резултат социјалних интеракција у мрежи објашњава се на различите начине.

Light (184) истиче осетљивост на стрес који је фактор по себи. Анализа интеракције стреса, осетљивости на стрес и позитивне породичне историје хипертензивне болести показује да мушкарци са високим нивоом стреса, високом осетљивости на стрес и позитивном породичном анамнезом имају статистички значајно више нивое и систолног и дијастолног крвног притиска. Ефекат стреса настаје у интеракцији биолошких и социјалних механизма, у



чему социјална подршка може имати значајну улогу.

Ово се односи и на испољавање беса које настаје као резултат стреса. Bongard (188) наводи да испољавање беса зависи од социјалне ситуације. Отворено испољавање беса нарочито на послу је повезано са повећањем крвног притиска. Испитујући ефекте потиснутог беса у вези са послом и хипертензијом, Cottington (189) је закључио да се хипертензија појављује чешће код радника који сузбијају свој бес; она је снажније повезана са осећањем неизвесности у вези са послом, незадовољством сарадницима и могућностима за унапређење статуса код ових радника. Интеракција између сузбијеног (потиснутог) беса и стреса везаног за посао је сигнификантни предиктор хипертензије и лошег квалитета живота, независно од утицаја старости, индекса телесне масе, пушења, коришћења алкохола, породичне историје хипертензије и утицаја социјалне подршке. Ови налази указују да вештине савладавања стреса, посебно контрола експресије незадовољства, могу модификовати утицај стреса везаног за посао на хипертензију.

Већи број истраживача издваја депресију као најважнију компоненту у комплексу стресогених фактора у односу на кардиоваскуларне болести. Заједнички линк за све ове факторе је перципиран губитак контроле над окружењем (190). Jonas (191) наводи да анксиозност и депресија које настају као резултат интеракција у социјалној мрежи утичу на пораст ризика за хипертензију независно од расе, старости, пола, образовања, пушења, индекса телесне масе, алкохола, историје дијабетеса, можданих удара или коронарне болести срца.

Gangwisch (192) је утврдио да поремећаји сна (сан у трајању од пет сати или краће) значајно повећава ризик за хипертензију код одраслих испитаника старости 32-59 година; кратко спавање у продуженом периоду може бити значајан фактор ризика за хипертензију.

### **1.5.3.3. Перцепција социјалне повезаности и социјални капитал**

Постојање и развијеност мреже, комуникација и односи у њој као и задовољство односима и релацијама које су успостављене у мрежи су неспорно важни чиниоци. Последњих десетак година велики број истраживача инсистира на значају који има перцепција корисника социјалне подршке. Ова перцепција одражава њихову представу о томе колико су социјално интегрисани, односно, какву подршку могу добити из мреже. Неки чак тврде да је перцепција изгледа важнија од саме обезбеђене и пружене подршке, јер даје сигурност и перспективу која је за квалитет живота важна колико и актуелна ситуација. Овај комплексан појам данас се описује термином социјални капитал.

Социјални капитал је социолошки концепт који описује вредност социјалних релација и улогу сарадње и поверења у остваривању позитивних резултата. Термин се односи на вредности које се могу добити из друштвених веза.

Студија чије је резултате публиковао Ashida (229) истраживала је у којој мери се конструкти социјалне подршке и социјалне повезаности разликују у односу на структурне карактеристике друштвених мрежа и здравствено стање старијих особа. Иако је реализована на релативно малом узроку (126 испитаника), њени резултати су веома интересантни. Учестали контакти са члановима мреже су позитивно асоцирани са социјалном подршком. Густина мреже и чланови социјалне мреже који живе у близини су позитивно повезани са перцепцијом социјалне повезаности. Перципирана социјална повезаност је снажно асоцирана са здравственим статусом, док подршка сама по себи - није. У том смислу овај аутор сугерише важност одржања или развоја пријатељстава у старости.

Hawkey, Hughes, Waite и сарадници (219) тестирали су концептуални модел усамљености. Предмет њиховог интересовања био је начин на који социјални структурални фактори утичу на перцепцију квалитета односа у мрежи и усамљеност, у којој мери су повезани социо

демографски фактори и усамљеност, како се варијације у усамљености могу објаснити преко карактеристика социоекономског статуса, физичког здравља, социјалних улога, изложености стресу, и, на крају, величином мреже и субјективног доживљаја квалитета односа у њој. Образовање и приход су негативно повезани са усамљеношћу; постоје расне/етничке разлике у усамљености. Повезаност прихода и усамљености најбоље се може објаснити постојањем брака; позитивни брачни односи дају највећи степен заштите од усамљености. Независни фактори ризика за усамљеност укључују мушки род, физичко здравље, симптоме хроничног радног и/или друштвеног стреса, малу друштвену мрежу, недостатак брачног поверења и лош квалитет друштвених односа.

Ostberg и Lennartsson (220) су испитивали укупну и релативну важност различитих облика социјалне подршке за здравствене проблеме у општој популацији (депресију, проблеме са циркулацијом, процењен ниво општег здравља). Ресурси подршке фокусирају разлике у карактеру и састоје се у пријатељству које обезбеђује емоционалну, инструменталну и информативну врсту друштвене подршке. Утицај повезаности се одржава на здравствено стање. Имати некога за разговар о личним проблемима и неког за дружење су релевантни за здравље. Овај ресурс подршке показао је повезаност са свим здравственим проблемима, која се одржава и када се у анализу узму сви остали ресурси подршке и раније здравствено стање.

Обично се претпоставља да социјална подршка штити људе од искуства психолошког дистреса и побољшава благостање. Ранија истраживања показују да ефикасност социјалне подршке коју обезбеђују чланови породице и пријатељи варира током животног века. Модел фаза у задовољству животом и компензаторни процеси повезани са старењем дају објашњења зашто је то тако. Старост је чинилац који може предвидети и/или модерирати везу између перцепције функционалне и структуралне социјалне подршке и искуства са депресивним симптомима и усамљености. Старост је такође повезана са нижим стандардима односа, који омогућавају људима да очувају садржаје без обзира на опадање расположиве социјалне подршке.

Резултати студије Segrin, 2003. (236) показују да су социјална подршка чланова породице и деоба контаката са њима, а нарочито социјална подршка брачног друга или партнера, снажно и негативно повезани са психосоцијалним проблемима код млађе категорије старих. Старост је такође модерирајућа варијабла повезаности и усамљености. Старији људи су много више зависни од примања социјалне подршке из различитих извора у циљу одржавања осећаја благостања, него млађи. Ово потврђује "фазни модел задовољства животом" и истраживања о компензаторним процесима у вези са старењем.

#### **1.5.4. Утицај средине**

Развој социјалне мреже и остваривање подршке условљени су деловањем срединских фактора. Начин на који се формирају мреже, важност одређених чворова у њој, величина и густина мреже, односи у њој, начин комуникације, обим и врста подршке која се остварује у значајној мери одређена је социо-антрополошким (културним) обрасцима, традицијом, етничким карактеристикама, политичким и економским факторима, специфичним еколошким околностима. Европска стратегија превенције и контроле незаразних болести (128) класификује факторе из окружења као социоекономске, културне, политичке и еколошке детерминанте. Истраживања су потврдила постојање варијација у социјалној подршци и квалитету живота које се могу довести у везу са деловањем ових фактора.

Истраживање Baum-а и сарадника 2009. год. (237) на узорку популације у четири социоекономски различите поштанске зоне у Аделаиди, Аустралија, бавило се испитивањем локацијских разлика у само-процени здравља. Ова студија је анализирала утицај демографских и социјално-економских фактора, понашања у вези са здрављем, индивидуалног друштвеног капитала (постојања и развијености друштвених мрежа, подршке,

реципроцитета, поверења) и доживљаја кохезије и безбедности у суседству. Једине статистички значајне разлике у самопроцени здравља нађене су у вези са локацијом. Главни чинилац који генерише разлике у самопроцени здравља је перцепција кохезије и безбедности суседства. Перцепција кохезије и безбедности је нераскидиво везана за локацију

Hawkley, Hughes, Waite и сарадници (219) налазе да социјални структурални фактори утичу на перцепцију квалитета односа у мрежи и усамљеност. Они су утврдили да су личне карактеристике (као што су образовање и приходи) негативно повезани са усамљеношћу, иако постоје одређени допринос етничких фактора. Утицај средине је маргиналан.

## 1.6. Научни и јавноздравствени значај и препоруке

Повезаност квалитета живота и социјалне подршке доказана је у великом броју истраживања у свету. У свим истраживањима се инсистира:

- на диференцијацији утицаја социјалне подршке у односу на друге варијабле (родне, полне, демографске, срединске), које су културно сензитивне и специфичне за одређену средину и популациону групу;

- на спровођењу истраживања у локалној заједници, јер је генерализација закључака истраживања лимитирана утицајима који долазе из средине у којој се формира мрежа и остварује подршка. С друге стране и стандарди квалитета живота су различити, с обзиром на различита очекивања и циљеве који се постављају у различитим етничким групама.

Захтеви за истраживањима здравља и квалитета живота и утицаја социјалне подршке посебно су изражени када је реч о популацији старих. Разлог томе је постојање разлика у друштвено-економском положају ове старосне групе у различитим земљама, разлика у утицају који социјална подршка има код старих у односу на врсту и број болести од којих болују, као и различитом утицају на поједине аспекте здравља (соматско, психичко, социјално здравље).

Посебно се наглашава важност испитивања утицаја социјалне подршке на квалитет живота људи који болују од једне или више хроничних незаразних болести (хипертензија), као и особа са мултиморбидитетом (са више болести). Ове болести настају и развијају се под снажним утицајем понашања и фактора околине.

Познавањем утицаја социјалне подршке и мерама социјалног инжењеринга – утицајем на предикторе варијација у социјалној подршци које се одражавају на квалитет живота и обезбеђењем адекватне социјалне подршке старих - може се остварити боља контрола хипертензије у популацији старих и унапредити квалитет живота ове популације.

На жалост, у нашој земљи сличних истраживања није било.

## 2. Циљеви истраживања

Циљеви овог истраживања су да испита:

1. да ли индекси здравља и квалитета живота корелирају код старих људи који болују од хипертензије
2. да ли здравље и/или квалитет живота корелирају са индексом социјалне подршке код старих људи који болују од хипертензије.
3. да ли постоје разлике у утицају социјалне подршке на здравље и/или квалитет живота између испитаника који имају само хипертензију и испитаника који поред хипертензије имају још једну или више хроничних незаразних болести, и у чему се оне састоје.
4. која се обележја испитаника (демографске и социјално-економске варијабле), начина живота, здравља, породице, средине, могу довести у везу са одабраним индексом здравља и/или квалитета живота, у садејству са социјалном подршком; на тај начин утврдити предикторе здравља / квалитета живота и испитати важност коју има социјална подршка, а посебно утврдити:
  - 4.1. разлике у утицају социјалне подршке на здравље и квалитет живота између испитаника који живе у породици и изван породице,
  - 4.2. разлике у утицају социјалне подршке на здравље и квалитет живота између испитаника који живе у урбаној и руралној средини.

### 3. Хипотезе истраживања

У истраживање се ушло са следећим хипотезама:

1. Постоји статистички значајна повезаност оцена здравља и оцена квалитета живота старих који болују од хипертензије.
2. Постојање адекватне социјалне подршке резултира бољим квалитетом живота; социјална подршка која је оцењена вишим оценама статистички значајно је повезана са вишим оценама задовољства животом.
3. Постојање адекватне социјалне подршке резултира бољим здрављем испитаника; социјална подршка која је оцењена вишим оценама статистички значајно је повезана са вишим оценама здравља испитаника.
4. Стари који имају социјалну подршку вишег нивоа (веће вредности индекса социјалне подршке) имају боље здравље и виши квалитет живота (процењују своје здравље, односно, квалитет живота вишим оценама), без обзира на то да ли имају само хипертензију или поред хипертензије имају још једну или више болести.
5. Породична подршка директно утиче на квалитет живота. Стари који живе у породици, окружени већим бројем чланова домаћинства, у породици која се не може категорисати као дисфункционална, имају виши ниво социјалне подршке што корелира са бољим квалитетом живота.
6. Стари који живе у урбаној средини имају виши ниво социјалне подршке, што резултира и бољим квалитетом живота.

## **4. Метод истраживања**

### **4.1. Врста студије**

Ово истраживање припада групи епидемиолошких опсервационих студија, а урађено је по типу студије пресека (cross sectional study).

### **4.2. Популација, време и место истраживања**

Истраживање је спроведено у популацији становништва стално настањеног на територији града Јагодине. Према подацима Републичког завода за статистику, а на бази резултата пописа на подручју града Јагодине, 2012. године, живело је 13.136 становника старих 65 и више година. Према евиденцији Здравствене установе Дом здравља Јагодина, у 2012. години, у овој установи лечено је 9.703 пацијената старих 65 и више година са пребивалиштем на територији града Јагодине код којих је регистрована хипертензивна болест (Dg: I 10 - I 15). Истраживање је спроведено у периоду фебруар-март 2013. године, у просторијама Дома здравља, сеоским амбулантама и кућама и становима испитаника.

### **4.3. Јединице посматрања, узорак**

Јединице посматрања у овом истраживању су испитаници оба пола, старости 65 и више година који имају хипертензију (Dg: I 10 – I 15). У студију је методом случајног избора (таблице случајних бројева) укључено 253 испитаника, из популације болесника лечених од хипертензивне болести, а на основу документације (евиденције) Здравствене установе Дом здравља у Јагодини, који обезбеђује примарну здравствену заштиту на целој територији града. У истраживање су укључени само испитаници који могу самостално да попуне упитник.

### **4.4. Варијабле**

Потребни подаци прикупљени су упитником (Прилог 2), посебно развијеним за потребе овог рада, на бази искустава релевантних истраживања предиктора социјалне подршке, здравља и квалитета живота. Упитник има две целине.

Први део упитника чине питања која служе за прикупљање података о демографским и социјално економским карактеристикама испитаника (демографске карактеристике, социјално-економске карактеристике, карактеристике начина живота, здравствене карактеристике), карактеристикама породице и карактеристикама средине (места живљења).

Други део упитника садржи стандардизоване инструменте за мерење здравља, квалитета живота и социјалне подршке. Подаци о квалитету живота (оцена задовољства животом на скали од 0 до 10) и субјективна процена здравља (оцене здравља на скали од 0 до 100) које су дали испитаници третирани су као зависне варијабле. Подаци о социјалној подршци (оцена социјалне подршке – укупна социјална подршка, оцена перцепције доступне емоционалне и материјалне – инструменталне подршке, оцена потреба за подршком, оцена тражења подршке, оцена добијене подршке, оцена обезбеђене подршке, ефекат заштитног пуферовања) третирани су као независне варијабле. Све остале варијабле (демографске и социоекономске карактеристике испитаника, карактеристике стила живота, здравствене карактеристике испитаника) у овом раду третиране су као збуњујуће варијабле.

#### 4.4.1. Личне карактеристике испитаника

- Од демографских карактеристика испитаника у овом раду праћени су пол и старост.
  - Посматране социјално-економске карактеристике испитаника у овом истраживању су: образовање, занимање до пензионисања, дужина пензијског стажа, извор прихода, висина прихода из свих извора.
  - Посматрана обележја начина живота су: присуство религијских уверења код испитаника, упражњавање религијских ритуала (одласци у цркву), чланство у организацији, удружењу или клубу, садржај слободног времена, комуникација с рођацима и (ближим и даљим) пријатељима на недељном нивоу.
  - Здравствене карактеристике праћене су кроз ставове према здрављу, стилу живота (факторима ризика из понашања), здравственим (медицинским или биолошким) ризицима, стресу који испитаник има, болестима које су дијагностиковане, односу према здравственој заштити.
  - Ставови према здрављу анализирани су према процени одговорности човека за здравље и могућности утицаја на сопствено здравље.
  - Ризици из понашања анализирани су према бихевиоралним карактеристикама (навикама пушења, испијања кафе, конзумирања алкохола, навикама у физичкој активности, прекомерној исхрани и досољавању хране).
  - Здравствени ризици (који се у доступној литератури апострофирају и као "биолошки ризици") анализирани су према дијагностикованом повишеном крвном притиску, повишеном нивоу холестерола у крви, повишеном нивоу триглицерида у крви, повишеном нивоу шећера у крви и према гојазности.
  - Присуство стреса анализира се кроз постојање стресних догађаја. У ове сврхе коришћена је Holmes and Rahe stress scale (245), са 40 догађаја чији је стресни ефекат на старе доказан. Стрес је у овом истраживању анализиран кроз неколико обележја; то су: врста стресних догађаја, број стресних догађаја и укупна сума стреса (скор стресног ефекта свих стресних догађаја).
  - За самопроцену здравља коришћен је стандардизовани инструмент (Прилог 3: Дозвола EuroQol Group за коришћење) EQ-5D-5L (107); он се састоји од пет питања која тестирају покретљивост (мобилност), способност бриге о себи, могућност вршења уобичајених дневних активности, постојање болова (неудогности) и депресивности (анксиозности). Свако питање оцењивано је на петостепеној скали од један (најбоље могуће стање) до пет (најгоре могуће стање). Као индикатори позитивног здравља у овом истраживању коришћене су промене у понашању које воде остварењу пуног здравственог потенцијала. То су промене у физичкој активности, као и различити параметри менталног здравља (присуство осећања усамљености и оптимизма, промене у нарави).
  - Дијагностиковане болести анализирани су са аспекта могућности да наведе број и врсте болести од којих тренутно болује, укључујући и однос према њој (да ли се лечи или не), као и болести које је имао раније, заједно са односом према њој сада.
  - Однос према здравственој заштити анализиран је са становишта процене друштвене бриге о здрављу, процене доступности и приступачности здравствених услуга, као и са аспекта коришћења специјалистичке здравствене заштите.
- Категорије свих одговора добијених као примарни податак из упитника, као и категорије трансформисане у току обраде приказане су прилогу 4.

#### 4.4.2. Породичне карактеристике

Породичне карактеристике су праћене на основу података о брачном стању, броју деце, члановима породичног домаћинства с којима испитаник живи, односима са децом и

укућанима.

#### **4.4.3. Карактеристике места живљења**

Истраживане су карактеристике места живљења (тип насеља), као и услови становања, и то: објекат у коме живи, површина стамбеног простора, одвојен спаваћи део од дневног боравка и тоалета, прикључак на електромрежу, водовод и канализацију, начин на који се објекат греје, поседовање радио апарата, телевизора, телефона и интернета.

Све горе наведене варијабле из групе карактеристика испитаника - демографске, социјално-економске, начин живота, здравствене (ставови према здрављу, ризици из понашања, биолошки ризици, однос према здравственој заштити, болести), затим карактеристика породице и карактеристика средине у којој испитаник живи имају карактер независних варијабли.

У независне варијабле спада такође и социјална подршка, дефинисана специфичним индексом (вредностима на Берлинској скали социјалне подршке). Она ће бити описана у наредном поглављу.

#### **4.4.4. Социјална мрежа и подршка, здравље и квалитет живота**

##### **4.4.4.1. Социјална мрежа**

Социјална мрежа је у ово истраживање сагледавана индиректно, преко различитих карактеристика испитаника и његове породице. Социјалну мрежу описују карактеристике као што су брачни статус, број деце, број чланова домаћинства, структура домаћинства у коме испитаник живи, квалитет односа испитаника и његових укућана, број блиских рођака и пријатеља са којима комуницира бар једном недељно, број даљих рођака, комшија и колега с посла с којима комуницира бар једном недељно, било да се посећује или комуницира телефоном.

##### **4.4.4.2. Социјална подршка**

Социјална подршка је много комплекснији ентитет. У овом истраживању он се сагледава на два начина:

- структурално (предмет процене су структуралне могућности за добијање подршке кроз интегрисаност испитаника у различите друштвене структуре) и
- функционално (предмет процене је непосредно остваривање подршке, кроз емотивну, материјалну, информативну и инклузивну подршку).

У оба наведена случаја, социјална подршка се сагледава као објективни (добијена социјална подршка) и субјективни параметар (процена расположивости социјалне подршке у случају потребе).

За процену социјалне подршке коришћени су:

А) стандардизовани инструмент - Берлинске скале социјалне подршке, која служи за функционалну евалуацију социјалне подршке (82). Овај приступ мери доступност услуга социјалне подршке.

Овај инструмент има шест психометријских скала са укупно 48 аитема којима се мери:

1. перцепција доступне емоционалне (4 аитема) и материјалне – инструменталне подршке (4 аитема),



2. потреба за подршком (4 аитема),
3. тражење подршке (5 аитема),
4. добијена подршка (15 аитема, од којих 9 мери емоционалну подрку, 3 инструменталну, 2 информативну подршку, а 1 задовољство подршком),
5. обезбеђена подршка (14 аитема, од којих 9 мери емоционалну подрку, 3 инструменталну, а 2 информативну подршку).
6. ефекат заштитног пуфровања (6 аитема).

Наведеним скалама мери се перцепција подршке (емоционалне и инструменталне), потреба за подршком, тражење подршке, евалуира се управо добијена подршка и мери ефекат пуфровања којим резултира добијање подршке. Скалама су обухваћене све когнитивне, афективне и бихевиоралне димензије социјалне подршке (емоционална, инструментална, информативна и подршка дружењем).

Одговори испитаника вредновани су са 1 (не слажем се), 2 (донекле се не слажем), 3 (донекле се слажем) и 4 бода (сасвим се слажем). Неки аитеми вредновани су позитивним, а неки негативним бодовима.

Укупна вредност израчунава се као збир вредности свих одговора или као средња вредност. Унутар скала може се посебно рачунати вредност одређене димензије (нпр. емотивне подршке или инструменталне подршке), аспекта (позитивног или негативног) или се сваки део подршке (потреба, тражење, пружање) може оцењивати засебно.

Б) различити параметри социјалне мреже, за структуралну евалуацију социјалне подршке, пре свега процену социјалног капитала.

Социјални капитал се дефинише као могућности за остваривање бенефита кроз укљученост у друштвене структуре. Као параметар социјалне интеграције, социјални капитал представља индикатор приступачности социјалне подршке.

За процену социјалног капитала коришћене су различите варијабле:

- карактеристике начина живота испитаника (религиозност, одласци у цркву, укљученост у рад клубова и организација, број блиских рођака и пријатеља с којима одржава недељну комуникацију, број даљих рођака, комшија и колега с посла с којима одржава недељну комуникацију, садржај слободног времена);
- здравствене карактеристике испитаника (перцепција обезбеђене бриге институција у локалној заједници);
- породичне карактеристике (брачно стање, број деце, број чланова породичног домаћинства, структура домаћинства, односи с укућанима);
- срединске карактеристике (услови становања, доступност алтернативних канала комуникације).

#### **4.4.4.3. Здравље (квалитет живота у вези са здрављем)**

Здравље (квалитет живота у вези са здрављем, здравствено релевантни квалитет живота) оцењује се применом стандардизоване скале EQ-5D-VAS (107). Ова скала садржи 10 могућих категорија на скали од 0 (најгоре могуће) до 100 (најбоље могуће стање). Наведени инструменти широко се користе за процену здравља и квалитета живота. Њихова инструментална вредност (валидност, сензитивност и специфичност) је доказана. Стога ће ово обележје имати карактер примарне исходишне варијабле, заједно са индексом субјективног благостања.

#### 4.4.4.4. Квалитет живота

За мерење вредности квалитета живота у овом истраживању коришћена је SWB скала (скала за самопроцену субјективног благостања) (94). Испитаници су своју процену уносили на скали од 0 (најгори могући квалитет живота) до 10 (највиши могући квалитет живота). Наведени инструмент широко се користи за процену квалитета живота у Европи. Инструментална вредност (валидност, сензитивност и специфичност) овог инструмента је доказана. Стога ће ово обележје имати карактер примарне исходишне варијабле, заједно са индексом EQ-5D-VAS.

#### 4.5. Статистичка обрада података

Потребан број испитаника (253 јединица посматрања) израчунат је на основу анализе снаге студије коришћењем G Power програма и параметара снаге студије за средњу јачину утицаја. Иако је висок степен корелације између социјалне подршке и квалитета живота, односно, социјалне подршке и самопроцене здравља утврђен у другим истраживањима на узорку од 120 испитаника, са снагом студије преко 90%, што указује на велику јачину утицаја социјалне подршке, наведени параметри коришћени су да би се планираним анализама могли открити и други предиктори квалитета живота са мањим утицајем на квалитет живота и здравље (219, 221, 246).

Резултати су приказани кроз:

- а) опис узорка, на бази расподеле учесталости испитаника у категоријама,
  - обележја испитаника: демографских, социјално-економских обележја, обележја начина живота, здравствених карактеристика (ставови о здрављу, стил живота-ризици из понашања, биолошки ризици, стрес, здравствено стање, дијагностиковане болести, здравствена заштита),
  - обележја породице испитаника,
  - обележја средине.
- б) опис дескриптивних статистичких параметара - аритметичка средина ( $X$ ), стандардна девијација ( $SD$ ), коефицијент варијације ( $Cv$ ), медијана ( $Med$ ), стандардна грешка ( $SE$ ), најниже и највише вредности параметра ( $Min$ ,  $Max$ ) социјалне подршке и
- ц) опис дескриптивних статистичких параметара - аритметичка средина ( $X$ ), стандардна девијација ( $SD$ ), коефицијент варијације ( $Cv$ ), медијана ( $Med$ ), стандардна грешка ( $SE$ ), најниже и највише вредности параметра ( $Min$ ,  $Max$ ) самопроцене здравља и квалитета живота, за цели узорак и по категоријама демографских, социјално-економских обележја, обележја начина живота, здравствених карактеристика, породичних и срединских карактеристика.

За статистичку обраду добијених резултата коришћен је комерцијални програмски пакет SPSS 13.0 for Windows.

За тестирање разлика у нивоу квалитета живота и здравља између категорија независних обележја коришћени су непараметријски тестови – Mann Whitney и Kruskal Wallis тест.

За тестирање повезаности нивоа квалитета живота, нивоа здравља и нивоа социјалне подршке коришћени су тестови корелације (Pearson).

За елиминисања ефекта колинеарности и смањење броја варијабли чији се предиктивни утицај испитује коришћена је факторска анализа. Ова анализа је повезала деловање одређеног броја колинеарних варијабли у факторе и издвојила најзначајније, са највећим факторским оптерећењем. Са таквим – трансформисаним варијаблама ушло се у испитивање предиктивног утицаја на квалитет живота и здравље.

Однос између зависне варијабле (нивоа квалитета живота, односно оцене задовољства животом) и независних варијабли (социјалне подршке и фактора који су селектовани факторском анализом и репрезентују карактеристике испитаника, породице и средине), испитиван је мултиплом линеарном регресијом. На бази резултата ове анализе конструисани су модели повезаности потенцијалних предиктора.

## 5. Резултати

Резултати истраживања подељени су и приказани у четири дела.

Прву целину чине подаци о узорку на коме је реализовано истраживање, као и карактеристике предмета истраживања – социјалне подршке, здравља и квалитета живота.

Карактеристике испитаника, његовог здравља и здравствене заштите, као и карактеристике породице и средине у којој живи приказане су дистрибуцијом фреквенција у категоријама посматраних обележја. Оцене здравља приказане су и описане дескриптивним статистичким параметрима резултата самопроцене испитаника на скали EQ-5D-VAS. Оцене квалитета живота приказане су и описане дескриптивним статистичким параметрима резултата самопроцене испитаника на скали субјективног благостања (SWB).

Другу целину чине резултати испитивања корелације две скале – (скале здравља, скале квалитета живота у вези са здрављем) и скале субјективног благостања, која је коришћена као мерило квалитета живота.

У трећем делу приказани су резултати анализе разлика у квалитету живота у категоријама варијабли које описују испитаника (демографске, социјално-економске, здравствене), његову породицу (домаћинство) и средину у којој живи. У овом делу такође су приказани резултати анализе повезаности скале здравља и скале социјалне подршке, односно скале квалитета живота и скале социјалне подршке, на целом узорку.

У четвртном делу овог поглавља приказани су резултати анализе потенцијалних предиктора квалитета живота. Ову целину чине налази факторске анализе која је послужила селекцији група испитаника са заједничким карактеристикама (факторима) и резултати мултипле регресије и корелације, која је коришћена за селекцију предиктора квалитета живота.

### 5.1. Опис узорка

#### 5.1.1. Демографске карактеристике испитаника

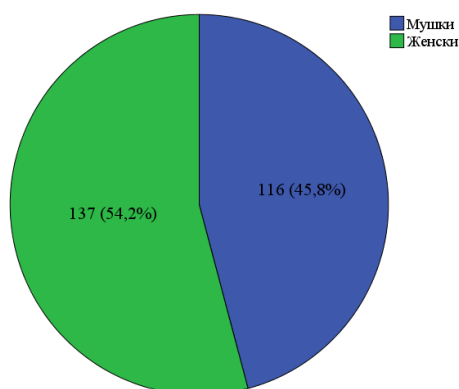
У истраживању које је спроведено било је 54,2% жена и 45,8% мушкараца (графикон 1).

Просечна старост испитаника у узрасту била је 74,94 +/- 6,127 године. Најмлађи испитаник имао је 65 а најстарији 92 године (Med 75 година).

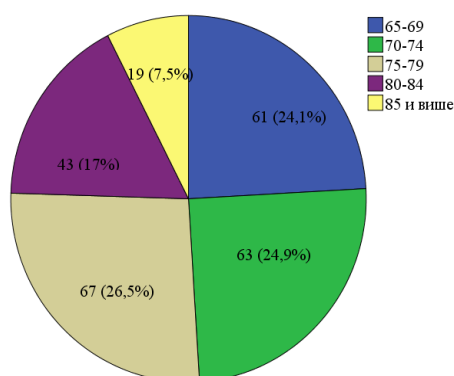
Број испитаника по старосним категоријама кретао се од 24,1% (у старосној категорији 65-69 година) до 26,5% (у старосној категорији 75-79 година); ове три категорије чине три четвртине узорка.

Последњу четвртину чине испитаници старости 80-84 године (17%) и старији, 85 и више година – 7,5% (графикон 2).

Графикон 1. Расподела испитаника по полу

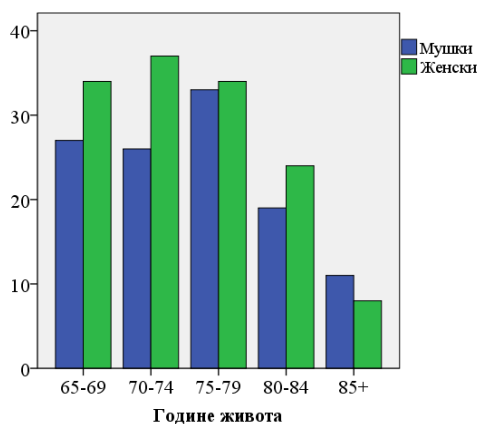


Графикон 2. Расподела испитаника по узрасту

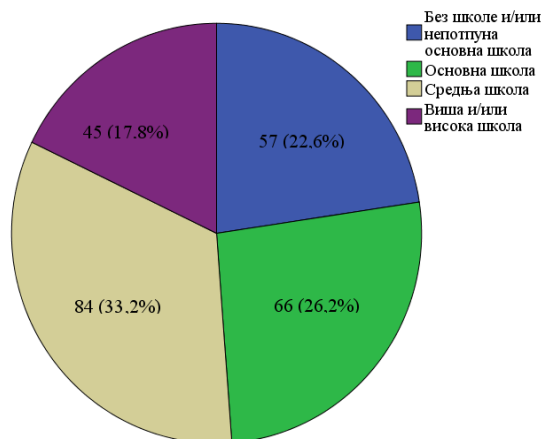


Расподела испитаника по два основна демографска обележја – полу и старости - показује да је учешће жена веће у свим старосним категоријама, изузев у две најстарије, где примат преузимају мушкарци (графикон 3).

**Графикон 3. Расподела испитаника по полу у старосним категоријама**



**Графикон 4. Расподела испитаника по нивоу образовања**



### 5.1.2. Социјално-економске карактеристике испитаника

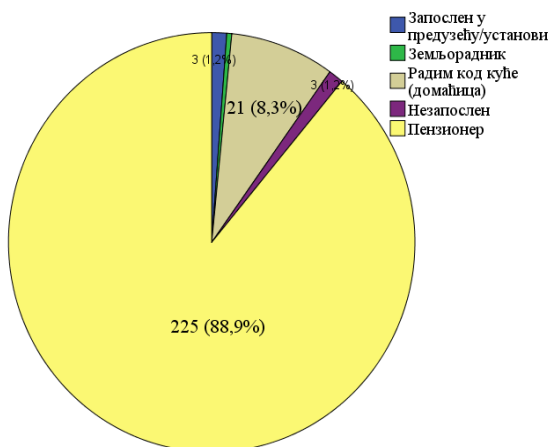
Највећи број испитаника у узорку има средње образовање (33,2%), а најмање више или високо (17,8%) (графикон 4).

Највећи број испитаника је у пензији (88,9%), односно актуелно не спада у категорију "радних људи" (графикон 5).

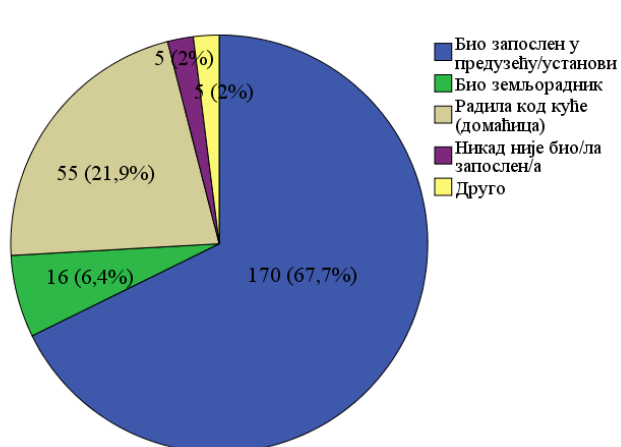
Највећи број испитаника био је запослен у предузећу/установи (67,7%) (графикон 6).

Највећи део испитаника (75,3%) је у пензији 11 и више година; следи категорија 6 до 9 година (13,2%), док је учешће других категорија мање од 5% узорка и креће се од 3,1% (у пензији мање од 1 године) до 4,8% (у пензији 3 до 5 година).

**Графикон 5. Расподела испитаника по актуелном занимању**

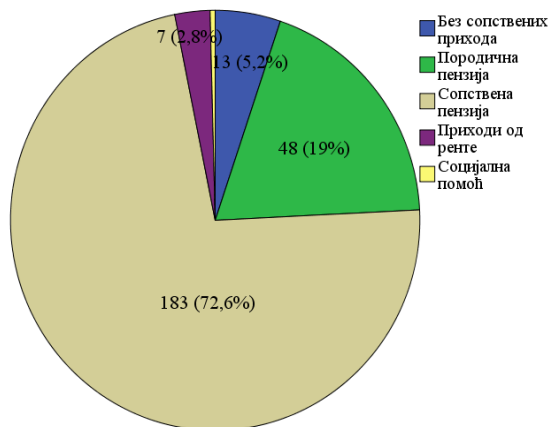


**Графикон 6. Расподела испитаника по занимању пре пензионисања**

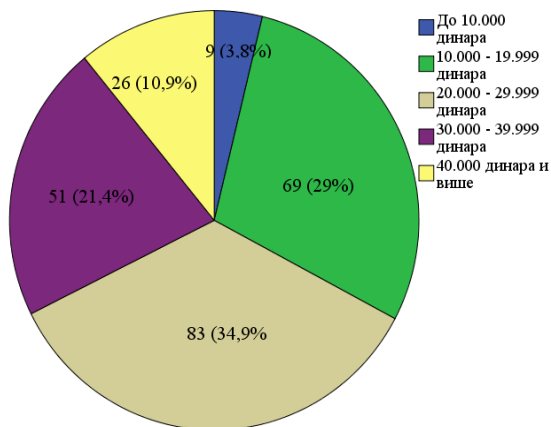


Испитаници који живе од ренте и они који имају сопствену пензију (лица са приходима) чине скоро три четвртине узорка (75,4%) (графикон 7).

**Графикон 7. Расподела испитаника по извору прихода**



**Графикон 8. Расподела испитаника по висини месечног прихода**

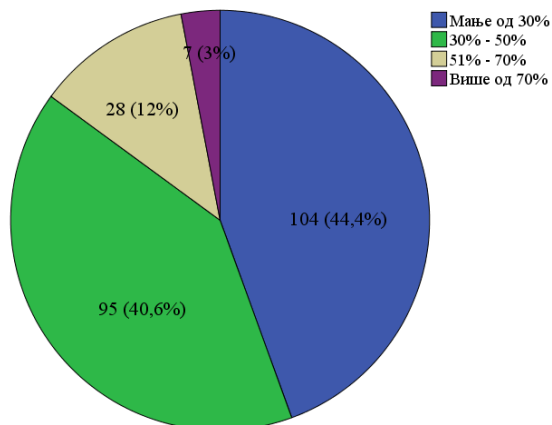


По висини прихода, најбројнију групу чине испитаници који имају на располагању 20-29.999 динара месечно (34,9%), а затим 10-19.999 динара месечно (29%). Насиромашнији (са месечним приходима до 10.000 динара) учествују у структури узорка са 3,8% (графикон 8). Испитаници који на храну троше 30-50% прихода чине 40,6% узорка; 44,4% испитаника троши на храну мање од 30% прихода које има (графикон 9).

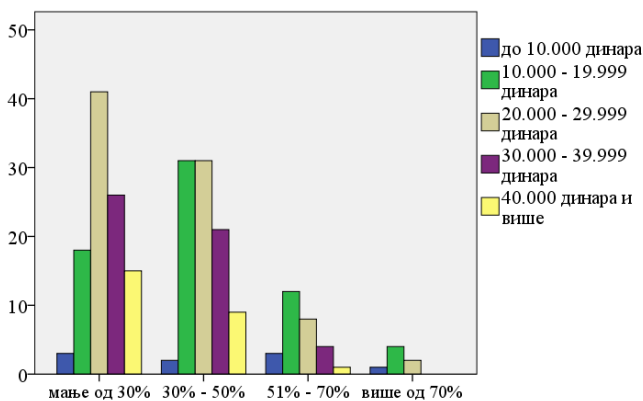
На графикону 10 приказан је међуоднос две варијабле из групе социјално-економских обележја испитаника (висина прихода, део прихода који троши на исхрану).

Из графикона се може видети да сиромашнији троше на храну највећи део својих прихода, што се и могло очекивати.

**Графикон 9. Расподела испитаника по висини прихода који троши на исхрану**



**Графикон 10. Расподела испитаника по висини прихода у категоријама дела прихода који троши за исхрану**

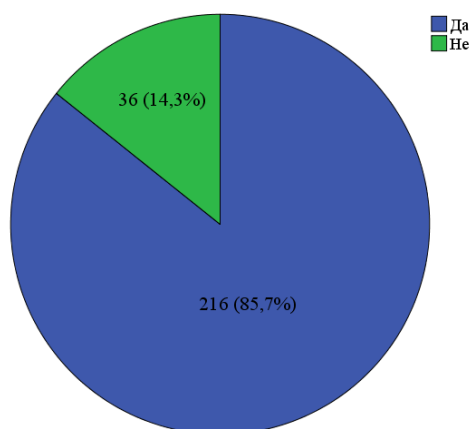


### 5.1.3. Карактеристике начина живота испитаника

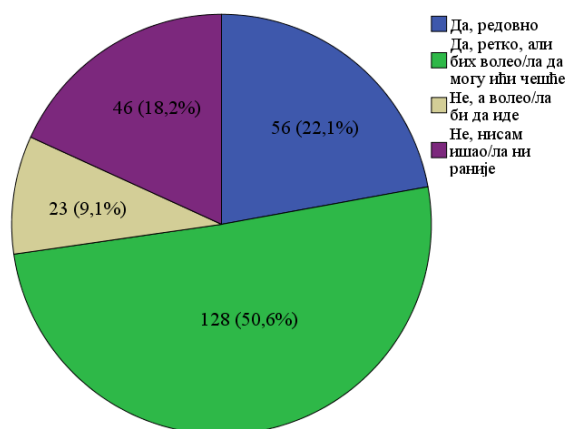
Испитаници се изјашњавају као религиозни у 85,7% случајева (графикон 11).

Испитаници који упражњавају религијске ритуале (иду у цркву) чине 72,7% узорка; мањи део то чини редовно (22,1%), а већи део ретко, иако би волео да то чини чешће (50,6% узрока). У цркву не иде 18,2% испитаника, јер то није чинио ни раније (графикон 12).

**Графикон 11. Расподела испитаника по религиозности**



**Графикон 12. Расподела испитаника по редовности одласка у цркву**



На графикону 13 приказани су укрштени подаци о два важна обележја – религиозност и посећивање цркве.

**Графикон 13. Расподела испитаника по религиозности у категоријама редовности одласка у цркву**

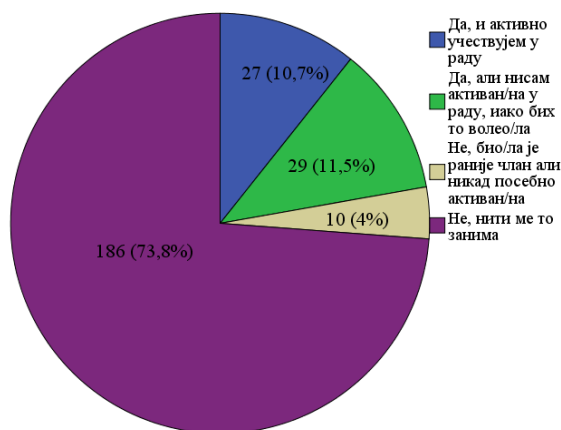


Испитаници који су актуелно чланови неке организације чине нешто преко петине узорка. Скоро три четвртине испитаника нису чланови ни једне организације, нити их то занима (73,8%) (графикон 14).

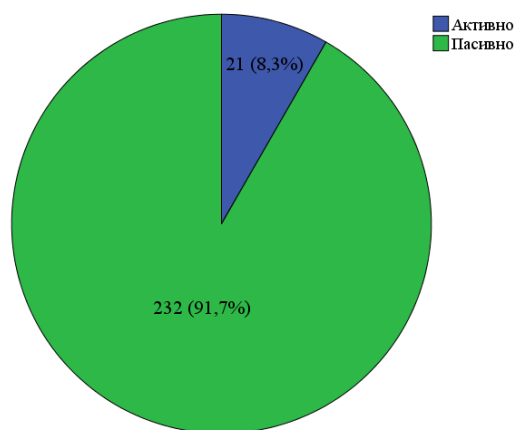
Слободно време највеће број испитаника (91,7%) проводи пасивно (гледајући ТВ, читајући новине, књиге, играјући друштвене игре, не радећи ништа). Садржај слободног времена 8,3% испитаника испуњен је активношћима: рад у пољу, рад у кући и око куће, брига о кућним љубимцима, хоби, дружење.

Више од девет десетина испитаника (91,7% узорка) проводи слободно време пасивно (графикон 15).

**Графикон 14. Расподела учесталости испитаника по чланству у организацији**

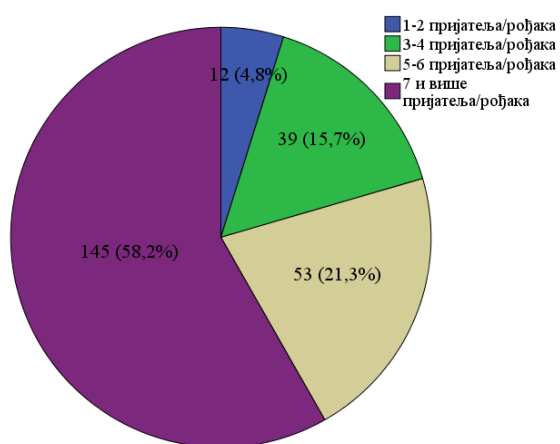


**Графикон 15. Расподела учесталости испитаника по садржају слободног времена**

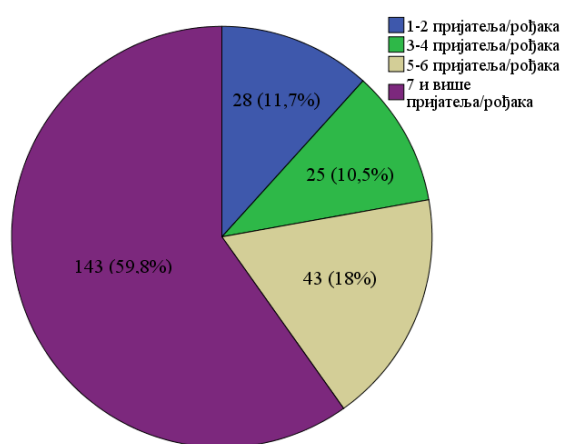


Следећа два обележја описују други (ближе рођаке, најбоље пријатеље) и трећи круг (даље рођаке, комшије, колеге с посла) социјалне мреже и комуникације испитаника у њој. Једног до два блиска рођака и/или пријатеља има 4,8% испитаника; 15,7% испитаника има три до четири, пет до шест рођака и/или пријатеља има 21,3% узорка, а 58,2% испитаника има седам и више блиских рођака и/или пријатеља, са којима комуницира бар једном недељно (графикон 16).

**Графикон 16. Расподела учесталости испитаника по броју чланова II круга социјалне мреже**



**Графикон 17. Расподела учесталости испитаника по броју чланова III круга социјалне мреже**



На недељној бази (бар једном недељно, уживо или телефоном), са један до два даља пријатеља, комшија и/или колега с посла комуницира 11,7% испитаника; са три до четири пријатеља, комшија и/или колега с посла комуницира 10,5% испитаника, са пет до шест - 18% испитаника. Остали (59,8% узорка) комуницирају са седам или више пријатеља, комшија и/или колега с посла недељно, било да се чује телефоном или посећује (графикон 17).

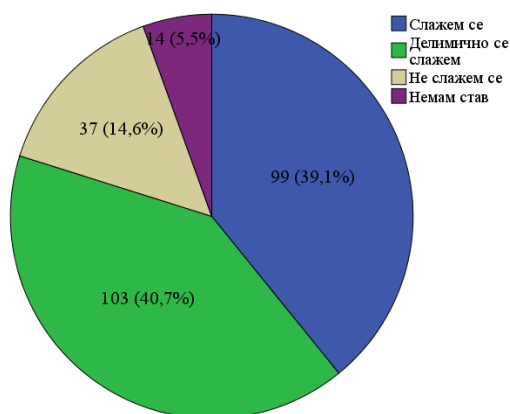


## 5.1.4. Здравствене карактеристике испитаника

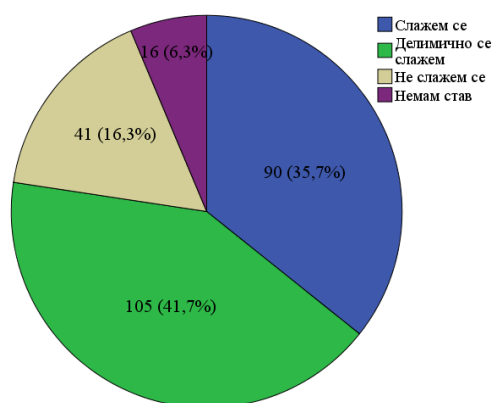
### 5.1.4.1. Ставови према здрављу

Најбројнију категорију чине испитаници који се слажу са ставом да су сами одговорни за своје здравље, у потпуности (39,1%) или делимично (40,7%). Испитаници који се не слажу чине 14,6%, а по овом питању нема став 5,5% испитаника (графикон 18).

**Графикон 18. Расподела учесталости испитаника по ставу о одговорности за здравље**



**Графикон 19. Расподела учесталости испитаника по ставу о могућности утицаја на здравље**



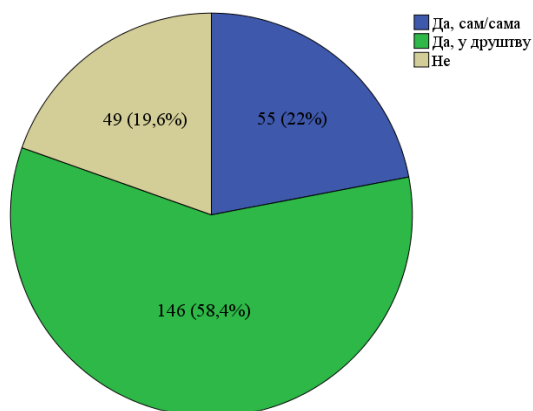
Слични одговори добијени су на питање о томе да човек може сачувати своје здравље, ако води рачун а о њему; са овим ставом се слаже 77,4% испитаника (35,7% потпуно, а 41,7% делимично) (графикон 19)

### 5.1.4.2. Стил живота (ризичи из понашања)

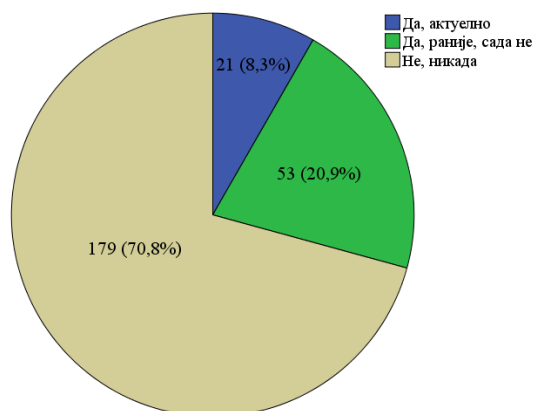
Више од три четвртине испитаника (80,4%) пије кафу; већином то раде у друштву (58,4% узрока), ређе сами (22,0%). Кафу не пије свега 19,6% испитаника (графикон 20).

Међу испитаницима има 29,2% оних који имају искуства с употребом дувана; највећи део њих пушио је раније, сада не пуши (20,9% узорка) (графикон 21).

**Графикон 20. Расподела учесталости испитаника по испијању кафе**

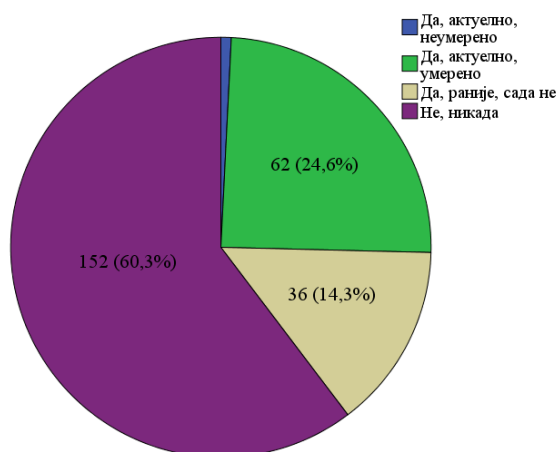


**Графикон 21. Расподела учесталости испитаника по употреби дувана**

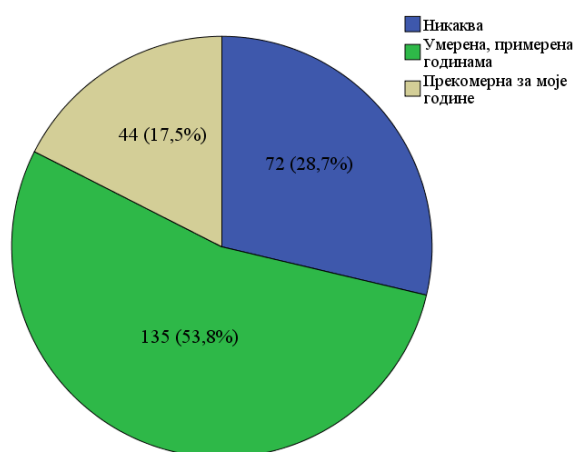


Највећи део испитаника не пије алкохол (74,6% узорка); 60,3% испитаника то није чинило ни раније, док 14,3% има ранија искуства с алкохолом. Испитаници који актуелно пију алкохол, чине 25,4% узорка; највећи део ових испитаника (24,6%) то чини умерено (графикон 22).

**Графикон 22. Расподела учесталости испитаника по употреби алкохола**

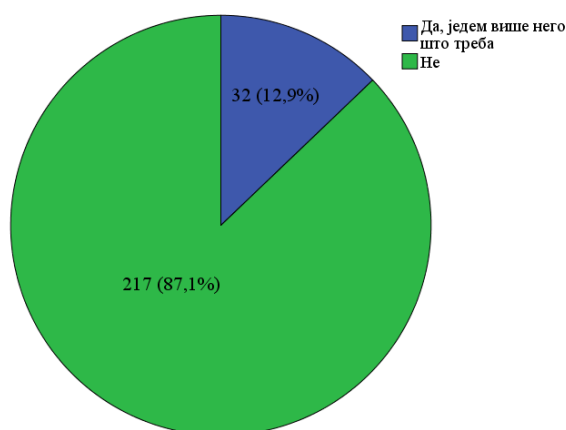


**Графикон 23. Расподела учесталости испитаника по физичкој активности**

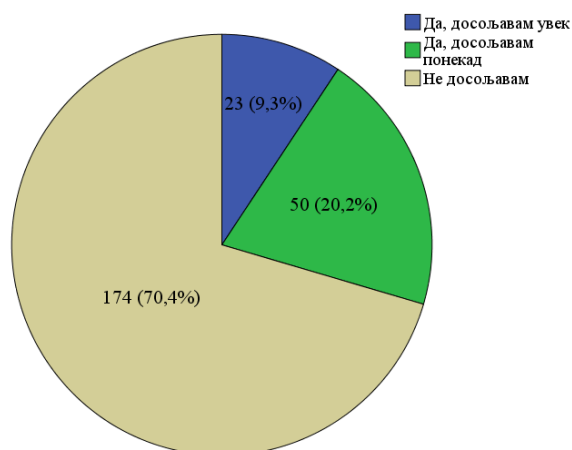


У самопроцени властите физичке активности 53,8% испитаника оценило је своју физичку активност као умерену и примерену својим годинама, а 17,5% испитаника сматра своју физичку активност прекомерном за своје године; 28,7% испитаника нема никакву физичку активност (графикон 23).

**Графикон 24. Расподела учесталости испитаника по прекомерној исхрани**



**Графикон 25. Расподела учесталости испитаника по досољавању хране**



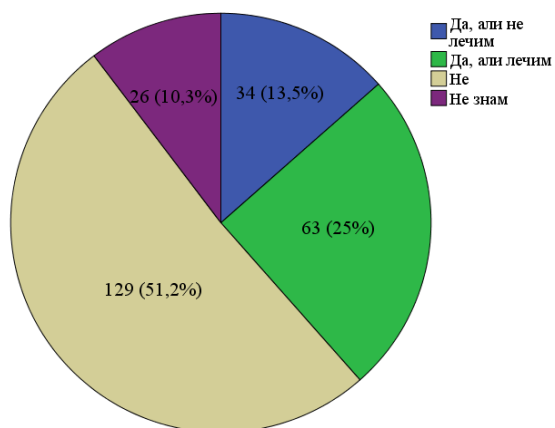
Процењујући своју исхрану највећи број испитаника (87,1% узорка) одговорио је да не сматра своју исхрану прекомерном; међутим, 12,9% испитаника једе више него што би требало (графикон 24).

На питање о досољавању хране, независно од тога колико је она слана, 70,4% испитаника одговорило је негативно; понекад храну досољава 20,2%, а увек то чини 9,3% испитаника (графикон 25).

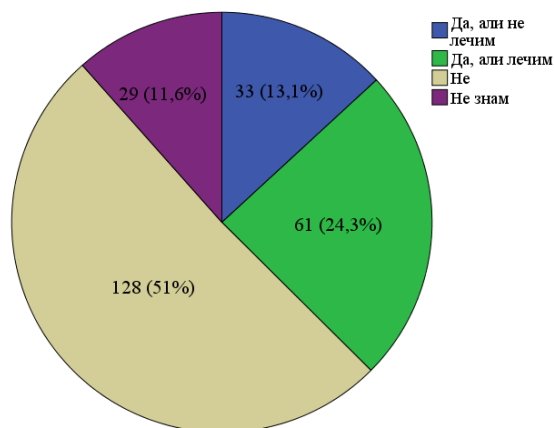
### 5.1.4.3. Здравствени (медицински или биолошки) ризици

На питање о томе да ли имају повишен холестерол у крви, 38,5% испитаника одговорило је потврдно; две трећине ових испитаника лече наведени здравствени ризик. Повишен холестерол у крви негира 51,2% испитаника, а 10,3% не зна одговор на постављено питање (графикон 26).

**Графикон 26. Расподела учесталости испитаника по повишеном холестеролу у крви**

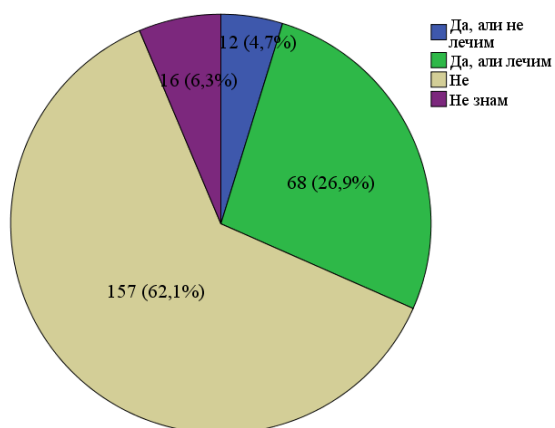


**Графикон 27. Расподела учесталости испитаника по повишеним триглицеридима у крви**

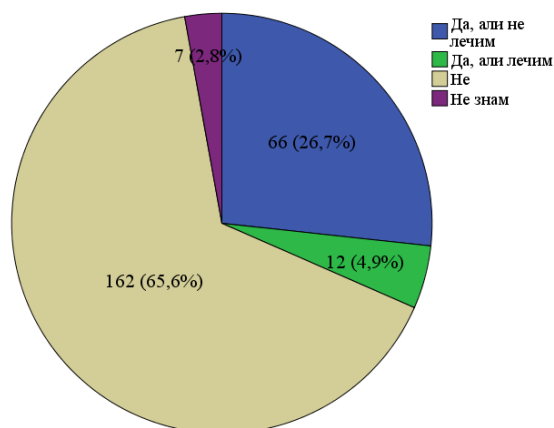


За постојање повишених триглицерида у крви зна 37,4% испитаника. Већи део ове категорије испитаника лечи триглицеридемију (24,3%); 51,0% испитаника негира овај фактор ризика (графикон 27).

**Графикон 28. Расподела учесталости испитаника по повишеном шећеру у крви**



**Графикон 29. Расподела учесталости испитаника по гојазности**



Чак 62,1% испитаника негира постојање повишеног шећера у крви; у узорку има још 6,3% испитаника који не знају за постојање овог фактора ризика. Међу 31,6% испитаника који по властитом наводу имају повишен шећер у крви, лечи се 26,9% испитаника (графикон 28). Процењујући властиту телесну тежину, највећи део испитаника себе није сврстало у категорију гојазних (65,6% узорка); међу онима који се сматрају гојазним, овај здравствени ризик лечи свега 4,9% испитаника (графикон 29).

#### 5.1.4.4. Стрес

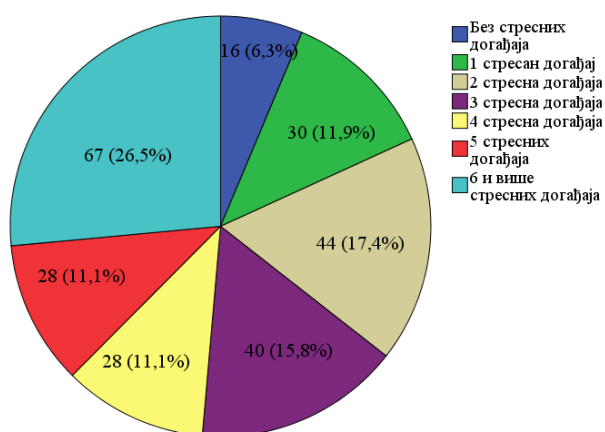
Најчешћи стресни догађај је празник (Божић); овај догађај представља извор стреса за 212 или 83,8% испитаника.

Значајну учесталост имају и стресни догађаји као лична болест или повреда, вреднована са 53 поена на скали стреса, коју пријављује 43,9% испитаника; затим промене у начину исхране, вредноване са свега 15 поена, који има 43,5% испитаника, промене финансијског стања (вредноване 38 поена) који пријављује 39,9% испитаника или промена (погоршање) здравља члана породице, која се вреднује са 44 поена на скали стреса (овај стрес региструје се код 29,2% испитаника).

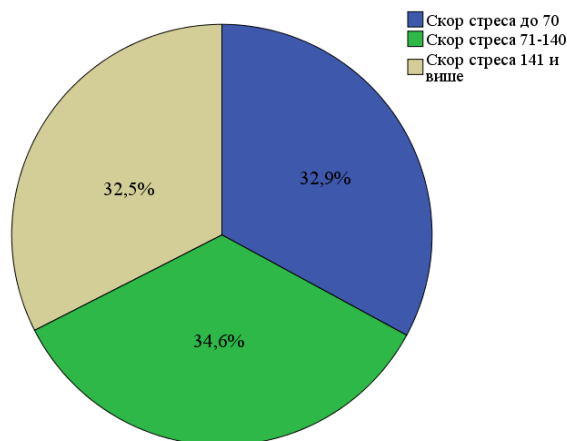
Ни један стресни догађај у току протеклих годину дана није имало 16 испитаника (6,3% узрока); 11,9% имало је један, 17,4% два, 15,8% испитаника имало је три стресна догађаја, а 11,1% испитаника имало је 4 или 5 стресних догађаја у протеклих годину дана. Сви остали имали су 6 и више стресних догађаја (20,6% испитаника) (графикон 30).

Скор стреса до 70 има 32,9% испитаника; скор од 71 до 140 има 34,6% испитаника, док 32,5% узорка има стрес који се на скали стреса мери оценом од 141 и више (графикон 31).

**Графикон 30. Расподела учесталости испитаника по броју стресних догађаја**



**Графикон 31. Расподела учесталости испитаника по категоријама скова стреса**

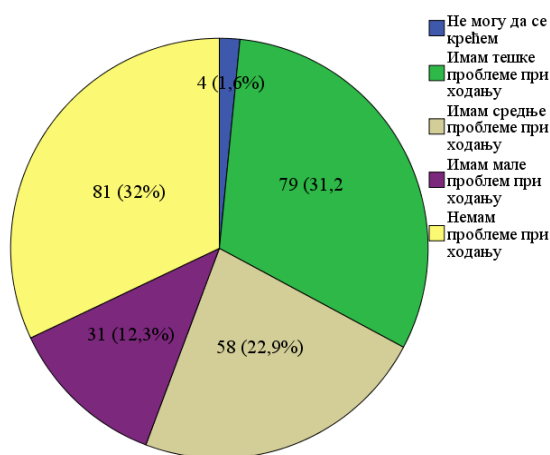


#### 5.1.4.5. Здравствено стање

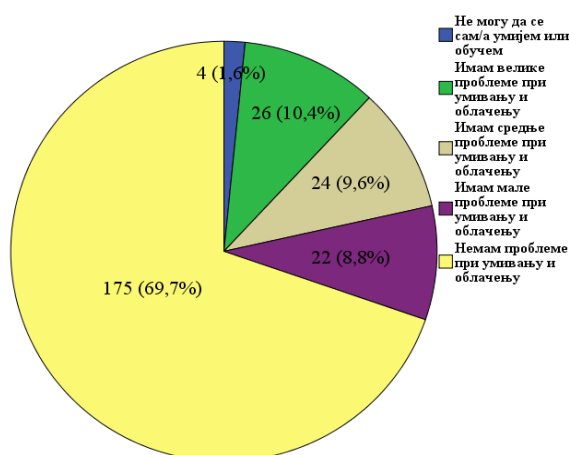
У односу на покретљивост, узорак се може поделити на три приближно једнака дела – тешко покретне и непокретне (32,8), средње покретне (34,2%) и покретне испитанике (32,0%) (графикон 32).

Више од две трећине узорка чине испитаници који могу сами да воде бригу о себи. Чак 69,7% испитаника изјаснило се да нема проблеме при умивању и облачењу; 18,4% испитаника који имају средње или мале проблеме при облачењу и умивању; 12% испитаника има велике проблеме при облачењу и умивању или то уопште самостално не могу да чине (графикон 33).

**Графикон 32. Распореда учесталости категоријама покретљивости**



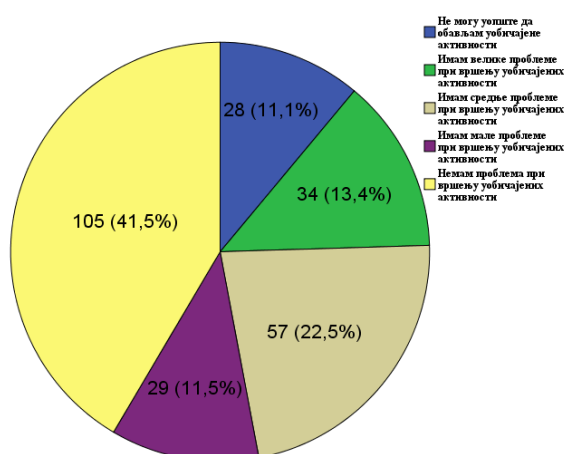
**Графикон 33. Распореда учесталости по категоријама способности бриге о себи**



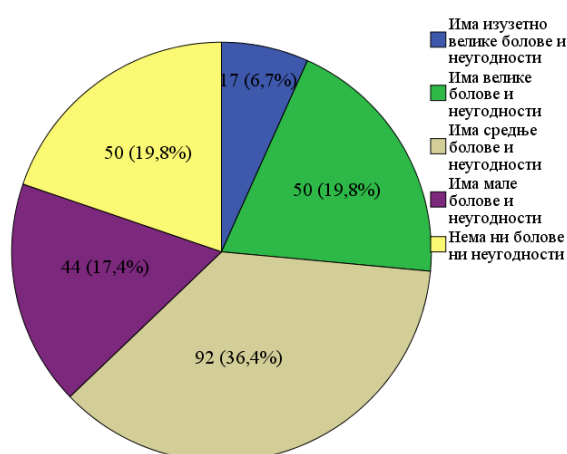
Више од половине испитаника (53,0%) нема проблеме при обављању свакодневних активности или су они сасвим мали; 24,5% узорка чине испитаници који свакодневне активности обављају веома тешко или то уопште нису у стању да обаве (графикон 34).

Испитаници који немају болове и неугодности или су оне изузетно мале чине 37,4% узорка; следећих 36,4% има болове средњег интензитета, а 26,5% испитаника има велике или изузетно велике болове и неугодности (графикон 35).

**Графикон 34. Распореда учесталости по категоријама способности за обављање свакодневних активности**



**Графикон 35. Распореда учесталости по присуству бола/неугодности**



На питање да ли имају осећај да су усамљени, највећи део испитаника одговорио је да је овај осећај израженији у последње време (52,1% узрока); 32,8% навело је да је осећај усамљености изражен у истој мери као и пре, а 9,2% да је он мање изражен. Међутим, будући да је на ово питање одговорило свега 119 испитаника (47,0% узорка), обележје „осећај усамљености“ је избачено из даље обраде.

Осећај оптимизма има 31,9% испитаника; код 24,4% овај осећај се појављује повремено, док 43,7% испитаника осећај оптимизма нема или га не препознаје. Међутим, будући да је на ово питање одговорило свега 119 испитаника (47,0% узорка), обележје „осећај усамљености“ је избачено из даље обраде.

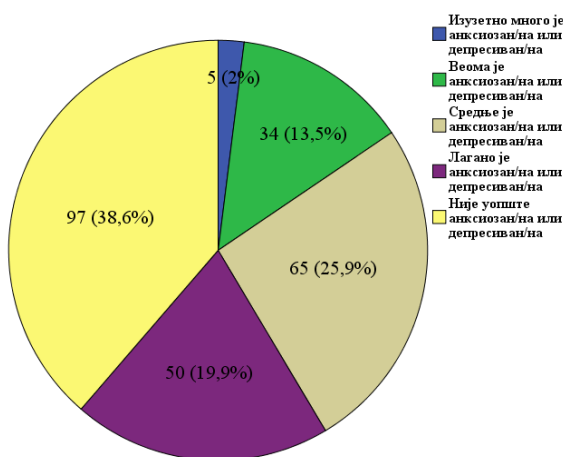
Промене у својој нарави препознаје 61,0% испитаника. Остали то не региструју. Међутим, будући да је на ово питање одговорило свега 118 испитаника (46,6% узорка), обележје „осећај усамљености“ је избачено из даље обраде.

Испитаници најчешће брже плану (39,2%) или спорије реагују (36,7% узрока). Међутим, будући да је на ово питање одговорило свега 79 испитаника (31,2% узорка), обележје „осећај усамљености“ је избачено из даље обраде.

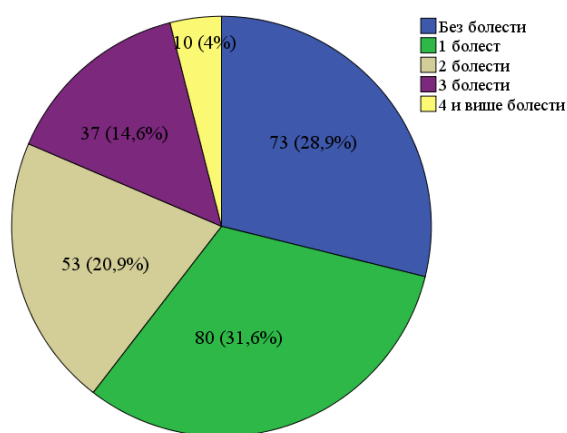
Испитаници који су изузетно много или веома депресивни (анксиозни) чине 15,5% узорка; 38,6% испитаника је без депресије, односно, анксиозности; 19,9% испитаника има тек незнатно развијене проблеме у смислу постојања осећаја депресије или анксиозности (графикон 36).

Испитаници који сем хипертензије немају ни једну другу болест чине 28,9% узорка. Међу испитаницима који актуелно болују од других болести највећу групу испитаника чине они који имају још једну болест (31,6% испитаника) и две болести (20,9%); испитаници који поред хипертензије болују од три или више других болести чине 18,6% узорка (графикон 37).

**Графикон 36. Расподела учесталости по присуству анксиозности/депресивности**



**Графикон 37. Расподела учесталости испитаника по броју болести од којих болује**



#### 5.1.4.6. Дијагностиковане болести

Највећи број испитаника актуелно болује од болести срца (46,4%) или болести срца и крвних судова (34,8%). Депресија је присутна код 10%, а малигне болести код око 5% испитаника. У категорији оболелих, највећи део чине испитаници који се континуирано лече (табела 1).

**Табела 1. Расподела учесталости испитаника у категоријама односа према болестима од којих тренутно болују**

Обележје/катеорије	Да, не лечи се		Да, лечи се неуредно		Да, лечи се уредно		Не		Укупно	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Болести срца	7	2,8	6	2,4	105	41,5	135	53,4	253	100
Болести срца и крвних судова	10	4	7	2,8	71	28,1	165	65,2	253	100
Шећерна болест	6	2,4	2	0,8	64	25,3	181	71,5	253	100
Болест жучне кесе	7	2,8	6	2,4	18	7,1	222	87,7	253	100
Опструктивна болест плућа (астма, емфизем)	7	2,8	2	0,8	12	4,7	232	91,7	253	100
Болести бубрега и мокраћних канала	15	5,9	6	2,4	20	7,9	212	83,8	253	100
Малигне болести	3	1,2	10	4	13	5,1	240	94,9	253	100
Депресија	2	0,8	8	3,2	15	5,9	228	90,1	253	100
Други психички поремећаји	1	0,4	2	0,8	7	2,8	243	96	253	100

Међу болестима које су имали раније највеће учешће имају малигне болести (8,3%) и инфаркт срца или нека друга обољења (по 5,9%) Највећи број испитаника који су имали неку од наведених болести се више не лечи (табела 2).

**Табела 2. Расподела учесталости испитаника у категоријама односа према болестима од којих су боловали раније**

Обележје/катеорије	Да, не лечи се		Да, лечи се неажурно		Да, лечи се ажурно		Не		Укупно	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Инфаркт срца	13	5,1	1	0,4	1	0,4	238	94,1	253	100
Апоплексија (шлог)	9	3,6	2	0,8	0	0	242	95,7	253	100
Цереброваскуларне кризе	7	2,8	2	0,8	0	0	244	94,6	253	100
Малигне болести	14	5,5	2	0,8	5	2	232	91,7	253	100
Болести простате	4	1,6	4	1,6	5	2	239	94,5	253	100
Нека друга	13	5,1	1	0,4	1	0,4	238	94,1	253	100

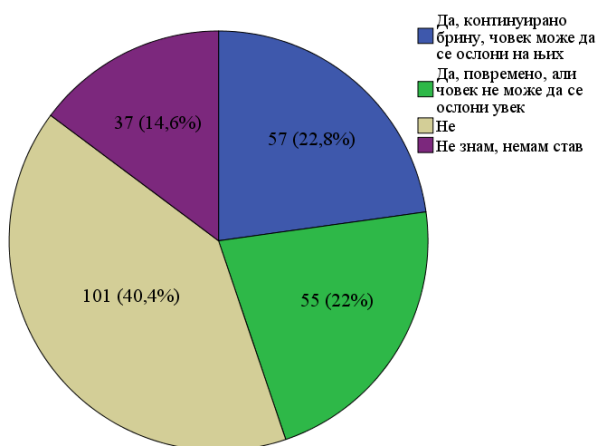
#### 5.1.4.7. Здравствена заштита

Испитаници који перципирају да институције брину о здрављу старих људи чине 44,8% узорка. Нешто више од половине овог контингента перципира ту бригу сталном, а нешто мање од половине – повременом. Испитаници који сматрају да институције друштва не брину о здрављу старих људи чине 40,4% узорка (графикон 38).

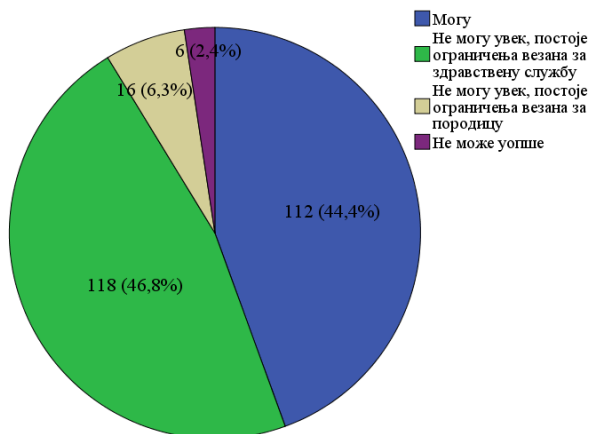
Испитаници који процењују приступачност здравствених услуга одличном процењујући да могу да се обрате за помоћ здравственој служби увек када им је то неопходно чине 44,4% узорка. Испитаници који не могу да се обрате служби увек када им је то неопходно чине 53,1%, највећим делом због ограничења која се односе на здравствену службу (у 46,8% случајева), или због ограничења везаних за породицу (6,3% испитаника). Свега 2,4%

испитаника процењује да не могу уопште да се обратe здравственој служби (графикон 39).

**Графикон 38. Расподела учесталости по перцепцији бриге институција о здрављу и квалитету живота**

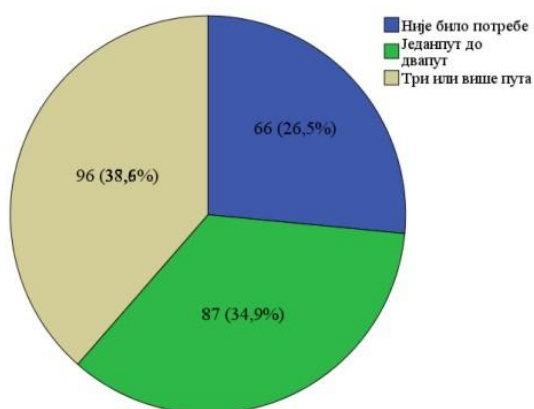


**Графикон 39. Расподела учесталости по процени приступачности здравствених услуга**



Скоро три четвртине испитаника (73,5% узорка) се обраћало лекару специјалисти у протеклих годину дана; 34,9% испитаника обраћали су се специјалисти једном до два пута, а 38,6% три или више пута (графикон 40).

**Графикон 40. Расподела учесталости по коришћењу услуга специјалисте**



### 5.1.5. Породичне карактеристике испитаника

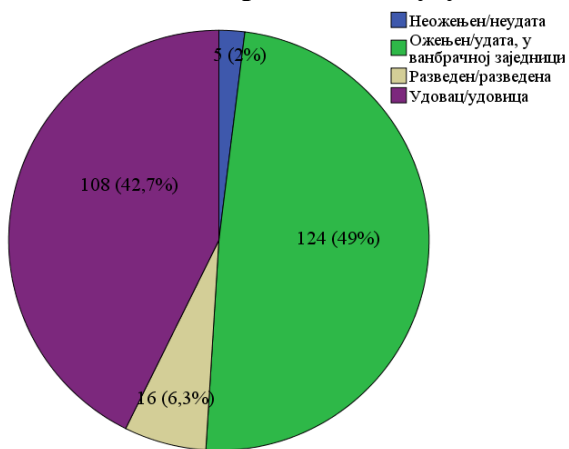
Испитаници који су у заједници са (брачним или ванбрачним) партнером чине највећи део узорка - 49%, колико отпада и на оне који из различитих разлога живе сами (неожењени/неудате, односно, удовци/удовице) (графикон 41).

Испитаници без деце чине 7,2% узорка. Ту спадају стари који никада нису имали децу или их

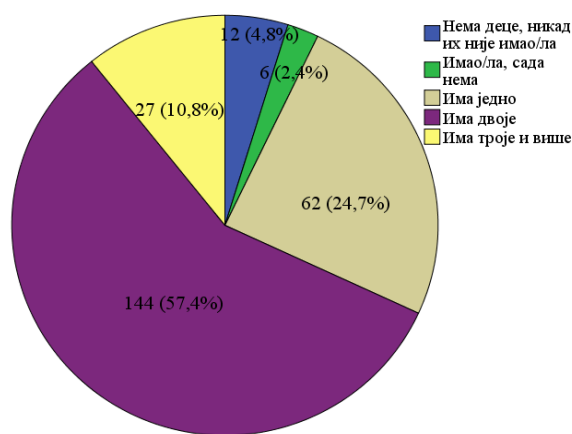


сада немају. Највећи део узорка има једно (24,7%) или двоје деце (57,4%) (графикон 42).

**Графикон 41. Расподела учесталост испитаника по брачном статусу**



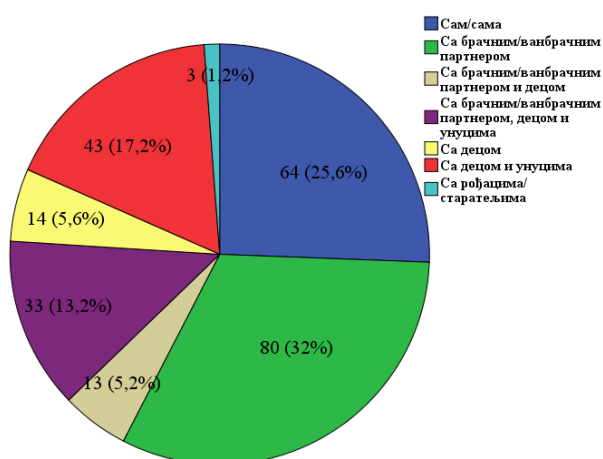
**Графикон 42. Расподела учесталости испитаника по броју деце**



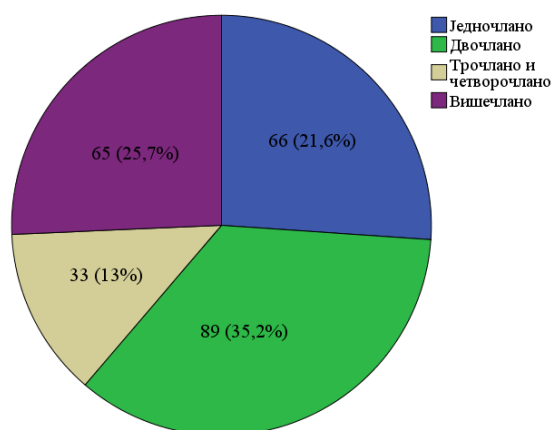
Четвртина испитаника живе сами (25,6%). Са брачним партнером у различитим комбинацијама (сами, са брачним/ванбрачним партнером и децом, са брачним/ванбрачним партнером, децом и унуцима) живи 50,4%. Остали испитаници живе са децом или са децом и унуцима (22,8%) (графикон 43).

У једночланом домаћинству живи 26,1% испитаника, у двочланом 35,2%; Са још 2 до 3 члана породице (трочлано и четворочлано домаћинство) живи 13,0% испитаника, а сви остали (25,7% узорка) живи у вишечланом домаћинству. Половина ове последње категорије живи у петочланом домаћинству (12,3% узрока) (графикон 44).

**Графикон 43. Расподела учесталости испитаника по структури домаћинства**



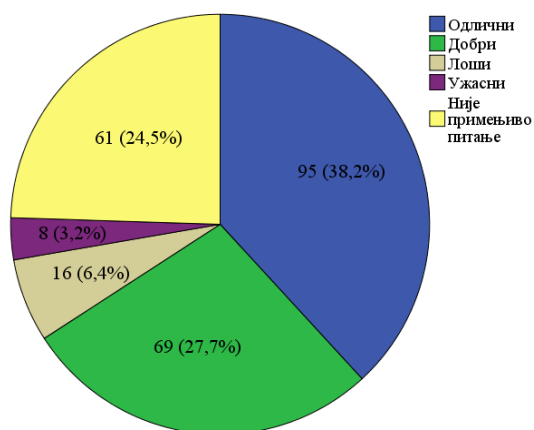
**Графикон 44. Расподела учесталости испитаника по броју чланова домаћинства**



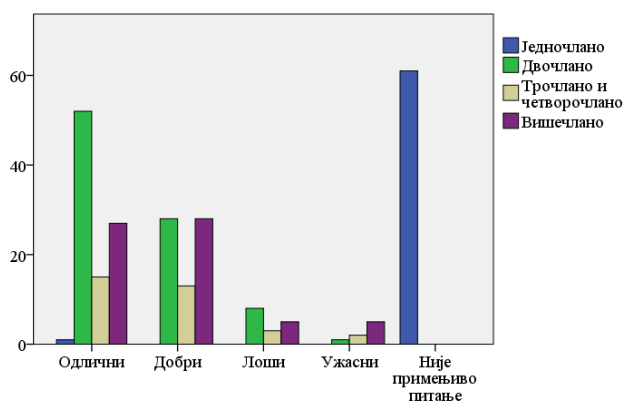
Најбројнију категорију чине испитаници који оцењују своје односе са укућанима као

"одличне" (38,2%) или "добре" (27,7%). Међутим, 9,6% нема добре односе са укућанима у домаћинству у коме живе (графикон 45).

**Графикон 45. Расподела учесталости испитаника по односима са члановима домаћинства**

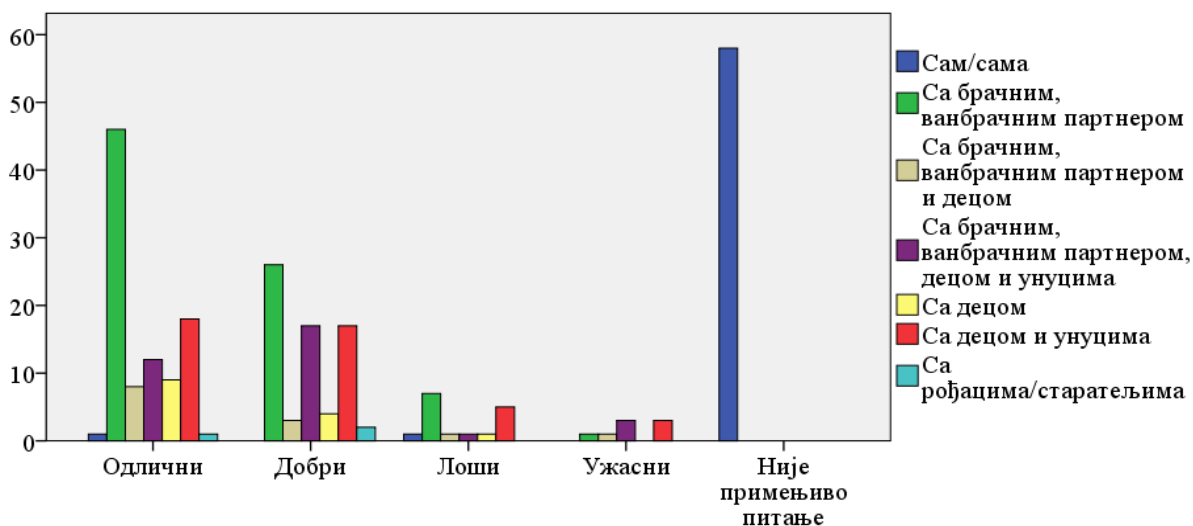


**Графикон 46. Расподела учесталости испитаника по односима са члановима домаћинства у односу на број чланова**



Односи са укућанима анализирани су у односу на структуру чланова домаћинства да би се издвојиле категорије домаћинстава у којима постоје најлошији односи. Као што се из графикона 46 може видети, најлошији односи постоје у домаћинствима у којима стари живе са већим бројем чланова. У том смислу најупечатљивије је учешће категорије "вишечлано домаћинство" у структури испитаника који имају ужасне односе са укућанима.

**Графикон 47. Расподела испитаника по односима са члановима домаћинства у односу на структуру домаћинства**

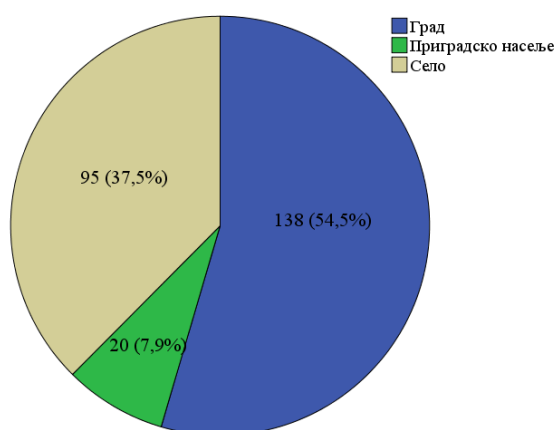


### 5.1.6. Карактеристике места живљења

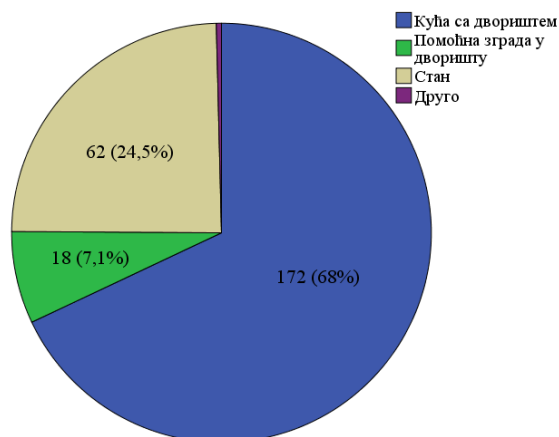
Већина испитаника настањена је у граду (54,7%); испитаници који живе на селу чине 37,5% узорка (графикон 48).

Највећи део испитаника живи у кући с двориштем (68,0%) или стану (24,5%) (графикон 49).

**Графикон 48. Расподела испитаника по типу насеља**

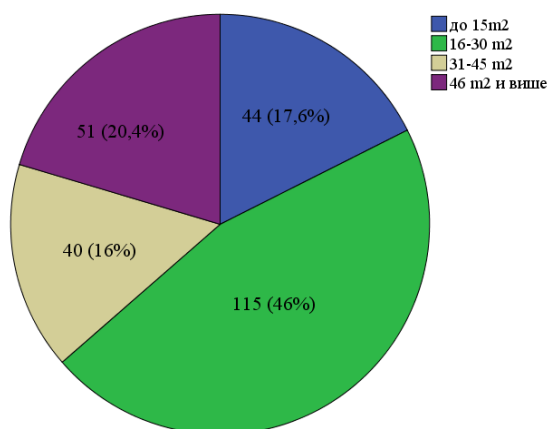


**Графикон 49. Расподела испитаника по стамбеном објекту**



Услови становања су углавном добри. Највећи део узорка чине испитаници који живе у простору који има просечно 16-30 квадратних метара стамбене површине по члану домаћинства; они чине 46,00% узорка. Испитаници који живе у објекту са 31 до 45 квадратних метара по члану домаћинства чине 16% узорка, а они који живе у мањим стамбеним јединицама (до 15 квадратних метара по члану домаћинства) чине 17,6% узорка (графикон 50).

**Графикон 50. Расподела учесталости испитаника по стамбеној површини по члану домаћинства**



Стамбени простор у коме живе испитаници има одвојен део за спавање у 92,5% случајева.

Највећи део станова у коме живе наши испитаници греје се пећима на чврсто гориво (46,8%) или је укључен у систем даљинског (парног) грејања (42,5%). Свега 9,1% испитаника греје се на струју или течно гориво (1,6%).

Категорија испитаника чије домаћинство има прикључак на водовод и канализацију чине 94,9% узорка, док прикључак на електромрежу имају сви.

Најзначајнији прозор у свет је телевизија: телевизор поседује 98,8% испитаника, а користи га 96,4% узорка. Код радио апарата ситуација је другачија: иако 75,4% испитаника поседује радио пријемник, користи га свега 45,2% узорка.

Предоминантно највећи део испитаника поседује (и користи) телефон (95,7%, односно, 96,1%). Приступ интернету има петина испитаника, али га користи свега 8,4% старих.

## 5.2. Процена социјалне подршке

Укупна социјална подршка је збир вредности перцепције доступне (инструменталне и емоционалне) подршке, потребе за подршком, тражења подршке, процене управо добијене подршке, процене обезбеђене подршка и процене заштитног пуферовања. Берлинским скалама за мерење социјалне подршке утврђено је да испитаници у овом истраживању уживају укупну социјалну подршку која се мери просечном оценом 129,36 +/-24,90 и крећу се у распону од најмање 25 до највише 182 (Med=135) (tabela 3).

Перцепција доступне подршке износи 25,51 +/- 5,61 и крећу се од најмање 8 до највише 32 (Med=27); у наведеним вредностима аритметичке средине која настаје као збир две оцене, скоро подједнако учествују перцепција доступне емоционалне (12,57 +/- 3,06) и инструменталне подршке (12,93 +/- 3,16).

Потреба за подршком процењена је са 4,58 +/- 3,36.

Тражење подршке оцењено је просечном оценом 13,48 +/- 4,20.

Управо добијена подршка оцењена је са 35,80 +/- 11,17.

Обезбеђена подршка оцењена је од стране испитаника са 34,17 +/- 5,19.

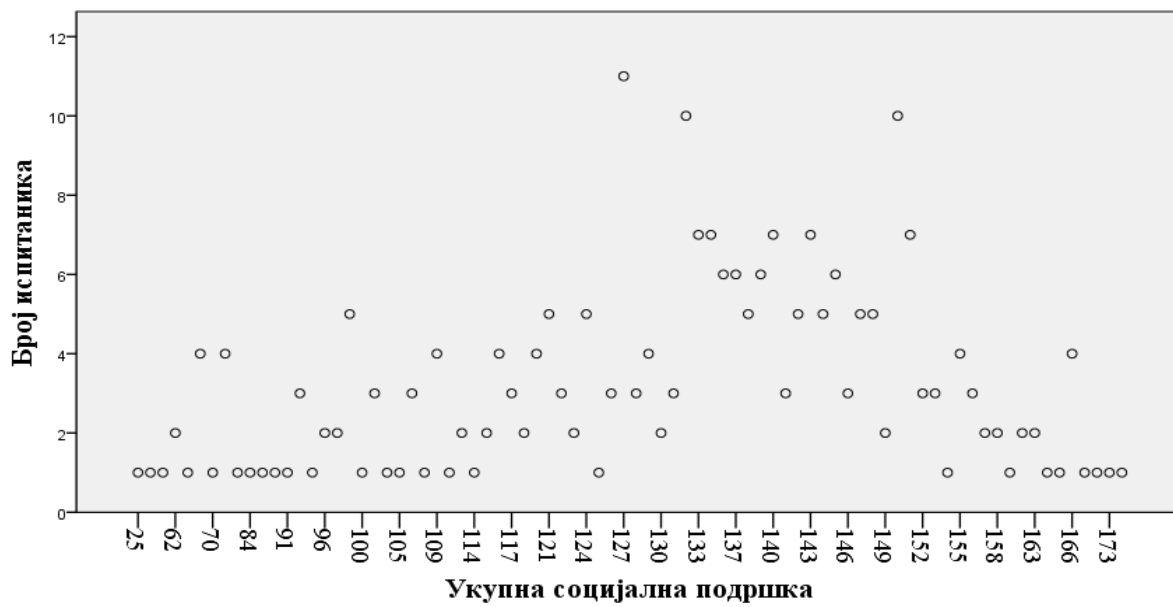
Просечна оцена на скали заштитног пуферовања износи 15,96 +/- 4,94 и крећу се од најмање 6 до највише 24 (Med=17,00)

**Tabela 3. Дескриптивни статистички параметри социјалне подршке**

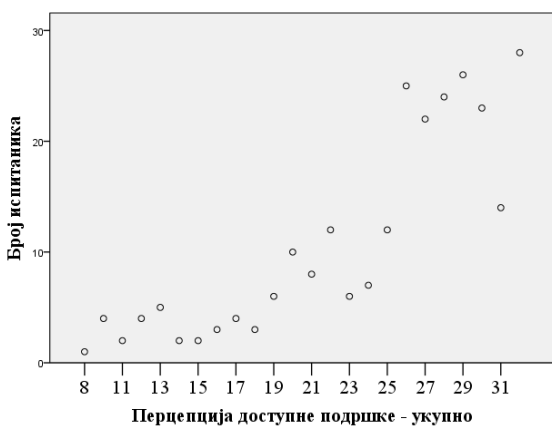
КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	Min	Max
Укупна подршка	253	100	129,36	24,89	19,24	135	1,56	25	182
Перцепција доступне подршке – укупна	253	100	25,51	5,61	21,99	27	0,353	8	32
Социјална подршка	253	100	12,93	3,15	24,36	14	0,198	4	16
Емоционална подршка	253	100	12,57	3,06	24,34	13	0,192	4	16
Потреба за подршком	253	100	4,58	3,36	73,36	5	0,211	-1	11
Тражење подршке	253	100	13,48	4,20	31,16	14	0,264	5	20
Управо добијена подршка	253	100	35,80	11,17	31,20	39	0,702	0	85
Обезбеђена подршка	252	99,6	34,17	5,19	15,19	35	0,327	12	41
Скала заштитног пуферовања	253	100	15,96	4,94	30,95	17	0,311	6	24

На графиконима који следе (графикон 51 до 59) приказано је расипање израчунате вредности социјалне подршке у координатном систему. Из наведених графикона види се у којим аспектима социјалне подршке се може очекивати постојање корелације, а у којима не.

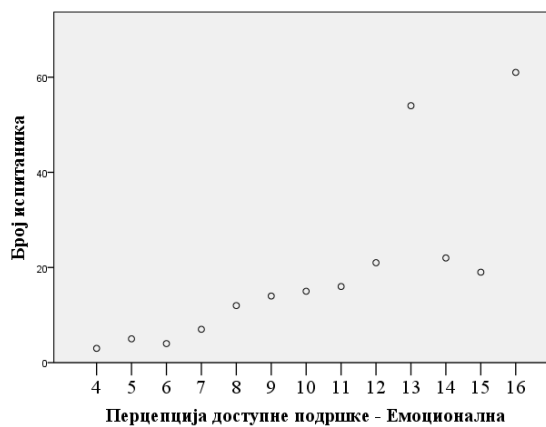
**Графикон 51. Дијаграм расипања - учесталост испитаника по процени укупне социјалне подршке**



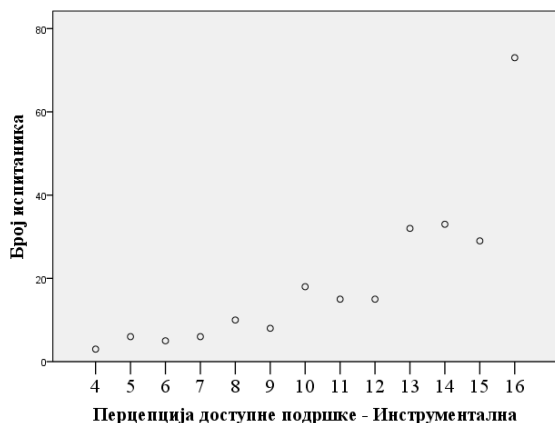
**Графикон 52. Дијаграм расипања - доступна подршка**



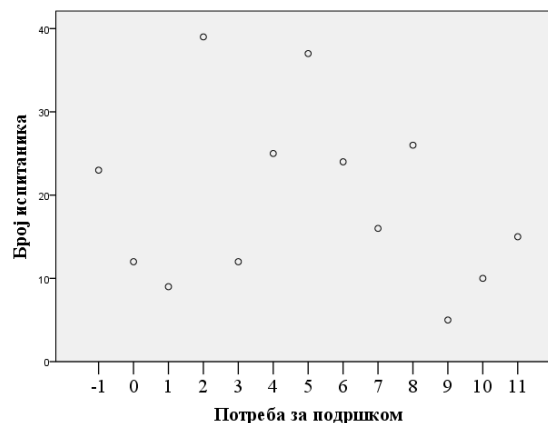
**Графикон 53. Дијаграм расипања - доступна емоционална подршка**



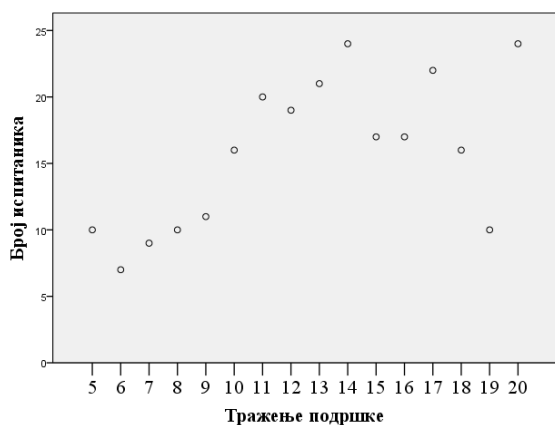
**Графикон 54. Дијаграм расипања  
- доступна инструментална подршка**



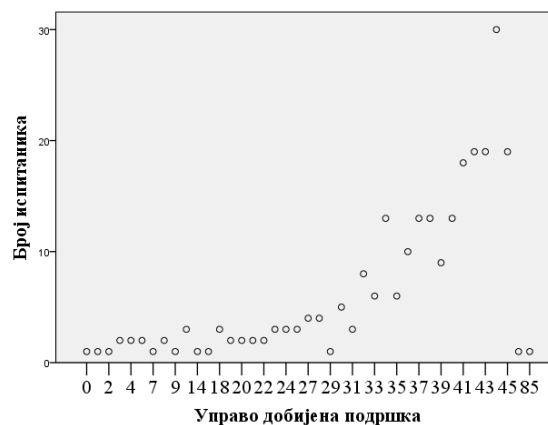
**Графикон 55. Дијаграм расипања  
- потреба за подршком**



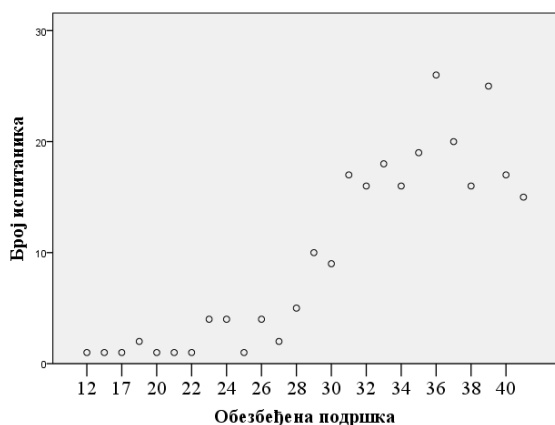
**Графикон 56. Дијаграм расипања  
- тражење подршке**



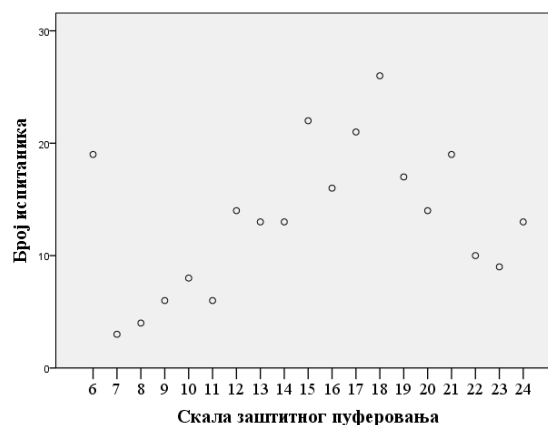
**Графикон 57. Дијаграм расипања  
- процена управо добијене подршке**



**Графикон 58. Дијаграм расипања  
- перцепција обезбеђене подршке**



**Графикон 59. Дијаграм расипања  
- процена ефеката заштитног пуфровања**



Испитивање корелације различитих аспеката социјалне подршке са укупном социјалном подршком показује високо статистички значајну повезаност (на нивоу  $p < 0,01$ );

Пирсонови коефицијенти корелације укупне социјалне подршке и перцепције доступне инструменталне подршке ( $r=0,683$ ), перцепције доступне емоционалне подршке ( $r=0,733$ ), перцепције укупне доступне подршке ( $r=0,784$ ), процене потребе за подршком ( $r=0,598$ ), тражења подршке ( $r=0,596$ ), процене управо добијене подршке ( $r=0,871$ ) и процени обезбеђене подршке ( $r=0,669$ ) указују на постојање повезаности укупне социјалне подршке са различитим аспектима социјалне подршке на високо статистички значајном нивоу ( $p < 0,01$ ).

И различити аспекти социјалне подршке корелирају међусобно на високо статистички значајном нивоу ( $p < 0,01$ ), изузев када је реч о повезаности између скале заштитног пуферовања и тражења подршке; између два наведена аспекта утврђена је повезаност на нивоу статистичке значајности од  $p < 0,05$  ( $r=0,141$ ).

Статистичка значајност корелације између скале заштитног пуферовања и перцепције доступне инструменталне подршке није утврђена.

**Табела 4: Корелација укупне социјалне подршке са различитим аспектима социјалне подршке**

Укупна социјална подршка	1								
Перцепција доступне подршке-Емоционална	0,733**	1							
Перцепција доступне подршке-Инструментална	0,683**	0,631**	1						
Перцепција доступне подршке-Укупно	0,784**	0,900**	0,906**	1					
Потреба за подршком	0,598**	0,536**	0,453**	0,547**	1				
Тражење подршке	0,596**	0,422**	0,397**	0,454**	0,537**	1			
Управо добијена подршка	0,871**	0,539**	0,542**	0,598**	0,339**	0,360**	1		
Обезбеђена подршка	0,669**	0,390**	0,358**	0,415**	0,207**	0,253**	0,535**	1	
Скала заштитног пуферовања	0,475**	0,260**	0,110	0,204**	0,224**	0,141*	0,280**	0,193**	1
	Укупна социјална подршка	Перцепција доступне подршке-Емоционална	Перцепција доступне подршке-Инструментална	Перцепција доступне подршке-Укупно	Потреба за подршком	Тражење подршке	Управо добијена подршка	Обезбеђена подршка	

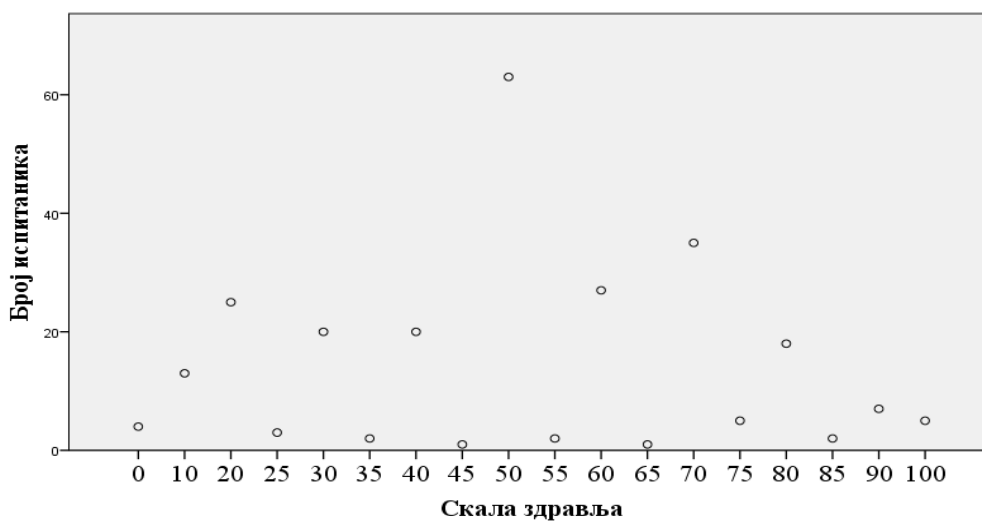
\* Корелација је статистички значајна на нивоу  $p < 0,05$  \*\* Корелација је статистички значајна на нивоу  $p < 0,01$

### 5.3. Процена здравља и квалитета живота

#### 5.3.1. Процена здравља (квалитета живота) EQ-5D

Испитаници оцењују своје здравље на скали EQ-5D-VAS просечном оценом 50,32 +/- 22,54. Дистрибуција одговора испитаника – оцена здравља на скали EQ-5D-VAS приказана је на графикону 60.

**Графикон 60. Дијаграм расипања - учесталост испитаника по оценама здравља**

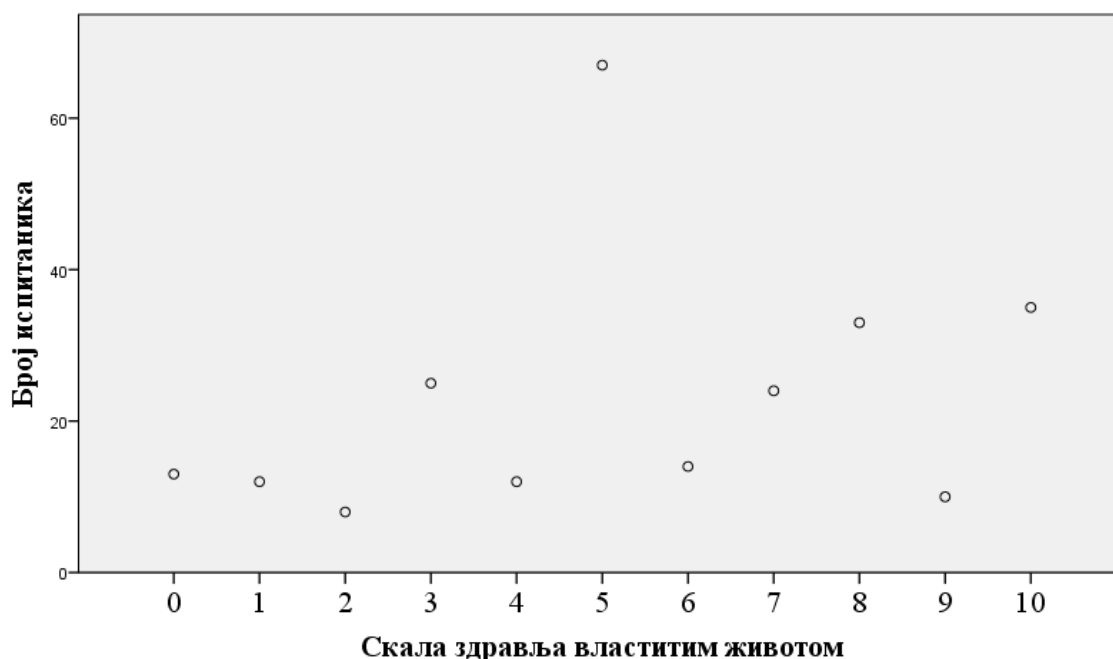


Одговори испитаника чине веома хетерогени скуп, на шта указује коефицијент варијације већи од 30%, па је за описивање података у овом случају исправније користити медијану (Med=50, SE=1,417); одговори испитаника крећу се у распону од 0 до 100.

### 5.3.2. Процена квалитета живота (SWB)

У просеку испитаници оцењују квалитет живота оценом 5,70 +/- 2,83. Како је реч о веома хетерогеном скупу одговора, о чему говори коефицијент варијације већи од 30%, адекватнији показатељ оцене квалитета живота је медијана која износи 5 (SE=0,18; OR=5,35-6,05).

**Графикон 61. Дијаграм расипања - учесталост испитаника по оценама задовољства животом**





Разлике оцена квалитета живота између категорија посматраних обележја указује на потенцијалне факторе који детерминишу квалитет живота. На путу ка предикторима овде ће бити приказане и описане разлике у оцени квалитета живота у односу на личне карактеристике испитаника, породичне и срединске карактеристике.

#### 5.4. Испитивање корелације скала за мерење здравља и квалитета живота

Испитивање односа између две зависне варијабле у овом истраживању – индекса здравља и индекса квалитета живота имало је за циљ да утврди генералну претпоставку о директно пропорционалној повезаности субјективних оцена здравља и оцена квалитета живота и избор једног мерила.

У те сврхе урађена је анализа корелације и израчунати су Пирсонови коефицијенти корелације. Вредност ових показатеља ( $r=0,604$ ) потврђује да су оцене здравља и квалитета живота високо статистички значајно ( $p < 0,01$ ) и позитивно повезане (табела 5.).

**Табела 5. Интеркорелација скала здравља и квалитета живота (EQ-5D-VAS и SWB)**

		Скала здравља (EQ-5D-VAS)	Скала задовољства властитим животом (SWB)
Скала здравља (EQ-5D-VAS)	Pearson-ов коефицијент корелације	1	0,604**
	Значајност	-	0,000
	N	253	253
Скала задовољства властитим животом (SWB)	Pearson-ов коефицијент корелације	0,604**	1
	Значајност	0,000	-
	N	253	253

\*\* Корелација је сигнификантна на нивоу од 0.01

Интеркорелација скале здравља и скале квалитета живота (EQ-5D-VAS и SWB) показује да испитаници на исти начин градирају субјективни осећај здравља и осећај субјективног благостања; испитаници који високим оценама вреднују здравље, високим оценама вреднују и квалитет живота, и обрнуто: испитаници који здравље оцењују нижим оценама, нижим оценама оцењују и квалитет живота.

То је доказ да испитаници на идентичан начин перципирају две вредности које оцењују (здравље и квалитет живота). То омогућава да се у свим будућим анализама не морају користити оба обележја, јер би оне показале исте врсте и смерове повезаности са другим варијаблама (колинераност).

У том смислу за даљу анализу података као дискриминишуће обележје одабрана је оцена квалитета живота.

#### 5.5. Разлике у оцени квалитета живота у односу на карактеристике испитаника

##### 5.5.1. Разлике у оцени квалитета живота у односу на демографске карактеристике испитаника

Иако мушкарци оцењују свој квалитет живота нешто вишим оценама (5,91) од жена (5,52), ове разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 6).

**Табела 6. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по полу**

КАТЕГОРИЈА	N*	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Мушки пол	116	45,8	5,91	2,75	46,57	5,00	0,26	5,41	6,42
Женски пол	137	54,2	5,52	2,89	52,41	5,00	0,25	5,03	6,01

\*Стопа одговора: 100%

Оцена квалитета живота варира у односу на узраст испитаника: највиша је код испитаника старости 75-79 (6,52) и 65-69 година (6,38), а најнижа код испитаника 85 и више година (4,16) (табела 7).

Испитиване разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ).

**Табела 7. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по старости**

КАТЕГОРИЈА	N*	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
65-69 година	61	24,1	6,38	2,79	43,70	7,00	0,36	5,66	7,09
70-74 година	63	24,9	4,78	2,66	55,54	5,00	0,31	4,11	5,45
75-79 година	67	26,5	6,52	2,53	38,82	7,00	0,31	5,91	7,14
80-84 година	43	17,0	5,49	2,91	53,08	5,00	0,44	4,59	6,39
85 и више година	19	7,50	4,16	3,00	72,24	5,00	0,69	2,71	5,61

\*Стопа одговора: 100%

### 5.5.2. Разлике у оцени квалитета живота у односу на социјално-економске карактеристике испитаника

Оцена квалитета живота пропорционална је порасту нивоа образовања. Највиши ниво квалитета имају испитаници са вишим и високим образовањем (6,60) а најнижу испитаници са непотпуном основном или без основне школе (4,58).

Описане разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 8).

**Табела 8. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по категоријама образовања**

КАТЕГОРИЈА	N*	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv(%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Без школе и/или непотпуна основна школа	57	22,5	4,58	2,90	63,38	5,00	0,38	3,81	5,35
Основна школа	67	26,5	5,79	2,97	51,33	5,00	0,36	5,07	6,52
Средња школа	84	33,2	5,90	2,77	46,88	5,00	0,30	5,30	6,51
Виша и/или висока школа	45	17,8	6,60	2,22	33,64	7,00	0,33	5,93	7,27

\*Стопа одговора: 100%

Предоминантно највећи број испитаника у пензији (88,9%) оцењује квалитет живота оценом 5,76. Од 11,1% испитаника који се могу сматрати "актуелно запосленим", без обзира на врсту запослења најнижи квалитет живота имају домаћице (4,76), а највиши запослени (7,33).

Описане разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 9).

**Табела 9. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по тренутном радном статусу**

КАТЕГОРИЈА	N*	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Запослен у предузећу/установи	3	1,2	7,33	1,16	15,76	8,00	0,67	4,46	10,20
Земљорадник	1	0,4	const						
Ради у кући (домаћица)	21	8,3	4,76	3,00	62,98	5,00	0,65	3,40	6,13
Незапослен	3	1,2	6,33	3,22	50,79	5,00	1,86	-1,65	14,32
Пензионер	225	88,9	5,76	2,82	49,05	5,00	0,19	5,39	6,13

\*Стопа одговора: 100%

Испитаници највеће групе у узорку који су били запослени у предузећу/установи - оцењују квалитет свог живота највишим оценама (6,06), за разлику од оних који су били земљорадници; ова категорија оцењује квалитет свог живота најнижим оценама (4,44). Скоро четвртина укупног броја испитаника који се могу сматрати лицима без класичног запослења (занимања), као што су домаћице и незапослени, оценили су квалите свог живота око 5,00.

Ове разлике су на самој граници статистички значајности разлике ( $U=26,000$ ;  $Z=-1,949$ ;  $p=0,050$ ) (табела 10).

**Табела 10. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по занимању до пензионисања**

КАТЕГОРИЈА	N*	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Био запослен у предузећу/установи	170	67,7	6,06	2,69	44,34	6,00	0,21	5,66	6,47
Био земљорадник	16	6,4	4,44	3,14	70,72	5,00	0,78	2,76	6,11
Радила у кући (домаћица)	55	21,9	5,02	2,97	59,08	5,00	0,40	4,22	5,82
Никад није био/ла запослен/на	5	2,0	5,00	3,24	64,80	5,00	1,45	0,98	9,02
Друго	5	2,0	5,60	3,78	67,54	5,00	1,69	0,90	10,30

\*Стопа одговора: 99,2%

Квалитет живота расте извесно време после пензионисања (од 6,00 код испитаника који су у пензији краће од годину дана до 6,75 код испитаника који су у пензији до 5 година); касније рапидно пада (5,50). Описане разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 11).

**Табела 11. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по дужини пензијског стажа**

КАТЕГОРИЈА	N*	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Мање од годину дана	6	3,2	6,00	2,16	36,00	6,00	0,82	4,00	8,00
Једна до три године	9	4,8	6,55	1,75	26,76	6,00	0,53	5,37	7,72
Три до пет година	7	3,7	6,75	2,76	40,96	7,50	0,98	4,44	9,06
Шест до десет година	25	13,3	5,50	3,24	58,82	5,00	0,59	4,29	6,71
Једанаест год. и више	141	75,0	5,74	2,84	49,43	5,00	0,22	5,31	6,17

\*Стопа одговора: 100%

Испитаници који живе од ренте имају највише оцене квалитета живота (6,00), као и они који имају сопствену пензију (5,85). за разлику од њих, испитаници који немају сопствене приходе оцењују квалитет свог живота значајно нижим оценама (4,77).

Апострофиране разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 12).

**Табела 12. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по извору прихода**

ОБЕЛЕЖЈЕ/ КАТЕГОРИЈА	N*	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Без сопствених прихода	13	5,2	4,77	2,20	46,21	5,00	0,61	3,44	6,10
Породична пензија	48	19,0	5,31	3,15	59,32	5,00	0,46	4,40	6,23
Сопствена пензија	183	72,6	5,85	2,77	47,40	5,00	0,20	5,44	6,25
Приходи од ренте	7	2,8	6,00	3,32	55,28	7,00	1,25	2,93	9,07
Социјална помоћ	1	0,4	const						

\*Стопа одговора: 99,6%

Оцена квалитета живота пропорционално прати просечни ниво прихода у домаћинству. Највиши квалитет забележен је у категорији испитаника који имају 40 и више хиљада динара прихода месечно (6,92), а најнижи код оних који месечно располажу са мање од 10.000 динара (4,44).

Испитиване разлике су статистички значајне ( $U=15,500$ ;  $Z=-2,201$ ;  $p=0,028$ ) (табела 13).

**Табела 13. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по висини месечних прихода**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
До 10.000 дин	9	3,8	4,44	3,97	89,46	5,00	1,32	1,39	7,50
Од 10.000 до 19.999	69	29,0	5,25	3,06	58,29	5,00	0,37	4,51	5,98
Од 20.000 до 29.999	83	34,9	5,71	2,64	46,22	5,00	0,29	5,13	6,29
Од 30.000 до 39.999	51	21,4	6,16	2,51	40,75	6,00	0,36	5,44	6,87
40.000 дин и више	26	10,9	6,92	2,92	42,27	7,00	0,57	5,74	8,10

\*Стопа одговора: 94,1%

Испитаници који на храну троше 30-50% прихода оцењују свој квалитет живота највишим оценама (6,23); Оцена квалитета живота у економски најбогатијој групи испитаника је нешто нижа - 5,60. Најниже вредности оцене квалитета живота забележене су у групама најсиромашнијих испитаника који на храну троше преко 50% прихода (5,21-5,29).

Описане разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 14).

**Табела 14. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по висини дела прихода који троше на храну**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Мање од 30%	104	44,4	5,60	2,99	53,34	5,00	0,29	5,02	6,18
Од 30% до 50%	95	40,6	6,23	2,72	43,58	6,00	0,28	5,68	6,78
Од 51% до 70%	28	12,0	5,21	2,54	48,83	5,00	0,48	4,23	6,20
Више од 70%	7	3,0	5,29	2,98	56,41	5,00	1,13	2,53	8,05

\*Стопа одговора: 92,5%

### 5.5.3. Разлике у оцени квалитета живота у односу на карактеристике начина живота

Испитаници који се изјашњавају као религиозни оцењују квалитет свог живота нешто нижим оценама (5,66) од других, који се изјашњавају као атеисти или агностици (5,97). Описане разлике су високо статистички значајне ( $U=24,000$ ;  $Z=-2,669$ ;  $p=0,008$ ) (табела 15).

**Табела 15. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по категоријама религиозности**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Да	216	85,7	5,66	2,86	50,58	5,00	0,20	5,27	6,04
Не	36	14,3	5,97	2,69	45,03	6,50	0,45	5,06	6,88

\*Стопа одговора 99,6%

Инволвираност људи у религиозну заједницу оцењивана је према учешћу у религиозним обредима, у конкретном случају, према одласцима у цркву. Испитаници који иду у цркву чине 72,7% узорка; Скоро трећина испитаника која посећује цркву редовно (22,1% узорка) оцењује квалитет живота највишим оценама (6,38), за разлику од оних који не иду, иако би то волели (оцена квалитета живота у овој категорији је 3,91). Међутим, апострофиране разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 16).

**Табела 16. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по укључености у религиозну заједницу**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Да, редовно иде у цркву	56	22,1	6,38	2,69	42,23	6,00	0,36	5,65	7,10
Да, ретко, волео/ла би да може ићи чешће ићи у цркву	128	50,6	5,65	2,76	48,94	5,00	0,24	5,16	6,13
Не, иако би волео/ла да иде	23	9,1	3,91	2,84	72,71	5,00	0,59	2,68	5,14
Не, није ишао/ла ни раније	46	18,2	5,91	2,87	48,49	5,50	0,42	5,06	6,76

\*Стопа одговора: 100 %

Скоро три четвртине испитаника који нису чланови ни једне организације, нити их то занима (73,8% узрока) оцењују свој квалитет живота најнижим оценама (5,45). Испитаници који су актуелно чланови неке организације чине нешто преко петине узорка (22,2%) и они оцењују свој квалитет живота значајно вишим оценама (код активних он износи 6,56 а код других, који су се пасивизирали квалитет живота износи 6,34).

Описане разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 17).

**Табела 17. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по чланству у организацијама**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Да, активно учествује у раду	27	10,7	6,56	2,21	33,64	7,00	0,42	5,68	7,43
Да, није активан/а, а волео/ла би	29	11,5	6,34	3,29	51,85	7,00	0,61	5,09	7,60
Не, био/ла раније, никад посебно активан/на	10	4,0	6,00	2,87	47,78	6,00	0,91	3,95	8,05
Не, нити ме то занима	186	73,8	5,45	2,82	51,65	5,00	0,21	5,04	5,85

\*Стопа одговора 99,6 %

Стари који слободно време користе активно (раде у пољу, у кући или око ње, воде бригу о деци, баве се хобијем или се друже с пријатељима) имају квалитет живота који је незнатно виши од испитаника који слободно време проводе пасивно (читају књиге и/или новине, гледају телевизијски програм, не раде ништа). Већа разлика региструје се када се садржаји слободног времена структурирају према томе да ли омогућавају релаксацију или не (представљају неку врсту принудних активности, које нису увек и жељене). Стари који у слободно време практикују активности које се могу сматрати релаксирајућим, независно од тога да ли подразумевају физичку активност или не, оцењују квалитет свог живота просечном оценом 5,84; остали дају много ниже оцене (4,76).

Описане разлике, међутим, нису и статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 18).

**Табела 18. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по садржају слободног времена**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ							
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval		
								Lower B.	Upper B.	
Слободно време	Активно	21	8,3	5,86	3,21	54,78	5	0,70	4,39	7,32
	Пасивно	232	91,7	5,69	2,80	49,21	5	0,18	5,32	6,05
Слободно време	Релаксирају се	220	87	5,84	2,77	47,43	5	0,19	5,47	6,21
	Не релаксирају се	33	13	4,76	3,04	63,87	5	0,53	3,68	5,84

Испитаници који на недељној бази комуницирају или се посећују са већим бројем ближих рођака и блиских пријатеља имају, у просеку, виши ниво квалитета живота од оних који имају мањи број чланова мреже.

Описане разлике, међутим, нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (Табела 19).

**Табела 19. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по броју чланова другог круга социјалне мреже**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ							
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval		
								Lower B.	Upper B.	
1-2 рођака/пријатеља	12	4,8	4,55	3,27	71,87	5	0,985	2,35	6,74	
3-4 рођака/пријатеља	39	15,7	4,53	2,34	51,66	5	0,401	3,71	5,35	
5-6 рођака/пријатеља	53	21,3	6,76	2,85	42,16	7	0,404	5,95	7,57	
7 и више рођака/пријатеља	145	58,2	5,99	2,63	43,91	5	0,221	5,55	6,42	

Анализа разлика у оценама квалитета живота показује много правилније и веће разлике када се посматра комуникација испитаника са припадницима тзв. трећег круга социјалне мреже (даљи рођаци, даљи пријатељи, колеге с посла, комшије).

Испитаници који на недељној бази комуницирају или се посећују са већим бројем чланова трећег круга социјалне мреже имају у просеку виши ниво квалитета живота од оних који имају мањи број чланова мреже. Стари који наводе постојање ових комуникација са седам и више комшија, колега с посла, даљих пријатеља или рођака оцењују квалитет живота просечним оценама 6,27; они који наводе комуникацију са свега један до два припадника „трећег круга“ социјалне мреже оцењују квалитет свог живота просечном оценом 4,85.

Описане разлике, међутим, нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 20).

**Табела 20. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по броју чланова трећег круга социјалне мреже**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
1-2 комшија/колега	28	11,7	4,85	2,58	53,20	5	0,497	3,83	5,87
3-4 комшија/колега	25	10,5	5,25	3,10	59,05	5	0,632	3,94	6,56
5-6 комшија/колега	43	18,0	5,56	2,84	51,08	5	0,433	4,68	6,43
7 и више комшија/колега	143	59,8	6,27	2,64	42,11	6	0,221	5,83	6,70

#### 5.5.4. Разлике у оцени квалитета живота у односу на здравствене карактеристике испитаника

##### 5.5.4.1. Разлике у оцени квалитета живота у односу на ставове према здрављу

Испитаници који сматрају себе одговорним за своје здравље чине 79,8% узорка, било да се с овом тврдњом слажу у потпуности (39,1%) или делимично (40,7%). И једни и други оцењују квалитет свог живота значајно већим оценама (6,65 односно 5,58) за разлику од оних који се с том тврдњом не слажу (4,14) или немају став (4,00).

Описане разлике нису и статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 21).

**Табела 21. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по по ставу „човек је сам одговоран за своје здравље“**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Слаже се	99	39,1	6,65	2,61	39,28	7,00	0,26	6,13	7,17
Делимично се слаже	103	40,7	5,58	2,64	47,38	5,00	0,26	5,07	6,10
Не слаже се	37	14,6	4,14	2,99	72,34	5,00	0,49	3,15	5,12
Нема став	14	5,5	4,00	2,80	70,03	3,50	0,75	2,38	5,62

\*Стопа одговора: 100%

Сличне разлике постоје и у погледу другог става који одражава однос испитаника према здрављу. Испитаници који сматрају да могу сачувати здравље уколико воде рачуна о њему чине 77,4% узорка, било да се с овом тврдњом слажу у потпуности (35,7%) или делимично (41,7%). И једни и други оцењују квалитет свог живота значајно већим оценама (6,78 односно 5,64) од оних који се с том тврдњом не слажу (4,17).

Ни ове разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 22).

**Табела 22. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по ставу „ако човек води рачуна о здрављу – може га сачувати“**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Слаже се	90	35,7	6,78	2,56	37,83	7,00	0,27	6,24	7,32
Делимично се слаже	105	41,7	5,64	2,68	47,43	5,00	0,26	5,12	6,16
Не слаже се	41	16,3	4,17	2,91	69,69	5,00	0,45	3,25	5,09
Нема став	16	6,3	4,00	2,63	65,83	3,50	0,66	2,60	5,40

\*Стопа одговора: 99,6%

#### 5.5.4.2. Разлике у оцени квалитета живота у односу на стил живота (ризике понашања)

Испитаници који пију кафу чине 80,4% узорка; највиши ниво квалитета живота забележен је у категорији оних који то чине са пријатељима (5,82) или који испијање кафе уопште не упражњавају (5,63).

Описане разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 23).

**Табела 23. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по навици испијања кафе**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Да, сама/сам	55	22,0	5,29	2,92	55,26	5,00	0,39	4,50	6,08
Да, у друштву	146	58,4	5,82	2,82	48,42	5,00	0,23	5,36	6,28
Не	49	19,6	5,63	2,73	48,47	5,00	0,39	4,85	6,42

Стопа одговора: 98,8%

Највиши ниво квалитета живота (6,00) забележен је у категорији испитаника који су пушили раније, али сада не пуше. Актуелни пушачи оценили су квалитет свог живота далеко нижим оценама (у просеку 5,10). Описане разлике нису статистички значајне (табела 24).

**Табела 24. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по навици пушења**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Да, актуелно	21	8,3	5,10	3,14	61,67	5,00	0,69	3,66	6,53
Да, раније, сада не	53	20,9	6,00	2,65	44,22	6,00	0,36	5,27	6,73
Не, никада	179	70,8	5,68	2,85	50,12	5,00	0,21	5,26	6,10

Стопа одговора: 100%

Испитаници који пију алкохол умерено (24,6% испитаника) имају највиши ниво квалитета живота (6,40), као и они који га никад нису користили (просечна оцена у овој категорији испитаника која чини 60,3% узорка износи 5,58).

**Табела 25. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по конзумацији алкохола**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Да, актуелно, неумерено	2	0,8	4,50	0,71	15,71	4,50	0,50	-1,85	10,85
Да, актуелно, умерено	62	24,6	6,40	2,92	45,66	7,00	0,37	5,66	7,15
Да, раније, сада не	36	14,3	4,94	2,54	51,42	5,00	0,420	4,08	5,80
Не, никада	152	60,3	5,58	2,82	50,47	5,00	0,23	5,13	6,03

Стопа одговора: 99,6%

Најниже оцене забележене су у категорији испитаника који актуелно пију или су пили раније, сада не (4,50-4,94).

Описане разлике, међутим, нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 25).

Испитаници који имају умерену физичку активност, примерену својим годинама имају највиши квалитет живота (54,2% узорка) – 6,39. Квалитет живота је веома висок (6,26) чак и код испитаника чија физичка активност прелази границе - за њихове године - примерене активности (ови испитаници чине 17,1% узорка). Најнижи ниво квалитета живота (4,13)



регистрован је у категорији испитаника који немају никакву физичку активност (28,7% узорка).

Описане разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 26).

**Табела 26. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по физичкој активности**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv(%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Никаква	72	28,7	4,13	2,63	63,73	5,00	0,31	3,51	4,74
Умерена, примерена годинама	136	54,2	6,39	2,60	40,72	6,00	0,22	5,95	6,83
Прекомерна за моје године	43	17,1	6,26	2,77	44,25	7,00	0,42	5,40	7,11

Стопа одговора: 99,2%

Испитаници који једу више него што би требало (12,9%) имају нешто нижи ниво квалитета живота (5,66) него други (87,1% ових "других" оцењује квалитет свог живота тек незнатно вишим просечним оценама – 5,73).

Описане разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 27).

**Табела 27. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по прекомерној исхрани**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv(%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Да, једем више него што треба	32	12,9	5,66	2,61	46,11	5,50	0,46	4,72	6,60
Не	217	87,1	5,73	2,86	49,88	5,00	0,19	5,35	6,12

Стопа одговора: 98,4%

Испитаници који не досољавају храну (70,4% испитаника) оцењује квалитет свог живота просечном оценом 5,63; други, који то чине оцењују квалитет живота вишим оценама (испитаници који то чине понекад 5,82 а они који то чине стално 6,13).

Наведене разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 28).

**Табела 28. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по навиви досољавања хране**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Да, досољавам увек	23	9,3	6,13	2,56	41,83	6,00	0,54	5,02	7,24
Да, досољавам понекад	50	20,2	5,82	2,72	46,79	5,00	0,38	5,05	6,59
Не досољавам	174	70,4	5,63	2,88	51,23	5,00	0,22	5,20	6,06

Стопа одговора: 97,6%

#### 5.5.4.3. Разлике у оцени квалитета живота у односу на здравствене (медицинске или биолошке) ризике

Повишен холестерол има 38,5% испитаника. Највиши ниво квалитета живота имају испитаници који имају повишен холестерол, али га лече (6,00) и они који негирају да имају повишен холестерол (5,77). Чак 10,3% испитаника не зна да ли има или нема повишен холестерол. Ова категорија испитаника има најнижу вредност оцене квалитета живота (5,12).

Описане разлике су статистички значајне ( $U=24,000$ ;  $Z=-1,994$ ;  $p=0,046$ ) (табела 29).

**Табела 29. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по категоријама хиперхолестеролемије**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Да, али не лечим	34	13,5	5,29	2,30	43,53	5,00	0,40	4,49	6,10
Да, али лечим	63	25,0	6,00	2,60	43,38	5,00	0,33	5,34	6,66
Не	129	51,2	5,77	3,00	52,06	5,00	0,26	5,24	6,29
Не знам	26	10,3	5,12	3,14	61,35	5,00	0,62	3,85	6,38

Стопа одговора: 99,6%

За постојање повишених триглицерида зна 37,4% испитаника. Они који га лече (24,3%) имају највиши ниво квалитета живота (5,98), као и они који овај фактор ризика негирају (51,0% испитаника који чини ову категорију оцењује квалитет живота оценом 5,83). Најнижи ниво квалитета живота (4,72) забележен је код 11,6% узорка који не зна да ли има или нема повишене триглицериде. Међутим, описане разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) табела 30).

**Табела 30. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по категоријама триглицеридемије**

КАТЕГОРИЈА	N	%	DESKRIPTIVNI STATISTIČKI PARAMETRI						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Да, али не лечим	33	13,1	5,42	2,30	42,53	5,00	0,40	4,61	6,24
Да, али лечим	61	24,3	5,98	2,57	43,01	5,00	0,33	5,32	6,64
Не	128	51,0	5,83	2,96	50,75	5,00	0,26	5,31	6,35
Не знам	29	11,6	4,72	3,25	68,86	5,00	0,60	3,49	5,96

Стопа одговора: 98,8%

Сличан налаз регистрован је и у погледу повишених вредности шећера у крви. Испитаници који су свесни присуства овог фактора ризика, али се с њим боре (лечи се 26,9% узорка) имају највиши ниво квалитета живота (6,03), као и испитаници који негирају постојање повишеног шећера у крви (61,1% испитаника који чине ову категорије оцењује квалитет свог живота просечном оценом 5,71).

Најниже просечне оцене квалитета живота (4,75) забележене су у групи испитаника које не знају за постојање овог фактора ризика (6,3% узорка).

Иако на самој граници статистичке значајности, описане разлике ипак нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (Табела 31).

**Табела 31. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по категоријама хипергликемије**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Да, али не лечи	12	4,7	5,00	2,92	58,46	5,00	0,84	3,14	6,86
Да, али лечи	68	26,9	6,03	2,77	45,94	6,00	0,34	5,36	6,70
Не	157	62,1	5,71	2,82	49,35	5,00	0,22	5,26	6,15
Не зна	16	6,3	4,75	3,11	65,45	4,50	0,78	3,09	6,41

Стопа одговора: 100%

Испитаници који себе не сматрају гојазним (65,6% узорка) и они који гојазност лече (4,9% узорка) имају највише оцене квалитета живота (5,80, односно 5,83). Као и у другим случајевима, испитаници који не знају да ли су гојазни или не, имају најниже вредности квалитета живота (3,86).

Описане разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (Табела 32).

**Табела 32. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по категоријама гојазности**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Да, али не лечи	66	26,7	5,59	2,57	46,01	5,00	0,32	4,96	6,22
Да, али лечи	12	4,9	5,83	2,86	48,97	5,50	0,82	4,02	7,65
Не	162	65,6	5,80	2,95	50,84	5,00	0,23	5,34	6,26
Не зна	7	2,8	3,86	2,41	62,44	5,00	0,91	1,63	6,09

Стопа одговора: 97,6%

#### 5.5.4.4. Разлике у оцени квалитета живота у односу на стрес

Параметри квалитета живота испитаника у односу на постојање одређеног стресног догађаја приказани су у табели 33.

Неких стресних догађаја из Holms-Raheove скале није било, па исти нису ни приказани у табели, а то су: развод, ратно раздвајање, крај рата, трудноћа, велика хипотека, промена одговорности на послу, проблеми са законом, велика хипотека, супружник добија/губи посао, проблем са шефом, промене у школи, мања хипотека или зајам, мање повреде закона.

Неки сасвим ретки догађаји (хапшење/затварање, отпуштање с посла, преуређење посла) који се појављују код 1 испитаника такође су скинути с листе.

Најчешћи стресни догађаји који су регистровани код испитаника су: Божић (који се као извор стреса појављује у 83,8% случајева), лична болест или повреда (овај догађај забележен је у 43,90% случајева), промене у исхрани (у 43,50% случајева), затим промене финансијског стања (39,90%), промене у социјалним активностима (30,40%), промене здравља члана породице (29,20%) и одмор (24,50% случајева).

Између категорија испитаника који су имали или нису имали одређени стресни догађај регистроване су разлике у квалитету живота, али оне (у већини случајева) нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ).

Једини изузетак у том смислу је статистички значајна разлика која се појављује код промена у социјалним активностима ( $p=0,040$ ): испитаници који су имали овај стресни догађај у протеклих годину дана имају статистички значајно нижи квалитет живота (4,14) од оних који га нису имали (6,38) и код промене здравља члана/чланова породице ( $p=0,032$ ): испитаници код којих постоји промена здравља неког члана породице квалитет живота процењују просечном оценом 5,32, за разлику од оних код којих не постоје промене у здрављу чланова породице где је просечна оцена 5,85 (табела 33).

**Табела 33. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по врсти стресних догађаја у последњих годину дана**

КАТЕГОРИЈА		N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
				X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
									Lower B.	Upper B.
Смрт супружника	Има	9	3,6	6,22	3,03	48,71	7	1,01	3,89	8,55
	Нема	244	96,4	5,68	2,83	49,82	5	0,18	5,32	6,04
Смрт блиског члана породице	Има	44	17,4	5,32	2,74	51,50	5	0,41	4,48	6,15
	Нема	209	82,6	5,78	2,85	49,31	5	0,20	5,39	6,17
Лична болест или повреда	Има	111	43,9	4,68	2,60	55,56	5	0,25	4,20	5,17
	Нема	142	56,1	6,49	2,76	42,53	7	0,23	6,04	6,95
Женидба/удаја	Има	5	2,0	4,60	4,62	100,43	3	2,06	-1,13	10,33
	Нема	248	98,0	5,72	2,80	48,95	5	0,18	5,37	6,07
Пензионисање	Има	3	1,2	5,67	3,05	53,79	5	1,64	-1,92	13,26
	Нема	250	98,8	5,70	2,83	49,56	5	0,18	5,35	6,05
Промене здравља чл. Породице	Има	74	29,2	5,32	2,91	54,70	5	0,34	4,65	6,00
	Нема	179	70,8	5,85	2,79	47,69	5	0,21	5,44	6,27
Сексуалне тешкоће	Има	6	2,4	4,00	3,69	92,65	4	1,51	0,13	7,87
	Нема	247	97,6	5,74	2,80	48,78	5	0,18	5,39	6,10
Принова у породици	Има	9	3,6	5,56	1,67	30,04	5	0,56	4,27	6,84
	Нема	244	96,4	5,70	2,87	50,35	5	0,18	5,34	6,07
Промена финансијског стања	Има	101	39,9	4,59	2,77	60,35	5	0,28	4,05	5,14
	Нема	152	60,1	6,43	2,63	40,90	7	0,21	6,01	6,86
Нове свађе са супружником	Има	31	12,3	3,87	2,60	67,18	3	0,46	2,92	4,82
	Нема	222	87,7	5,95	2,77	46,55	5,5	0,19	5,59	6,32
Скидање хипотеке, враћање дуга	Има	12	4,7	5,25	2,80	53,33	5	0,81	3,47	7,03
	Нема	241	95,3	5,72	2,84	49,65	5	0,18	5,36	6,08
Сепарација детета	Има	7	2,8	2,71	1,60	59,04	3	0,61	1,23	4,20
	Нема	246	97,2	5,78	2,81	48,62	5	0,18	5,43	6,14
Истакнуто лично достигнуће	Има	7	2,8	7,57	2,23	29,46	8	0,84	5,51	9,63
	Нема	246	97,2	5,65	2,83	50,09	5	0,18	5,29	6,00
Почетак/завршетак школовања	Има	10	4,0	4,50	2,12	47,11	5	0,67	2,98	6,02
	Нема	243	96,0	5,75	2,85	49,57	5	0,18	5,39	6,11
Промене животних услова	Има	33	13,0	3,27	2,34	71,56	3	0,41	2,44	4,10
	Нема	220	87,0	6,06	2,72	44,88	6	0,18	5,70	6,43
Промене личних навика	Има	50	19,8	4,68	2,76	58,97	5	0,39	3,90	5,46
	Нема	203	80,2	5,95	2,80	47,06	5	0,20	5,56	6,34
Промене услова рада	Има	3	1,2	5,00	5,00	100	5	2,89	-7,42	17,42
	Нема	250	98,8	5,71	2,81	49,21	5	0,18	5,36	6,06
Промене услова становања	Има	11	4,3	2,64	2,30	87,12	2	0,69	1,10	4,18
	Нема	242	95,7	5,84	2,78	47,60	5	0,18	5,49	6,19
Промене у начину забаве	Има	13	5,1	4,69	2,93	62,47	5	0,81	2,92	6,46
	Нема	240	94,9	5,75	2,82	49,04	5	0,18	5,40	6,11
Промене у цркв.активностима	Има	17	6,7	3,59	2,87	79,94	4	0,70	2,11	5,07
	Нема	236	93,3	5,85	2,77	47,35	5	0,18	5,50	6,21
Промене у соц.активностима	Има	77	30,4	4,14	2,62	63,29	5	0,30	3,55	4,74
	Нема	176	69,6	6,38	2,65	41,54	6	0,20	5,99	6,77
Промене броја чл.породице	Има	19	7,5	5,16	2,93	56,78	5	0,67	3,75	6,57
	Нема	234	92,5	5,74	2,82	49,13	5	0,18	5,38	6,11
Промене у исхрани	Има	110	43,5	4,82	2,97	61,62	5	0,28	4,26	5,38
	Нема	143	56,5	6,38	2,53	39,66	6	0,21	5,96	6,80
Одмор	Има	62	24,5	5,81	3,16	54,39	6	0,40	5,00	6,61
	Нема	191	75,5	5,66	2,72	48,06	5	0,20	5,28	6,05
Божић	Има	212	83,8	5,71	2,88	50,44	5	0,20	5,32	6,10
	Нема	41	16,2	5,66	2,56	45,23	5	0,40	4,85	6,47

По правилу испитаници који су имали одређени стресни догађај имају нижи квалитет живота, независно од тога да ли је реч о "позитивном" или "негативном" стресном догађају. Изузетак од тога су Божић, одмор, истакнуто лично достигнуће и смрт супружника. Испитаници који су имали ове стресне догађаје у протеклих годину дана имају виши квалитет живота.

У табели 34 приказани су параметри квалитета живота у односу на број стресних догађаја. Они показују да квалитет живота опада пропорционално повећању броја стресних догађаја.

**Табела 34. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по броју стресних догађаја у последњих годину дана**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
1 стресни догађај	30	11,9	7,13	2,62	36,75	7,5	0,48	6,15	8,11
2 стресна догађаја	44	17,4	6,20	2,53	40,81	6	0,38	5,44	6,97
3 стресна догађаја	40	15,8	6,50	2,55	39,23	6,5	0,40	5,68	7,32
4 стресна догађаја	28	11,1	5,89	3,01	51,10	6	0,57	4,73	7,06
5 стресних догађаја	28	11,1	5,29	2,32	43,86	5	0,44	4,38	6,19
6 и више стресних догађаја	67	26,5	4,22	2,86	67,77	4	0,35	3,53	4,92

Описане разлике међутим нису статистички значајне.

Анализа разлика у нивоу квалитета живота у односу на скор стреса, израчунат као збир сума стресова свих стресних догађаја присутних у последњих годину дана, такође, показује правилност. Испитаници који имају већи скор стреса имају ниже оцене квалитета живота. Стари чији се стрес у последњих годину дана вреднује на скали стреса испод 70 (мали стрес) имају квалитет живота 6,59; испитаници чији се стрес може сматрати изузетно великим (сума стреса 140 и више) имају квалитет живота који је оцењен просечном оценом 4,55.

Описане разлике, међутим, нису и статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 35).

**Табела 35. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по суми скорa стреса у последњих годину дана**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Скор стреса до 70	78	32,9	6,59	2,59	39,30	7	0,29	6,01	7,17
Скор стреса од 71 до 140	82	34,6	5,84	2,72	46,58	5	0,30	5,24	6,44
Скор стреса 140 и више	77	32,5	4,55	2,87	63,08	5	0,33	3,89	5,20

#### 5.5.4.5. Разлике у оцени квалитета живота у односу на здравствено стање

Оцена квалитета живота опада пропорционално опадању способности кретања; највиша је код потпуно покретних (6,89) и покретних уз незнатне тешкоће (6,84), а најмања код испитаника који се крећу уз велике тешкоће (4,47) и непокретних (2,75).

Описане разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 36).

**Табела 36. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по категоријама покретљивости**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Не може да се креће	4	1,6	2,75	2,63	95,64	3,00	1,32	-1,43	6,93
Има тешке проблеме при ходу	79	31,2	4,47	2,97	66,42	5,00	0,33	3,80	5,13
Има средње проблеме при ходу	58	22,9	5,31	2,43	45,74	5,00	0,32	4,67	5,95
Има мале проблеме при ходу	31	12,3	6,84	2,62	38,33	7,00	0,47	5,88	7,80
Нема проблеме при ходу	81	32,0	6,89	2,37	34,43	7,00	0,26	6,36	7,41

Стопа одговора: 100%

Више од две трећине узорка које чине испитаници који могу сами да воде бригу о себи (немају проблеме при умивању и облачењу) оцењује квалитет свог живота највишим оценама (6,47); 18,4% испитаника који имају средње или мале проблеме при облачењу и умивању оценило је квалитет свог живота просечном, оценом у распону од 4,13 до 4,91.

Најлошије оцене дали су испитаници који имају велике проблеме при облачењу и умивању или то уопште самостално не могу да чине; њих 12% оценило је квалитет свог живота просечним оценама у распону од 3,12 до 3,25.

Описане разлике нису статистички значајне (табела 37).

**Табела 37. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по категоријама бриге о себи**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Не може сам/ма да се умие или обуче	4	1,6	3,25	3,30	101,66	3,00	1,65	-2,01	8,51
Има велике проблеме при умивању и облачењу	26	10,4	3,12	2,37	76,03	3,00	0,46	2,16	4,07
Има средње проблеме при умивању и облачењу	24	9,6	4,13	2,56	61,96	4,50	0,52	3,04	5,21
Има мале проблеме при умивању и облачењу	22	8,8	4,91	2,65	54,03	5,00	0,57	3,73	6,09
Нема проблеме при умивању и облачењу	175	69,7	6,47	2,59	39,97	7,00	0,20	6,09	6,86

Стопа одговора: 99,2%

Више од половине испитаника који немају проблеме при обављању свакодневних активности или су они сасвим мали, оцењује квалитет свог живота највишим оценама (од 7,01 до 6,21). На другој страни су две категорије испитаника које не могу саме да обављају свакодневне активности или при обављању истих имају веома велике проблеме (3,97 до 3,46).

Описане разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 38).

**Табела 38. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по категоријама могућности обављања свакодневних активности**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv(%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Не може уопште да обавља уобичајене активности	28	11,1	3,46	3,06	88,47	2,50	0,58	2,28	4,65
Има велике проблеме при обављању уобичајених активности	34	13,4	3,97	2,32	58,34	5,00	0,40	3,16	4,78
Има средње проблеме при обављању уобичајених активности	57	22,5	5,16	2,51	48,57	5,00	0,33	4,49	5,82
Има мале проблеме при обављању уобичајених активности	29	11,5	6,21	2,48	40,00	5,00	0,46	5,26	7,15
Нема проблеме при обављању уобичајених активности	105	41,5	7,01	2,44	34,81	7,00	0,24	6,54	7,48

Стопа одговора: 100%

Испитаници који имају изузетно велике болове и неугодности оцењују квалитет свог живота просечном оценом 2,94. Оцена квалитета живота и постојање бола налазе се у обрнутој пропорцији: са опадањем бола и неугодности, квалитет живота расте. Испитаници који немају болове и неугодности или су оне изузетно мале (ове две категорије испитаника чине 37,4% узорка), оцењују квалитет свог живота у распону од 7,12 до 7,32.

Описане разлике су статистички значајне ( $U=20,000$ ;  $Z=-2,276$ ;  $p=0,023$ ) (табела 39).

**Табела 39. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по категоријама бола/неугодности**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv(%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Има изузетно велике болове и неугодности	17	6,7	2,94	2,51	85,44	3,00	0,61	1,65	4,23
Има велике болове и неугодности	50	19,8	4,26	2,86	67,04	5,00	0,40	3,45	5,07
Има средње болове и неугодности	92	36,4	5,45	2,50	45,94	5,00	0,26	4,93	5,96
Има мале болове и неугодности	44	17,4	7,32	1,91	26,15	7,00	0,29	6,74	7,90
Нема ни болове ни неугодности	50	19,8	7,12	2,62	36,74	8,00	0,37	6,38	7,86

Стопа одговора: 100%

Испитаници који су изузетно много или веома депресивни (анксиозни) чине 15,5% узорка; испитаници ове две категорије оцењују квалитет живота просечним оценама у распону од 3,50 до 4,20. Средње депресивни (анксиозни) 4,75 а лако анксиозни 6,06. Испитаници који уопште нису анксиозни (депресивни) оцењују квалитет свог живота просечном оценом 6,96.

Описане разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 40).

**Табела 40. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по категоријама анксиозности/депресивности**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Изузетно много анксиозан/на или депресиван/на	5	2,0	4,20	3,11	74,14	5,00	1,39	0,33	8,07
Веома анксиозан/на или депресиван/на	34	13,5	3,50	2,87	82,11	4,00	0,49	2,50	4,50
Средње анксиозан/на или депресиван/на	65	25,9	4,75	2,26	47,52	5,00	0,28	4,19	5,31
Лагано анксиозан/на или депресиван/на	50	19,9	6,06	2,65	43,78	6,00	0,38	5,31	6,81
Није уопште анксиозан/на или депресиван/на	97	38,6	6,96	2,57	36,98	8,00	0,26	6,44	7,48

Стопа одговора: 99,2%

#### 5.5.4.6. Разлике у оцени квалитета живота у односу на дијагностиковане болести

Испитаници који имају одређену болест по правилу имају нижи квалитет живота. Једини изузетак у том смислу су оболели од шећерне болести (табела 41).

**Табела 41. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота испитаника по болестима од којих тренутно болују**

ОБЕЛЕЖЈЕ / ВРСТА БОЛЕСТИ	КАТЕГОРИЈА	N*	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
				X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
									Lower B.	Upper B.
Ангина пекторис	Има	118	46,6	5,68	2,79	49,12	5	0,26	5,17	6,19
	Нема	135	53,4	5,72	2,78	48,60	5	0,25	5,23	6,21
Апоплексија (шлог)	Има	11	4,3	5,64	3,29	58,33	5	0,99	3,42	7,85
	Нема	242	95,7	5,70	2,82	49,47	5	0,18	5,35	6,06
Цереброваскуларне кризе	Има	9	3,6	5,44	3,87	71,14	5	1,29	2,46	8,42
	Нема	244	96,4	5,71	2,79	48,86	5	0,18	5,36	6,06
Шећерна болест	Има	72	28,5	5,89	2,74	46,52	5	0,32	5,24	6,53
	Нема	181	71,5	5,62	2,87	51,07	5	0,21	5,20	6,05
Болест жучне кесе	Има	31	12,3	4,87	2,58	52,98	5	0,46	3,93	5,82
	Нема	222	87,7	5,82	2,85	48,97	5	0,19	5,44	6,19
Опструктивна болест плућа (астма, емфизем)	Има	21	8,3	4,62	2,87	62,12	5	0,63	3,31	,93
	Нема	232	91,7	5,80	2,81	48,45	5	0,18	5,43	6,16
Болести бубрега и мокраћних канала	Има	41	16,2	4,83	2,67	55,28	5	0,42	3,99	5,67
	Нема	212	83,8	5,87	2,83	48,21	5	0,20	5,48	6,25
Малигна обољења	Има	13	5,1	4,23	3,54	83,69	4	0,98	2,09	6,37
	Нема	240	94,9	5,78	2,77	47,92	5	0,18	5,43	6,13
Депресија	Има	25	9,9	4,88	3,01	61,68	5	0,60	3,64	6,12
	Нема	228	90,1	5,79	2,80	48,36	5	0,19	5,42	6,16

Далеко веће (и правилније) разлике уочавају се у погледу броја болести.

Код испитаника који имају већи број болести региструје се нижи квалитет живота, и обрнуто. Испитаници који, сем хипертензије немају ни једну другу болест имају квалитет живота који се оцењује просечном оценом 6,16. Испитаници са хипертензијом и једном болешћу имају квалитет живота 5,66. Код старих који, осим хипертензије имају три и/или четири и више болести имају квалитет живота који се оцењује просечним оценама 4,86 или мање.

Описане разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 42).

**Табела 42. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота испитаника по броју болести од којих тренутно болују**

КАТЕГОРИЈА	N*	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Само хипертензија	73	28,9	6,16	2,85	46,27	6	0,33	5,50	6,83
Хипертензија +1 болест	80	31,6	5,66	2,59	45,76	5	0,29	5,09	6,24
Хипертензија + 2 болести	53	20,9	5,87	3,00	51,11	5	0,41	5,04	6,69
Хипертензија + 3 болести	37	14,6	4,86	2,99	61,52	5	0,49	3,87	5,86
Хипертензија + 4 и више болести	10	4,0	4,80	2,57	53,54	5	0,81	2,96	6,64

#### 5.5.4.7. Разлике у оцени квалитета живота у односу на здравствену заштиту

Испитаници који перципирају да институције брину о здрављу старих људи (44,8% испитаника), имају највиши ниво квалитета живота (они који сматрају бригу друштва континуираном 6,51 а други, који бригу друштва описују као повремену 5,67); испитаници који сматрају да институције друштва не брину о здрављу старих људи (40,4% узорка) оцењују квалитет свог живота просечном оценом 5,27.



Апострофиране разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 43).

**Табела 43. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по перцепцији бриге о здрављу друштвених институција**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Да, континуирано брину	57	22,8	6,51	2,77	42,58	7,00	0,37	5,77	7,24
Да, повремено брину	55	22,0	5,67	2,44	43,07	5,00	0,33	5,01	6,33
Не	101	40,4	5,27	3,07	58,24	5,00	0,30	4,66	5,87
Не знам, немам став	37	14,8	5,68	2,69	47,32	5,00	0,44	4,78	6,57

Стопа одговора: 98,8%

Испитаници који процењују приступачност одличном и наводе да могу увек да се обрате за помоћ здравственој служби чине 44,4% узорка; они оцењују квалитет свог живота највишим просечним оценама (6,59). Испитаници који не могу да се обрате служби због ограничења која се односе на породицу или се нису изјаснили о томе оцењују квалитет свог живота најнижим оценама (3,38 односно 3,83).

Описане разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 44).

**Табела 44. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по перцепцији расположивости услуга примарне заштите**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv(%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Могу	112	44,4	6,59	2,66	40,30	7,00	0,25	6,09	7,09
Не могу увек, ограничења везана за здр. службу	118	46,8	5,25	2,74	52,11	5,00	0,25	4,75	5,74
Не могу увек, ограничења везана за породицу	16	6,3	3,38	2,80	82,90	2,50	0,70	1,88	4,87
Не може уопште	6	2,4	3,83	1,84	47,91	4,00	0,75	1,91	5,76

Стопа одговора: 99,6%

Испитаници који се нису обраћали лекару специјалисти у протеклих годину дана јер за тим није било потребе (26,5%) или су се обраћали једном до два пута (34,9%) имају највиши ниво квалитета живота (6,03-5,93).

Скоро 40% осталих који су у више наврата користили услуге лекара специјалисте оцењује квалитет свог живота значајно нижим оценама (5,33).

Описане разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 45).

**Табела 45. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по броју посета код лекара специјалисте**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Није било потребе	66	26,5	6,03	3,11	51,54	5,00	0,38	5,27	6,79
Једанпут до двапут	87	34,9	5,93	2,64	44,60	6,00	0,28	5,37	6,49
Три или више пута	96	38,6	5,33	2,75	51,63	5,00	0,28	4,78	5,89

Стопа одговора: 98,4%

### 5.5.5. Разлике у оцени квалитета живота у односу на породичне карактеристике испитаника

Највиши ниво квалитета живота забележен је у категорији испитаника који су у некој врсти заједнице (брачне или ванбрачне, свеједно) – 5,96, а најнижи код разведених (5,06). Испитаници који су у заједници са (брачним или ванбрачним) партнером чине 49% свих испитаника, колико отпада на оне који су сами (неожењени/неудате, односно, удовци/удовице). Испитаници који су из различитих разлога живе сами оцењују квалитет живота релативно сличним оценама (5,60 односно 5,50).

Ове разлике међутим нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 46).

**Табела 46. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по брачном статусу**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Неожењен/неудата	5	2,0	5,60	2,19	39,13	5,00	0,98	2,88	8,32
Ожењен/удата, у ванбрачној заједници	124	49,0	5,96	2,87	48,19	5,50	0,26	5,45	6,47
Разведен/разведена	16	6,3	5,06	3,09	61,01	5,00	0,77	3,42	6,71
Удовац/удовица	108	42,7	5,50	2,77	50,42	5,00	0,27	4,97	6,03

\*Стопа одговора: 100,0%

Испитаници који немају деце оцењују квалитет живота најнижим оценама (4,50); на срећу они чине свега 7,2% узорка. За разлику од наведених категорија, испитаници који имају децу оцењују квалитет свог живота значајно вишим оценама; оцена је највиша код испитаника који имају једно (6,16), двоје (5,76), а најмања код испитаника који имају троје деце (5,19).

Ове разлике међутим нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 47).

**Табела 47. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по броју деце**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Нема деце, никад их није имао/ла	12	4,8	4,50	3,68	81,78	5,00	1,062	2,16	6,84
Имао, сада нема	6	2,4	4,50	3,27	72,69	4,50	1,335	1,07	7,93
Има једно	62	24,7	6,16	2,40	39,03	5,00	0,305	5,55	6,77
Има двоје	144	57,4	5,76	2,86	49,65	5,00	0,238	5,29	6,24
Има троје и више	27	10,8	5,19	3,04	58,55	5,00	0,585	3,98	6,39

\*Стопа одговора: 99,2%

Ако се изузме категорија испитаника који живе са рођацима, а која чини свега 1,2% узорка и оцењује квалитет живота највишим оценама (7,00), више оцене квалитета живота регистроване су у категоријама испитаника који живе са својим брачним или ванбрачним партнером и крећу се од 6,36 (код испитаника који живе са партнером, децом и унуцима) до 5,69 (који живе само с партнером). У прилог важности партнера говори и најнижа просечна оцена квалитета живота у категорији испитаника који живе само с децом и унуцима (5,19).

Испитаници који живе сами чине четвртину узорка и оцењују свој квалитет живота оценама које се налазе у описаном распону од највиших до најнижих (5,63).

Ове разлике, међутим, нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 48).

**Табела 48. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по структури домаћинства (члановима домаћинства са којима живи)**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Сам/сама	64	25,6	5,63	2,95	52,34	5,00	0,37	4,89	6,36
Са брачним/ванбрачним партнером	80	32,0	5,69	2,96	52,06	5,00	0,33	5,03	6,35
Са брачним/ванбрачним партнером и децом	13	5,2	5,92	1,94	32,69	6,00	0,54	4,75	7,09
Са брачним/ванбрачним партнером, децом и унуцима	33	13,2	6,36	3,01	47,31	7,00	0,52	5,30	7,43
Са децом	14	5,6	5,36	2,10	39,14	5,00	0,56	4,15	6,57
Са децом и унуцима	43	17,2	5,19	2,78	53,56	5,00	0,42	4,33	6,04
Са рођацима/старатељима	3	1,2	7,00	3,00	42,86	7,00	1,73	-45	14,45

\*Стопа одговора: 98,8%

Оцена квалитета живота показује неправилне варијације у односу на број чланова домаћинства (табела 49).

**Табела 49. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по броју чланова домаћинства**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
1	66	26,1	5,76	2,87	49,83	5,5	0,35	5,05	6,46
2	89	35,2	5,69	2,95	51,85	5	0,31	5,07	6,30
3-4	33	13	5,03	2,47	49,11	5	0,43	4,16	5,91
5+	65	25,7	6,00	2,83	47,17	5	0,35	5,30	6,70

\*Стопа одговора: 100%

Оцена квалитета живота расте паралелно са оценом односа које испитаник има са члановима домаћинства у коме живи – највиши су када су ти односи “одлични” (6,34), а најнижа када се односи са члановима домаћинства оцењују као “ужасни” (2,63).

Ове разлике, међутим, нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 50).

**Табела 50. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по категоријама односа са члановима домаћинства**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Одлични	95	38,2	6,34	2,83	44,65	7,00	0,29	5,76	6,91
Добри	69	27,7	5,42	2,74	50,46	5,00	0,33	4,76	6,08
Лоши	16	6,4	4,56	2,00	43,84	5,00	0,50	3,50	5,63
Ужасни	8	3,2	2,63	1,92	73,12	2,50	0,68	1,02	4,23
Није примењиво питање	61	24,5	5,80	2,93	50,55	6,00	0,38	5,05	6,55

\*Стопа одговора: 98,4%

### 5.5.6. Разлике у оцени квалитета живота у односу на карактеристике места живљења

Највиши ниво квалитета живота имају испитаници настањени у граду (5,89), који иначе чине 54,7% узорка. Најнижи ниво квалитета живота забележен је код испитаника који живе у приградским насељима (5,35).

Међутим, разлике у просечним оценама квалитета живота међу категоријама су статистички значајне ( $U=23,500$ ;  $Z=-2,106$ ;  $p=0,035$ ) (табела 51).

**Табела 51. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по типу насеља**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Град	138	54,5	5,89	2,71	46,08	6,00	0,23	5,43	6,35
Приградско насеље	20	7,9	5,35	2,76	51,55	5,00	0,62	4,06	6,64
Село	95	37,5	5,49	3,01	54,90	5,00	0,31	4,88	6,11

\*Стопа одговора: 100%

Испитаници настањени у стану чине скоро четвртину свих испитаника (24,5%); они имају за нијансу виши ниво квалитета живота (5,79) у односу на оне који живе у кући (5,65).

Ове разлике су статистички значајне ( $U=22,500$ ;  $Z=-2,454$ ;  $p=0,014$ ) (табела 52).

**Табела 52. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по врсти стамбеног објекта**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Кућа са двориштем	172	68,0	5,65	2,91	51,45	5,00	0,22	5,21	6,08
Помоћна зграда	18	7,1	5,78	2,36	40,92	5,00	0,56	4,60	6,95
Стан	62	24,5	5,79	2,78	48,05	6,00	0,35	5,08	6,50
Друго	1	0,4	const						

\*Стопа одговора: 100%

Иако нису тако изражене, разлике постоје и у односу на одвојеност спаваћег дела, прикључак на водовод и канализацију и начин грејања стана.

Испитаници који живе у стамбеном простору у коме је спаваћи део одвојен чине 92,5% узорка; они оцењују ниво квалитета живота вишим оценама (5,90) него други, који спавају у заједничком делу домаћинства (3,53).

Ове разлике међутим нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 53).

**Табела 53. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по условима за спавање**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Одвојен део за спавање	233	92,5	5,90	2,72	46,02	5,00	0,18	5,55	6,25
Друго	19	7,5	3,53	3,24	91,73	3,00	0,74	1,97	5,09

\*Стопа одговора: 99,6%

Атрибути комфора могу се довести у везу са разликама у нивоу квалитета; ово се може видети у односу на поседовање ТВ уређаја, телефона, прикључка на водовод и канализацију, одвојеност спаваћег дела у стану, начин загревања стана, нешто мање у односу на поседовање радио апарата и прикључка на интернет. Значајно веће разлике забележене су у односу на

следећа два обележја:

Испитаници који имају телефонски прикључак (95,7% узорка) и исти користе, имају дупло већи ниво квалитета живота (5,82) од оних који телефонски прикључак немају (2,90).

Ове разлике међутим нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 54).

**Табела 54. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по поседовању телефона**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Да, и користи га	242	95,7	5,82	2,78	47,84	5,00	0,18	5,47	6,17
Да, али га не користи	1	0,4	Const						
Не	10	4,0	2,90	2,77	95,41	2,50	0,88	,92	4,88

\*Стопа одговора: 100%

Категорија испитаника чије домаћинство има прикључак на водовод и канализацију која чини највећи део (94,9%) узорка оцењује квалитет живота просечном оценом 5,80. Испитаници који наведени прикључак немају оцењују квалитет живота просечном оценом 3,92.

Ове разлике међутим нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 55).

**Табела 55. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по прикључка домаћинства на водовод и канализацију**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Да	240	94,9	5,80	2,79	48,10	5,00	0,18	5,44	6,15
Не	13	5,1	3,92	3,10	78,95	3,00	0,86	2,05	5,79

\*Стопа одговора: 100%

Испитаници који користе системе даљинског грејања или пећи на струју (мало више од половине узорка) оцењују квалитет живота просечном оценом шест и више; други, који за грејање станова користе пећи на течна и чврста горива оцењују квалитет живота просечном оценом пет и/или мање.

Иако су на самој граници, описане разлике нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 56).

**Табела 56. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по начину загревања стамбеног простора**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Парно грејање	107	42,5	6,36	2,70	42,39	6,00	0,26	5,84	6,87
Пећи на струју	23	9,1	6,09	2,63	43,14	6,00	0,55	4,95	7,22
Пећи на течном гориву	4	1,6	4,50	4,20	93,40	4,00	2,10	-2,19	11,19
Пећи на чврстом гориву	118	46,8	5,08	2,84	55,87	5,00	0,26	4,56	5,59
Не загрева се	0	0	const						

\*Стопа одговора: 99,6%

Сличне разлике забележене су између категорија испитаника који имају (45,2% узрока) и који немају радио апарат (24,6%). Испитаници прве категорије оцењују квалитет свог живота просечном оценом 6,21 а ови други - оценом 4,82. И само поседовање радио апарата, чак и када се он не користи, може се, на неки начин, довести у везу са нивоом квалитета живота.

Ове разлике међутим нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 57).

**Табела 57. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по поседовању радио апарата**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Да, и користи га	114	45,2	6,21	2,84	45,72	6,50	0,27	5,68	6,74
Да, али га не користи	76	30,2	5,71	2,62	45,92	5,00	0,30	5,11	6,31
Не	62	24,6	4,82	2,84	58,98	5,00	0,36	4,10	5,54

\*Стопа одговора: 99,6%

Разлика је још већа у погледу ТВ апарата. Испитаници који имају телевизор (96,4% узорка), оцењују квалитет свог живота скоро три пута већим оценама (5,78) од оних који ТВ апарат немају (2,00).

Ове разлике међутим нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 58).

**Табела 58. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по поседовању телевизора**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Да, и користи га	244	96,4	5,78	2,80	48,41	5,00	179	5,43	6,13
Да, али га не користи	6	2,4	4,33	3,14	72,54	3,50	1,28	1,04	7,63
Не	3	1,2	2,00	2,65	132,30	1,00	1,53	-4,57	8,57

\*Стопа одговора: 100%

Иако чине свега 22,4% узорка, испитаници који имају прикључак на интернет имају виши ниво квалитета живота, нарочито уколико исти и користе (6,86) у односу на оне који га немају (77,6% припадника ове категорије испитаника оцењује квалитет живота просечном оценом 5,55).

Ове разлике међутим нису статистички значајне ( $p > 0,05$ ) (табела 59).

**Табела 59. Дескриптивни статистички параметри квалитета живота по приступачности интернета**

КАТЕГОРИЈА	N	%	ДЕСКРИПТИВНИ СТАТИСТИЧКИ ПАРАМЕТРИ						
			X	SD	Cv (%)	Med	SE	95% Conf.interval	
								Lower B.	Upper B.
Да, и користи га	21	8,4	6,86	1,93	28,15	7,00	0,42	5,98	7,74
Да, али га не користи	35	14,0	5,89	2,80	47,62	5,00	0,47	4,92	6,85
Не	194	77,6	5,55	2,88	51,91	5,00	0,21	5,14	5,95

\*Стопа одговора: 98,8%

## 5.6. Испитивање повезаности социјалне подршке са здрављем и квалитетом живота

Испитивање повезаности укупне социјалне подршке и здравља показује да укупан ниво социјалне подршке корелира са субјективним оценама здравља ( $r=0,298$ ) на високо статистички значајном нивоу ( $p < 0,01$ ) (табела 60).

**Табела 60. Коефицијенти корелације оцена здравља и социјалне подршке**

	Pearson-ов коефицијент корелације (r)	P
Укупна социјална подршка	0,298**	0,000
Перцепција доступне подршке - Емоционална	0,228**	0,000
Перцепција доступне подршке - Инструментална	0,231**	0,000
Перцепција доступне подршке – Укупно	0,254**	0,000
Потреба за подршком	0,140*	0,026
Тражење подршке	0,163**	0,009
Управо добијена подршка	0,255**	0,000
Обезбеђена подршка	0,277**	0,000
Скала заштитног пуферовања	0,076	0,231

Корелација је статистички значајна на нивоу  $p < 0.05$  \*\* Корелација је статистички значајна на нивоу  $p < 0.01$

На високо статистички значајном нивоу ( $p < 0,01$ ) са оценама здравља корелирају: перцепција доступне емоционалне подршке ( $r=0,228$ ), перцепција доступне инструменталне подршке ( $r=0,231$ ), перцепција укупне доступне подршке ( $r=0,254$ ), тражења подршке ( $r=0,163$ ), процена управо добијене подршке ( $r=0,255$ ), процена обезбеђене подршке ( $r=0,277$ ). Оцене здравља корелирају и са проценом потребе за подршком ( $r=0,140$ ), иако је ова корелација на нижем нивоу статистичке значајности ( $p < 0,05$ ). \*

Оцена здравља, међутим, уопште не корелира са скалом заштитног пуферовања.

Испитивање повезаности укупне социјалне подршке и оцене задовољства животом показује да укупни ниво социјалне подршке и оцена задовољства животом (параметар квалитет живота) корелирају ( $r=0,429$ ) на високо статистички значајном нивоу ( $p < 0,01$ ) (табела 61).

**Табела 61. Коефицијенти корелације оцена квалитета живота и социјалне подршке**

	Pearson-ов коефицијент корелације (r)	p
Укупна социјална подршка	0,429**	0,000
Перцепција доступне подршке – Емоционална	0,312**	0,000
Перцепција доступне подршке - Инструментална	0,308**	0,000
Перцепција доступне подршке – Укупно	0,344**	0,000
Потреба за подршком	0,191**	0,002
Тражење подршке	0,288**	0,000
Управо добијена подршка	0,401**	0,000
Обезбеђена подршка	0,308**	0,000
Скала заштитног пуферовања	0,132*	0,036

\* Корелација је статистички значајна на нивоу  $p < 0.05$  \*\* Корелација је статистички значајна на нивоу  $p < 0.01$

На високо статистички значајном нивоу ( $p < 0,01$ ) са оценама квалитета живота корелирају и нивои различитих аспеката социјалне подршке – перцепција доступне емоционалне подршке ( $r=0,312$ ), перцепција доступне инструменталне подршке ( $r=0,308$ ), перцепција укупне доступне подршке ( $r=0,344$ ), процена потреба за подршком ( $r=0,191$ ), тражења подршке ( $r=0,288$ ), процена управо добијене подршке ( $r=0,401$ ), процена обезбеђене подршке ( $r=0,308$ ).

Оцене квалитета живота корелирају и са скалом заштитног пуферовања ( $r=0,132$ ), иако је ова корелација на нижем нивоу статистичке значајности ( $p < 0,05$ ).

## 5.7. Испитивање предиктора квалитета живота

### 5.7.1. Факторска анализа свих обележја

Факторска анализа свих испитиваних обележја испитаника издвојила је двадесет три фактора који описују груписање испитаника по заједничким карактеристикама.

У састав ових фактора ушла су обележја са факторским оптерећењем већим од 0,60 (табела 62).

**Табела 62. Комуналитет\* обележја**

ОБЕЛЕЖЈА	Комуналитет	ОБЕЛЕЖЈА	Комуналитет
Пол	0,839	Број пута код лекара специјалисте	0,647
Године живота	0,766	Покретљивост	0,801
Образовање	0,822	Брига о себи	0,730
Тренутни радни статус	0,743	Уобичајене активности	0,752
Занимање до пензионисања	0,716	Бол/Неугодност	0,750
Колико дуго је у пензији	0,711	Анксиозност/Депресивност	0,687
Извор прихода	0,761	Перцепција доступне подршке-Емоционална	0,800
Месечни приходи, из свих извора	0,748	Перцепција доступне подршке-Инструментална	0,763
Део прихода који троше на исхрану	0,581	Перцепција доступне подршке-Укупно	0,919
Тип насеља у коме живе	0,751	Потреба за подршком	0,713
Објекат у коме живе	0,802	Тражење подршке	0,664
Брачно стање	0,801	Управо добијена подршка	0,696
Број деце, рођене и/или усвојене	0,571	Обезбеђена подршка	0,711
Са ким живи	0,880	Скала заштитног пуферовања	0,672
Број чланова домаћинства	0,842	Укупна социјална подршка	0,968
Односи са члановима домаћинства	0,752	Чланови домаћинства категорије	0,932
Да ли су религиозни	0,750	Комуникација са рођацима	0,705
Да ли иду у Цркву	0,809	Комуникација недељно	0,689
Чланство у организацији, клубу, друштву	0,591	Стрес категорије	0,931
Процена бриге институција о квалитету живота старих	0,642	Површина по члану домаћинства	0,865
Локус контроле 1 (сами одговорни за своје здравље)	0,854	Број стресних догађаја (категирије)	0,899
Локус контроле 2 (ако воде рачуна о здрављу, могу га сачувати)	0,835	Актуелне болести срца (категирије)	0,712
Испијање кафе	0,681	Актуелни шлог (категирије)	0,678
Пушење	0,699	Актуелно цереброваскуларне болести (категирије)	0,640
Алкохол	0,679	Актуелно шећерна болест (категирије)	0,839
Физичка активност	0,692	Болести жучне кесе (категирије)	0,746
Прекомерна исхрана	0,758	Актуелне болести плућа (категирије)	0,683
Досољавање хране	0,629	Актуелне болести бубрега (категирије)	0,686
Повишен крвни притисак	0,721	Актуелно малигне болести (категирије)	0,647
Повишен холестерол	0,882	Актуелно депресија (категирије)	0,752
Повишени триглицериди	0,894	Површина по члану домаћинства	0,871
Повишен шећер у крви	0,791	Активни садржаји слободног времена	0,867
Гојазност	0,741	Релаксација у слободно време	0,856
Приступ услугама здравствене службе	0,719	Укупан број болести	0,959

Њима се може објаснити 76,006% укупног варирања (табела 63).



**Табела 63. Проценти објашњености укупног варијабилитета појединим факторским нивозима (општа факторска варијанса)**

ФАКТОРИ	КАРАКТЕРИСТИЧНА ВРЕДНОСТ	ПРОЦЕНАТ ВАРИРАЊА	КУМУЛАТИВНИ ПРОЦЕНАТ
Фактор 1	7,222	10,621	10,621
Фактор 2	4,991	7,340	17,961
Фактор 3	4,223	6,211	24,171
Фактор 4	3,647	5,363	29,535
Фактор 5	2,966	4,361	33,896
Фактор 6	2,554	3,756	37,652
Фактор 7	2,435	3,581	41,233
Фактор 8	2,127	3,128	44,361
Фактор 9	2,052	3,018	47,379
Фактор 10	1,901	2,796	50,175
Фактор 11	1,780	2,618	52,793
Фактор 12	1,736	2,553	55,346
Фактор 13	1,611	2,369	57,715
Фактор 14	1,557	2,290	60,005
Фактор 15	1,416	2,082	62,087
Фактор 16	1,397	2,055	64,142
Фактор 17	1,294	1,904	66,046
Фактор 18	1,246	1,832	67,878
Фактор 19	1,201	1,766	69,644
Фактор 20	1,142	1,679	71,323
Фактор 21	1,096	1,612	72,935
Фактор 22	1,078	1,585	74,520
Фактор 23	1,009	1,484	76,004

Метод екстракције: Анализа главних компонената (Principal Component Analysis)

Први фактор је груписао обележја која описују различите аспекте социјалне подршке (перцепција доступне емоционалне подршке, перцепција доступне инструменталне подршке, перцепција доступне подршке – укупно, процена потребе за подршком, тражење подршке, управо добијена подршка, обезбеђена подршка) као и укупну социјалну подршку. Носилац овог фактора је обележје укупна социјална подршка (табела 63), са факторским оптерећењем од 0,943 (табела 64).

Ова обележја описују узорак у коме доминантну групу чине испитаници који највиши примат дају укупној социјалној подршци и перцепцији подршке. Њиме се може објаснити 10,621% укупног варирања (табела 63).

Други фактор је груписао обележја која описују први круг социјалне мреже (структура домаћинства, број чланова домаћинства, односи са члановима домаћинства, чланови домаћинства – категорије, површина по члану домаћинства, укупна стамбена површина). Овај фактор назван је домаћинство (први круг социјалне мреже) и описује групу испитаника који живе у вишечланом домаћинству, са више различитих генерација укућана, са мањом укупном и просечном стамбеном површином по глави члана домаћинства, у којима владају лоши породични односи. Носилац овог фактора је трансформисано обележје "чланови домаћинства – категорије" са факторским оптерећењем од 0,930 (табела 64)

Овим фактором може се објаснити следећих 7,340% укупног варирања (табела 63).

Трећи фактор је груписао обележја која описују здравље (физичка активност, покретљивост, способност бриге о себи, функционисање - уобичајене дневне активности, бол/неугодност, анксиозност/депресивност). Фактор је назван здравствени статус, јер поред обележја која служе мерењу здравствено релевантног квалитета живота који проистиче из здравственог статуса, концентрише и обележје физичка активност, које је очигледно најзначајнија детерминанта тог статуса. Описује групу испитаника који су покретљиви, способни да се брину о себи, који обављају свакодневне активности без проблема, испитанике који немају болове и нелагодности, ка ни анксиозност и депресивност, који су физички активни. Носилац овог фактора је обележје "покретљивост" са факторским оптерећењем од 0,795 (табела 64).

Њиме се објашњава следећих 6,211% укупног варирања (табела 63).

Четврти фактор је груписао обележја пол, извор прихода, брачно стање, конзумирање алкохола. Ова обележја описују партнерство. Фактор описује групу испитаника мушког пола, који имају сопствену пензију, живе у брачној или ванбрачној заједници са партнером и конзумирају алкохол. Носилац овог фактора је обележје "брачно стање" са факторским оптерећењем од 0,773 (табела 64).

Он објашњава следећих 5,363% укупног варирања (табела 63).

Пети фактор је груписао обележја која се тичу биолошких фактора ризика (повишен холестерол у крви, повишени триглицериди у крви), па је тако и назван и описује групу испитаника који немају биолошке факторе ризика или их успешно лече. Носилац овог фактора је обележје "повишени триглицериди у крви" са факторским оптерећењем од 0,926. (табела 64).

Овим фактором може се објаснити следећих 4,361% укупног варирања (табела 63).

Шести фактор је груписао обележја који описују повезаност у религијску заједницу. То су религиозност и одласци у цркву. Ова обележја описују један специфичан вид повезаности, који се у начелу сматра важним у овој категорији становништва. Фактор описује групу испитаника који нису религиозни и не иду у цркву или иду сасвим ретко, иако би волели да иду чешће. Носилац овог фактора је обележје "одласци у цркву" са факторским оптерећењем од 0,830 (табела 80) и може објаснити следећих 3,756% укупног варирања (табела 63).

Седми фактор је груписао обележја која описују здравствена стања праћена јаким боловима (актуелна болест жучне кесе, актуелна болест бубрега, укупан број болести). Овај фактор назван је из наведених разлога "болови". Носилац овог фактора је обележје "актуелна болест жучне кесе" са факторским оптерећењем од 0,736. (табела 64).

Овим фактором може се објаснити следећих 3,581% укупног варирања (табела 63).

Осми фактор је груписао обележја која описују хроничну и тешку системску болест – у овом случају дијабетес; у састав овог фактора ушло је обележје које описује биолошки фактор ризика (повишен шећер у крви) и обележје које се тиче актуелне болести (актуелна шећерна болест). Носилац овог фактора је обележје "актуелна шећерна болест", са факторским оптерећењем од 0,878. Ова обележја описују доминантни део узорка који чине испитаници који немају повишен шећер у крви или га успешно санирају и који немају шећерну болест или исту ажурно лече, уколико је имају (табела 64).

Њиме се може објаснити 3,128% укупног варирања (табела 63).

Девети фактор је груписао обележја која описују ставове испитаника о здрављу и његовом очувању (став о личној одговорности за здравље, став о могућности утицаја на здравље вођењем бриге о њему). Наведена обележја које је факторска анализа груписала заједно као садржај деветог фактора описују процену локуса контроле, па је он тако и назван. Фактор описује групу испитаника који не сматрају себе одговорним за здравље и не деле мишљење да човек може сачувати здравље ако брине о њему. Носилац овог фактора је обележје "став о личној одговорности за здравље" са факторским оптерећењем од 0,877 (табела 64)

Он може објаснити следећих 3,018% укупног варирања (табела 63).

Десети фактор је груписао обележја која описују стрес (број стресних догађаја, скор суме стресних догађаја). Овај фактор описује групу испитаника који су протекле године имали искуство са више стресних догађаја, као и испитаници код којих је сума скорa стреса била већа, независно од тога да ли је реч о позитивном или негативном стресу. Носилац овог фактора је обележје "број стресних догађаја" са факторским оптерећењем од 0,940 (табела 64).

Овим фактором може се објаснити следећих 2,796% укупног варирања (табела 63).

Табела 64. Преглед фактора

ФАКТОР	ВАРИЈАБЛЕ КОЈЕ УЛАЗЕ У САСТАВ ФАКТОРА	ФАКТОРСКО ОПТЕРЕЋЕЊЕ
1. фактор СОЦИЈАЛНА ПОДРШКА	Перцепција доступне емоционалне подршке Перцепција доступне инструменталне подршке Перцепција доступне подршке – укупно Потреба за подршком Тражење подршке Управо добијена подршка Обезбеђена подршка <b>Укупна социјална подршка</b>	0,807 0,804 0,903 0,723 0,569 0,727 0,608 <b>0,943</b>
2. фактор ДОМАЋИНСТВО (I круг социјалне мреже)	Структура домаћинства Број чланова домаћинства Односи са члановима домаћинства <b>Чланови домаћинства – категорије</b> Површина по члану домаћинства Стамбена површина	0,825 0,868 -0,677 <b>0,930</b> -0,800 -0,791
3. фактор ЗДРАВЉЕ	Физичка активност <b>Покретљивост</b> Способност бриге о себи Функционисање (уобичајене активности) Бол/неугодност Анксиозност/депресивност	0,446 <b>0,795</b> 0,774 0,792 0,775 0,499
4. фактор ПАРТНЕРСТВО	Пол Извор прихода <b>Брачно стање</b> Алкохол	0,545 -0,751 <b>0,773</b> 0,398
5. фактор БИОЛОШКИ ФАКТОРИ РИЗИКА	Повишен холестерол у крви <b>Повишени триглицериди у крви</b>	0,918 <b>0,926</b>
6. фактор РЕЛИГИЈСКА ПОВЕЗАНОСТ	Религиозност <b>Одласци у цркву</b>	0,785 <b>0,830</b>
7. фактор БОЛОВИ	<b>Актуелна болест жучне кесе</b> Актуелна болест бубрега Укупан број болести	0,736 0,727 -0,653
8. фактор ТЕШКА ХРОНИЧНА БОЛЕСТ	Повишен шећер у крви <b>Актуелна шећерна болест</b>	0,821 <b>0,878</b>
9. фактор ЛОКУС КОНТРОЛЕ	<b>Став о личној одговорности за здравље</b> Став о могућности утицаја на здравље вођењем бриге о њему	<b>0,877</b> 0,837
10. фактор СТРЕС	<b>Број стресних догађаја</b> Скор суме стресних догађаја	<b>0,940</b> 0,899
11. фактор РЕЛАКСАЦИЈА	<b>Активни садржаји слободног времена</b> Слободно време усмерено на релаксацију	<b>0,907</b> -0,853
12. фактор КУЛТУРНИ НИВО	<b>Образовање</b> Тип насеља у коме живе	0,724 -0,710
13. фактор ГОЈАЗНОСТ	<b>Прекомерна исхрана</b> Гојазност	<b>0,820</b> 0,703
14. фактор МАТЕРИЈАЛНО СТАЊЕ	<b>Тренутни радни статус</b> Занимање до пензионисања Пензијски стаж Део прихода који троши на храну	<b>-0,819</b> 0,507 0,655 0,448
15. фактор ПЕРЦЕПЦИЈА ПОВЕЗАНОСТИ	Перцепција бриге о здрављу старих <b>Повишен крвни притисак</b> Комуникација са рођацима и блиским пријатељима (II круг) Комуникације са комшијама и колегама с посла (III круг)	-0,459 <b>0,725</b> 0,397 0,545
16. фактор ПОВЕЗАНОСТ У ОРГАНИЗАЦИЈАМА	Чланство у организацији <b>Пушење</b>	0,477 <b>0,784</b>
17. фактор ДЕПРЕСИЈА	Актуелне болести срца <b>Актуелно депресија</b>	0,513 <b>0,811</b>
18. фактор СТАМБЕНИ УСЛОВИ	<b>Објекат у коме живе</b>	<b>-0,820</b>
19. фактор СТАРОСТ	<b>Старост</b> Испијање кафе	0,779 0,438
20. фактор ШЛОГ	Досољавање хране <b>Актуелно - цереброваскуларне болести</b>	0,519 <b>-0,739</b>
21. фактор МАЛИГНЕ БОЛЕСТИ	<b>Актуелно малигне болести</b>	<b>0,730</b>
22. фактор ПЕРЦЕПЦИЈА УГРОЖЕНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЕ	Месечни приходи из свих извора Број деце Перцепција могућности добијања услуге Раније болести – шлог <b>Актуелно болести плућа</b>	0,436 0,360 0,470 0,396 <b>-0,622</b>
23. фактор ПЕРЦЕПЦИЈА МОГУЋНОСТИ ЗАШТИТЕ	<b>Коришћење услуга специјалисте</b> Ефекат заштитног пуферовања	<b>0,524</b> 0,376

Једанаести фактор је груписао обележја која описују начин коришћења слободног времена; као што је раније наведено, постојећа обележја која описују садржаје слободног времена трансформисана су у категорију физички и социјално активних садржаја и пасивног коришћења слободног времена, односно у категорију садржаја који доприноси релаксацији и друге, који не воде постизању тог циља. Овај, једанаести фактор концентрисао је обележје активни садржаји слободног времена и слободно време усмерено на релаксацију. Фактор је назван "релаксација" и описује групу испитаника који су физички и социјално активни у слободно време, односно, испитанике који слободно време не користе за релаксацију. Носилац овог фактора је обележје "активни садржаји слободног времена" са факторским оптерећењем од 0,907 (табела 64).

Фактором може се објаснити следећих 2,618% укупног варирања (табела 63).

Дванаести фактор је груписао обележја образовање и тип насеља у коме испитаници живе. Ова два обележја описују својеврсни културни миље средине у којој испитаници живе, па је тако и назван. Овај фактор описује групу испитаника који имају више степене образовања и живе у граду. Носилац овог фактора је обележје "образовање" са факторским оптерећењем од 0,724. (табела 64).

Овим фактором може се објаснити следећих 2,553% укупног варирања (табела 63).

Тринаести фактор је издвојио обележја која испитанике групишу према гојазности; један од њих се односи на бихевиорални (прекомерна исхрана), а други на биолошки (медицински) фактор ризика (гојазност). Ова обележја описују један широко распрострањен хабитус у српској популацији, нарочито у категорији старих. Опште је познато да он има негативне ефекте на здравље и квалитет живота људи. Фактор описује групу испитаника који не једу прекомерно и нису гојазни или се са њом добро носе. Носилац овог фактора је обележје "прекомерна исхрана" са факторским оптерећењем од 0,820 (табела 64) и њиме се може објаснити следећих 2,369% укупног варирања (табела 63).

Четрнаести фактор је груписао обележја која описују друштвено економски положај, односно, материјално стање испитаника. То су тренутни радни статус, занимање до пензионисања, пензијски стаж и део прихода који троши на храну. Фактор је груписао испитанике који актуелно раде (у предузећу, код куће или на њиви), који су читав живот радили (у кући или на њиви), са дужим пензијским стажом који троше већи део прихода на исхрану. Носилац овог фактора је обележје "тренутни радни статус" са факторским оптерећењем од -0,819 (табела 64). Фактором "тренутни радни статус" може се објаснити следећих 2,290% укупног варирања (табела 63).

Петнаести фактор је груписао обележја која описују на први поглед веома различите карактеристике. Неке од њих односе се на медицинске факторе ризика (повишен крвни притисак), други описују величину делова социјалне мреже и односе у њој (комуникација са родјацима и блиским пријатељима - други круг социјалне мреже и комуникације са комшијама и колегама с посла – трећи круг социјалне мреже), а треће на перцепцију бриге о здрављу старих. Сва наведена обележја описују перцепцију повезаности старих у заједници, па је овај фактор тако и назван. Носилац овог фактора је обележје повишен крвни притисак, са факторским оптерећењем од 0,725 (табела 64). Ова обележја описују групу коју чине испитаници који успешно контролишу крвни притисак, који сматрају да институције заједнице добро брину о здрављу и квалитету живота старих и који имају већи број чланова другог (блиски рођаци, најбољи пријатељи) и трећег круга социјалне мреже (комшије, колеге с посла, познаници) са којима одржавају контакте бар једном недељно, било да се посећују или комуницирају телефоном. Овим фактором се може објаснити 2,082% укупног варирања (табела 63).

Шеснаести фактор је груписао чланство у организацији и пушење. Заједнички именован оба (иначе врло различита обележја) је социјализација коју обезбеђује припадност организацији и пушење, па је он назван повезаност у организацијама. Овај фактор описује

групу испитаника који нису чланови организације или никад нису били посебно активни у њима и не пуше или никад нису пушили. Носилац овог фактора је "пушење" са факторским оптерећењем од 0,784 (табела 64). Овим фактором може се објаснити следећих 2,055% укупног варирања (табела 63).

Седамнаести фактор је груписао обележја актуелне болести срца и актуелно – депресија. Медицинско образложење повезаности ова два стања (болести) је јасно. Статистички, овај фактор је повезано испитанике који немају наведене болести или се, уколико их имају, од њих ажурно лече. Носилац овог фактора је обележје "актуелно - депресија" са факторским оптерећењем од 0,811 (табела 64). Фактором објашњава следећих 1,904% укупног варирања (табела 63).

У састав осамнаестог фактора ушло је само једно обележје - објекат у коме живе. Фактор описује групу испитаника који живе у кући са двориштем, који иначе чине доминантну групу испитаника. Носилац овог фактора је обележје "објекат у коме живе" са факторским оптерећењем од -0,820 (табела 64). Овим фактором може се објаснити следећих 1,832% укупног варирања (табела 63).

Деветнаести фактор је груписао обележја старост и испијање кафе. Фактор групише испитанике који су у вишим узрасним категоријама (у дубљој старости) и не пију кафу уопште или је пију с друштвом. Имајући у виду да се у дубљој старости број пријатеља, са којима се може упражњавати навика испијања кафе, смањује - јасно је да оба обележја заправо описују старост испитаника, па је тако и назван овај фактор. Носилац овог фактора је обележје "старост" са факторским оптерећењем од 0,799. (табела 64). Овим фактором може се објаснити следећих 1,766% укупног варирања (табела 63).

Двадесети фактор је груписао испитанике по обележјима досољавање хране и актуелно - цереброваскуларне болести. Медицинско образложење повезаности испитаника који имају оба обележја је јасно. Фактор је повезао испитанике који имају болести крвних судова и не досољавају храну, што је логичан налаз. Носилац овог фактора је обележје "актуелно - цереброваскуларне болести" са факторским оптерећењем од -0,739 (табела 64) и може објаснити следећих 1,679% укупног варирања (табела 63).

У састав двадесет првог фактора ушло је само једно обележје – актуелно-малигне болести. Он групише испитанике који имају малигне болести и лече се ажурно. Носилац овог фактора је обележје "актуелно-малигне болести" са факторским оптерећењем од 0,730. (табела 64). Овим фактором може се објаснити следећих 1,612% укупног варирања (табела 63).

Двадесет други фактор је груписао обележја месечни приходи из свих извора, број деце, перцепција могућности добијања услуге, раније болести – шлог и актуелно - болести плућа. Сва наведена обележја описују перцепцију угрожености и доживљај перспективе испитаника, која се може довести у везу са приходима, децом као ослонцем, перцепцијом могућности заштите у случају потребе, оштећењима проузрокованим шлогом и актуелно ограничавајућим болестима плућа. Стога је овај фактор тако и назван. Овај фактор селекционише групу испитаника чије је здравље оштећено ранијим шлогом, који актуелно болују од болести плућа, али се не лече, имају веће приходе и већи број деце, али процењују да не могу добити здравствену услугу уопште или је не могу добити увек када је то потребно због ограничења која постоје. Носилац овог фактора је обележје "актуелно - болести плућа", са факторским оптерећењем од -0,622 (табела 64). Њиме се може објаснити 1,585% укупног варирања (табела 62).

Последњи, двадесет трећи фактор је груписао коришћење услуга специјалисте и ефекат заштитног пуферовања. Овај фактор назван је перцепција могућности заштите. Носилац овог фактора је обележје "коришћење услуга специјалисте" са факторским оптерећењем од 0,524 (табела 64). Овим фактором може се објаснити следећих 1,484% укупног варирања (табела 63).

За даљу анализу изабрана су обележја која су носиоци одређених фактора.

### 5.7.2. Анализа предиктора

После редукције броја обележја испитаника, његове породице и окружења и социјалне подршке урађена је мултипла регресија и корелација са редукованим бројем обележја ради утврђивања предиктора за квалитет живота.

Мултипли линеарни регресиони модел за квалитет живота утврдио је да предиктивна својства међу истраживаним карактеристикама испитаника, његове породице, окружења, социјалне подршке имају: социјална подршка, здравље, тешка хронична болест, локус контроле и стрес (табела 65).

**Табела 65. Мултипли линеарни регресиони модел за квалитет живота – Предиктори разлика међу изабраним факторима укључујући и социјалну подршку**

НЕЗАВИСНЕ ВАРИЈАБЛЕ	B	SE	Beta	T-test	P
Социјална подршка (Укупна социјална подршка)	0,036	0,007	0,318	5,600	0,000
Здравље (Покретљивост)	0,381	0,140	0,172	2,727	0,007
Тешка хронична болест (Актуелна шећерна болест)	-0,776	0,361	-0,125	-2,147	0,033
Локус контроле (Став о одговорности за здравље)	-0,634	0,199	-0,194	-3,181	0,002
Стрес (Број стресних догађаја)	-0,275	0,083	-0,191	-3,303	0,001
Константа	-1,969	3,753		-0,525	0,600

$$R^2=0,376 \text{ SE}=2,328 \text{ F}=5.733 \text{ p}=0,000$$

Виши ниво квалитета живота може се очекивати код испитаника који имају виши ниво социјалне подршке, добро здравље, немају тешку хроничну болест, немају стрес, а локус контроле је на њима самима (себе сматрају одговорним за сопствено здравље и верују да се одговорним односом према здрављу на њега оно може сачувати) табела 65).

Мултипли линеарни регресиони модел за квалитет живота утврдио је да међу истраживаним карактеристикама испитаника, његове породице и окружења предиктивна својства имају здравље, локус контроле и стрес (табела 66).

**Табела 66. Мултипли линеарни регресиони модел за квалитет живота – Предиктори разлика међу изабраним факторима без социјалне подршке**

НЕЗАВИСНЕ ВАРИЈАБЛЕ	B	SE	Beta	T-test	P
Здравље (Покретљивост)	0,488	0,148	0,220	3,304	0,001
Стрес (Број стресних догађаја)	-0,324	0,088	-0,225	-3,674	0,000
Локус контроле (Став о одговорности за здравље)	-0,748	0,211	-0,229	-3,535	0,000
Константа	2,465	3,914		0,630	0,530

$$R^2=0,286 \text{ SE}=2,484 \text{ F}=4.014 \text{ p}=0,000$$

## 6. Дискусија

### 6.1. Корелација скала

Као што је већ објашњено, теоријски концепти квалитета живота, квалитета живота у вези са здрављем, субјективног благостања, среће и здравља конвергирају (87,94). Паралелно са тим конвергирају и инструменти за мерење ових концепата. За мерење социјалне подршке развијени су бројни инструменти. Они мере различите домене или аспекте подршке. Велики број њих су валидиране, њихова сензитивност и специфичност је потврђена.

Квалитет живота је данас веома широка област, у којој ради велики број истраживача. У току последњих 30 година развијен је велики број инструмената (скала, индекса, индикатора) који су се бавили проценом објективног и субјективног аспекта квалитета живота (113,115). У међувремену је дошло до конвергенције схватања квалитета живота (93), као доживљаја онога што човек има и може, у светлу онога што му је потребно или чему тежи. На тој основи постигнут је висок степен сагласности око тога да су тзв. субјективне мере (87) валидно средство за мерење онога што се данас сматра квалитетом живота.

С друге стране, дошло је до конвергенције схватања да је здравље израз квалитета живота по себи. Ако је циљ друштвеног развоја благостање човека, а здравље израз тог благостања, онда је јасно зашто се данас у великој мери истраживачи слажу да су здравље и квалитет живота синоними. Неслагања настају у вези са садржајима здравља који се поистовећују са појмом квалитет живота. Неки инсистирају на здравственим исходима специфичних болести, а други потенцирају тзв. генеричке мере (здравствени потенцијал). И ту долази до разлика - неки поистовећују здравље са способношћу функционисања и ограничењима у вези с тим, а други се залажу за шире схватање здравственог потенцијала као животног задовољства.

У вези с тим, велики број истраживача испитивао је односе између скала субјективног благостања и/или квалитета живота са скалама или инструментима (индикаторима или индексима) за мерење здравља. Више мање сва истраживања указују на висок степен конвергенције ових ентитета.

Резултати овог истраживања недвосмислено су показали да постоји високо статистички значајна, позитивна, директно пропорционална корелација две скале - за мерење здравља (EQ-5D-VAS), односно, мерење квалитета живота (SWB), као што истиче велики број истраживача (107,111,75-78).

Pinquart (212) је објавио резултате анализе која је потврдила да се субјективно процењено здравље и квалитет живота не могу у потпуности поистоветити код испитаника старијих од 60 година. Користећи мета анализу, он је потврдио сумњу да субјективна перцепција здравља опада са старашћу. Иако субјективно процењено здравље у начелу корелира са индикаторима објективног здравља (113), Pinquart (212) је утврдио да је повезаност са физичким (соматским) здрављем јача него са функционалним способностима. Корелација субјективног здравља са физичким здрављем и функционисањем опада пропорционално узрасту (годинама старости), док повезаност субјективног здравља са менталним здрављем порастом старости – такође расте. Снага повезаности између субјективног и објективног здравља варира и у зависности од метода процене објективног здравља; показује највишу повезаност са симптомима контролне листе и резултатима медицинских испитивања, стриктно у складу с протоколом.

Налази овог истраживања подржавају запажања мета анализе коју је урадио Pinquart (212). Факторска анализа и мултипла линеарна регресија које су примењене у овом раду потврдиле су везу између објективних параметара здравља (мерила функционалних способности на скали EQ-5D-5L) и квалитета живота. Факторска анализа концентрисала је мобилност (покретљивост), способност вођења бриге о себи, ограничења у функционисању (могућност обављања активности дневног живота) и постојање симптома (бол / неугодност, анксиозност / депресивност) у трећи фактор којим се може објаснити чак 6,211% укупног варирања.

Резултати овог истраживања су потврдили теоријске претпоставке о повезаности здравља и квалитета живота, конструисане на бази прегледа доступне литературе (113). О томе сведоче Пирсонови коефицијенти корелације између скала квалитета живота и скала здравља, на статистички и високо статистички значајном нивоу вероватноће.

Повезаност између скала социјалне подршке, на једној, и скале здравља, односно, скале квалитета живота, на другој страни такође говоре у прилог томе. Непостојања корелације између скале заштитног пуферовања и скале здравља, као и релативно слабија повезаност скале заштитног пуферовања и квалитета живота указује на неразвијеност или слабост овог механизма, који је веома важан у неутралисању (пуферовању) здравствених проблема и других дефицита, који детерминишу задовољство животом код испитаника. Уочени проблем захтева посебну пажњу и додатно истраживање.

## **6.2. Социјална подршка као предиктор квалитета живота**

Сва истраживања која су послужила у конструисању теоријске основе овог истраживања, недвосмислено се слажу у томе да је социјална подршка важан предиктор квалитета живота. Без обзира да ли се њен утицај испитује у односу на здравље (дефинисано као преживљавање, специфичан здравствени исход, функционалне способности или субјективна перцепција) или квалитет живота (дефинисан као укупни, генерички, квалитет живот, субјективно благостање или здравствено релевантни квалитет живота), без обзира која мерила се користе за квантификацију наведених појмова, сва истраживања долазе до истог закључка – социјална подршка је важна детерминанта.

Резултати овог истраживања потврдили су налазе бројних истраживања. Кључни доказ предиктивне важности социјалне подршке је налаз високо статистички значајне корелације између укупне социјалне подршке и квалитета живота. У анализи предиктора, која је извршена коришћењем мултипле линеарне регресије (метод главних компонената), социјална подршка се издвојила као први и најважнији предиктор здравља и квалитета живота.

Различита истраживања апострофирају важност различитих димензија или аспеката социјалне подршке. У зависности од популације која се истражује, начина на који се мерења врше, трајања студије, истраживачи наглашавају значај мерења обезбеђене и пружене подршке (84). Други потенцирају важност да се при мерењу прецизира врста подршке (емотивне, информативне, инструменталне). Трећи потенцирају значај мерења перцепције подршке (85). Четврти траже да се мери ефекат пуферовања.

Ово истраживање је потврдило важност свих аспеката, садржаја и димензија подршке, о којима говоре друга истраживања. У овом раду сви аспекти социјалне подршке показали су се статистички значајним. Перцепција доступне подршке (емоционалне и инструменталне), процена потребе за подршком, тражење подршке, оцена управо добијене подршке и обезбеђена подршка корелирају на високо статистички значајном нивоу ( $p < 0,01$ ). Једино ефекат заштитног пуферовања корелира са задовољством животом на нивоу од  $p < 0,05$ .

Факторска анализа издвојила је социјалну подршку као најважнији, први фактор којим се може објаснити 8,057% укупног варирања. У састав првог фактора који описује социјалну подршку ушле су скале које описују различите аспекте и димензије подршке (перцепција доступне емоционалне подршке, перцепција доступне инструменталне подршке, перцепција доступне подршке – укупно, потреба за подршком, тражење подршке, управо добијена подршка, обезбеђена подршка) и укупна социјална подршка; ово последње обележје је уједно и носилац фактора, са највећим факторским оптерећењем (0,943). То указује да је социјална подршка "фактор свих фактора" међу свим потенцијалним детерминантама квалитета живота.

Иако је мултипла линеарна регресија (метод главних компонената) издвојила укупну социјалну подршку као први и најважнији предиктор здравља и квалитета живота, сви аспекти



социјалне подршке могу се сматрати предикторима квалитета живота, јер укупна социјална подршка, репрезентује све друге аспекте и домене подршке који је факторска анализа груписала у садржај истог (првог) фактора. У састав фактора "укупна социјална подршка" ушла су сва обележја појединих аспеката социјалне подршке (перципиране, тражене, обезбеђене, управо добијене). Литература потврђује налазе нашег истраживања.

На основу проучавања литературе могло би се рећи да социјална подршка има јак независан утицај на здравље и квалитет живота испитаника. Међутим, више мање сва истраживања истичу да друге варијабле могу модификовати снагу овог утицаја.

Као најважнији модификатори утицаја социјалне подршке појављују се карактеристике испитаника, карактеристике социјалне мреже и повезаност у заједници (социјални капитал).

Демографске и социјално економске карактеристике, начин живота, посебно здравствено релевантне навике (релаксација, физичка активност, пушење, употреба алкохола, навике у исхрани), стрес, медицински фактори ризика (крвни притисак, холестерол, триглицериди и шећер у крви, гојазност) и болести од којих болује, као и здравствена заштита се истичу као најважније карактеристике испитаника.

Као најважније карактеристике социјалне мреже апострофирају се карактеристике породице (бројност, односи, улога партнера и деце), ближег (постојање блиских рођака и пријатеља, бројност ових чланова мреже, односи са њима) и даљег круга људи у мрежи (број колега с посла и комшија, са којима се одржава комуникација на недељној бази).

Истраживања су такође потврдила важност великог броја обележја која описују социјалну повезаност са заједницом (социјални капитал). Међу њима су свакако запослење и односи на послу, припадност религијској организацији, активности у разним удружењима, начин на који користи слободно време и организује релаксацију.

У овом истраживању испитиван је велики број наведених обележја и њихов утицај на разлике у квалитету живота. У највећем броју случајева потврђена је важност испитиваних обележја. У прилог томе говори и анализа предиктора која је начињена по искључењу обележја "социјална подршка", која је издвојила одређени број предиктора који детерминишу квалитет живота и независно од социјалне подршке.

### **6.3. Модификујући фактори предиктивног утицаја социјалне подршке**

#### **6.3.1. Карактеристике испитаника**

Варијације у социјалној подршци најчешће се повезују са полом и старосћу, а објашњавају у културном контексту (везано за родне разлике) и биолошком транзицијом у старости. Већина истраживача подељена је око утицај пола; иако се утицај пола објашњава у контексту родних разлика, још не постоји консензус о предиктивном значају овог обележја. Ставови истраживача о утицају старости у значајној мери конвергирају.

Од већег значаја су карактеристике који опредељују социјално-економску позицију људи, укључујући образовање, запосленост, приходе, перцепцију друштвене позиције.

##### **6.3.1.1. Демографски фактори**

Разлике у нивоу социјалне подршке и оцени квалитета живота, које иду "у корист" мушког пола поклапају се са налазима истраживања Asfar и сарадници (216), као и других истраживача који су утврдили постојање полних разлика у социјалној подршци, здрављу, квалитету живота. Студија чије су резултате публиковали Asfar и сарадници (216) имала је за циљ да истражи и упореди детерминанте самопроцене здравља одраслих мушкараца и жена у Алепу, у Сирији. Odds ratio здравља процењеног као лоше и нормално у односу на одлично, израчунато је одвојено за мушкарце и жене, коришћењем логистичке регресије. Аутор наводи

да жене чешће него мушкарци описују своје здравље као лоше. У нашем истраживању доказано је да субјективне оцене здравља и квалитета живота корелирају, па се аналогично може доћи до истог закључка до кога су дошли Asfar и сарадници у њиховом истраживању.

Старији мушкарци и жене, са два или више хроничних здравствених проблема, који имају испале у функционалној способности – чешће процењују своје здравље лошијим, тврде Сиријски истраживачи. Они констатују да повезаност са узрастом и постојећим хроничним обољењима изгледа универзална и вероватно одражава природни процес старења. Сличан ефекат старости и неспособности забележен је и у нашем истраживању. Највише оцене квалитета живота регистроване су у категорији најмлађих (65-69 година), а најниже у категорији најстаријих испитаника (85+).

Исто се може констатовати и у односу на степене неспособности – више оцене квалитета су обрнуто пропорционално повезане са степеном неспособности. Испитаници који имају виши степен неспособности за самостално вођење бриге о себи (умивање и облачење), односно, несметано извршење уобичајених свакодневних активности имају нижи ниво квалитета живота. Ово донекле одудара од тврдњи које је изнео Pinquart (212) на основу резултата мета анализе која је показала да је повезаност са физичким (соматским) здрављем, јача него са функционалним. Корелација субјективног здравља са физичким здрављем и функционисањем је слабија код старијих старих него код осталих, док је повезаност субјективног здравља са менталним здрављем била снажнија код старијих старих.

На то указују Von dem Knesebeck и Geyer (218), који су истраживали односе између емоционалне подршке, едукације и самопроцене здравља у 22 европске земље. Они наводе да је емоционална подршка позитивно повезана са самопроценом здравља, али није везана за пол; оба пола подједнако реагују.

До сличних закључака о важности утицаја старости на функционисање дошао је и Gulick (213) истражујући самопроцену емоционалног дистреса и разлике које се могу довести у везу са личним особинама, социјалном подршком, ефектима дистреса на функционисање у активностима дневног живота. Овај аутор је закључио да лични атрибути функционисања као медијаторске варијабле ефеката социјалне подршке на емоционални дистрес и функционисање (активности дневног живота). Демографске варијабле, пре свега старост, али и едукација, и дужина трајања болести (MS) показују утицај у свим анализама.

Резултати студија Anderson (198) и Sharp (199) показују да је старост повезана са значајним повећањем преваленција хипертензије, а посебно систолног притиска после 60-те године. Више од 50% особа старијих од 70 година има систолно-дијастолну хипертензију (CZO, 1995). Разлог оваквог стања је чињеница да се систолни притисак повећава током живота, паралелно са старосћу, док дијастолни притисак показује тенденцију раста тек после 55 године.

Lloyd-Jones (200) налази да преваленција хипертензије и медикаментног третмана расту са узрастом испитаника, док је успостављање контроле статистички значајно лошије код старијих жена. Код мушкараца старости 60 до 79 година, успостављање контроле постиже се у 36% испитаника, а код старијих (80 и више година) у 38% случајева. Код жена успостављање контроле над висином артеријског притиска постиже се у 38% код млађих старих, 28% код средњих старих, односно 23% испитаница најстаријег узраста. Апсолутни ризик за кардиоваскуларне догађаје значајно расте са нивоом притиска, нарочито код старијих. Учесталост великих кардиоваскуларних догађаја (срчани или мождани удар и друго) евидентира се код испитаника старих 80 и више година у 9,5% случајева код нормотензивних, 19,8% код прехипертензивних, 20,3% код хипертензије првог степена и 24,7% код хипертензије другог степена.

Важне родно специфичне детерминанте лоше самопроцене здравља у истраживању које су радили Asfar и сарадници (216) укључиле су брак, низак социоекономски статус и недостатак социјалне подршке код жена, односно, пушење и ниску физичку активност код мушкараца. Апострофиране детерминанте самопроцене здравља разликују се код мушкараца и жена и

вероватно наглашавају основне културне норме и родне улоге у друштву. Разумевање локалног контекста самопроцене здравља и њених детерминаната у оквиру преовлађујуће културе је важно за прилагођавање интервентних програма усмерених на побољшање здравља чланова сиријског и других арапских друштава (заједница).

Факторска анализа у нашем истраживању сврстала је пол (у четврти фактор: партнерство), а старост у деветнаести (истоимени) фактор. Међутим, мултипла регресија није потврдила да демографске варијабле имају предиктивна својства у односу на квалитет живота, а тиме ни на здравље, ни на ниво социјалне подршке. Тиме су потврђени налази више других студија које нису утврдиле утицај демографских варијабли на квалитет живота.

Пол и старост, као предиктори социјалне подршке и квалитета живота често су истраживани, на бази генералне претпоставке да демографске карактеристике модификују ниво социјалне подршке потребне за постизање задовољства животом. У том смислу, резултати овог истраживања поклапају се са закључцима студија које су публиковали O'Reilly и Thomas (210), затим, Но и сарадници (211).

Студија коју су извели O'Reilly и Thomas (210) бавила се испитивањем односа између одржавања побољшаног кардиоваскуларног здравственог стања и социјалне мреже и подршке. Није утврђен утицај социодемографских карактеристика.

Истраживањем задовољства животом и фактора који га детерминишу бавила се и студија коју су радили Но и сарадници (211). На репрезентативном узорку старих утврђено је да узраст није чинилац који детерминише разлике у задовољству животом. Наше истраживање имало је дијаметрално супротне резултате. Ту долази до изражаја важност разумевања локалног контекста самопроцене здравља и квалитета живота, односно, њихових детерминаната у оквиру преовлађујуће културе.

Као најважнији фактор који детерминише разлике у квалитету живота старих, истраживање Но и сарадника (211) издвојило је бригу рођака, иако одређени утицај имају здравље и приходи адекватни животним трошковима. Улогу здравља као предиктора квалитета живота апострофирају и резултати нашег истраживања, које фактор здравље (представљен обележјем покретљивост) сврстава у важне предикторе квалитета живота.

Полне разлике истакли су и Фински истраживачи Arve, Lavonius, Savikko, Lehtonen, и Isoaho (214) Истражујући различите аспекте социјалног функционисања код старијих особа које добијају мање пажње и њихову повезаност са продужењем живота у властитој кући колико је год дуже могуће, аутори трагају за факторима који подржавају самостални живот старијих људи у својим домовима и смањују ризик смртности.

Анализа је показала да се смањени ризик смртности може повезати са женским полом, упражњавањем дневне (физичке) активности на отвореном и непостојањем потреба за помоћ из различитих извора. Смањеном ризику смртности код жена доприноси податак о непостојању потребе за помоћи и присуство позитивних ставова према животу. Код мушкараца нема конзистентних налаза о утицају различитих фактора на смањење смртности, изузев постојања планова за будућност.

Артеријска хипертензија у развијеном свету чешће је болест мушког пола (NHANES студија - National Health and Nutrition Examination Survey in USA). Истраживања у Србији код одраслог становништва старијег од 25 година налазе да од хипертензије болује 29,8% мушкараца и 33,5% жена (201). Подаци СЗО говоре да су и компликације и морталитет од артеријске хипертензије такође учесталији код мушкараца (201).

Средње вредности крвног притиска код оба пола су сличне до 55 године живота. После менопаузе повећава се учесталост хипертензије код женског пола, тако да је повишен крвни притисак (сistolни), чешћи код жена старијих од 60 година. Мушкарци до 60 године старости већ оболе од артеријске хипертензије; карактеристично за мушки пол је рано појављивање артеријске хипертензије (већ у четрдесетим годинама), раније него код жена. У неразвијеним подручјима артеријска хипертензија заступљенија је код жена (129).

Gaudemaris, 2002. (130) повезује већу преваленцу хипертензије и лошије успостаљање контроле притиска под третманом код жена са нижим образовним нивоом, а код мушкараца са већим уносом алкохола и занимањем. Radí (140) налази да су жене подложније утицају ризико фактора за хипертензију који су везани за занимање него мушкарци.

### 6.3.1.2. образовање

Студија емоционалне подршке, едукације и самопроцене здравља у 22 европске земље, чије су резултате публиковали Von dem Knesebeck и Geyer (218) бавила се, поред осталог, истраживањем повезаности између едукације и емоционалне подршке у 22 европске земље. Анализа је фокусирао три специфична циља у вези с тим: да разјасни везу едукације и емоционалне подршке у 22 европске земље, да објасни повезаност између емоционалне подршке и самопроцене здравља у европским земљама и да анализира где се повезаност између едукације и самопроцене здравља може објаснити емоционалном подршком. Перцепција емоционалне подршке процењивана је преко доступности поверљивих особа са којима се могу дискутовати интимне и личне ствари. Самопроцена здравља је коришћена као здравствени индикатор.

Резултати мултипле логистичке регресије показују да је емоционална подршка позитивно асоцирана са едукацијом код жена и мушкараца у већини европских земаља. Међутим, едукацијом се не могу објаснити разлике у самопроцени здравља које варирају у зависности од емоционалне подршке код жена и мушкараца у већини Европских земаља.

Са високим нивоом задовољства животом, Но и сарадници (211) повезују велики број социјално-економских фактора: припадност вишим социјалним класама и нивоима едукације, приход довољан за покриће животних трошкова, задовољство условима живота, хришћанска вероисповест, добра социјална подршка, партиципација у социјалним активностима. Регресија је идентификовала постојање два или више рођака и терцијарну едукацију као позитивно асоциране факторе, док су приход неадекватан да покрије животне потребе (трошкове), незадовољство са животним условима, неучествовање у религијским групним активностима и висок скор депресивних симптома – негативно асоцирани фактори.

Истраживање социјалне подршке у популацији дијабетичара у Корамбаду 2008. (215) утврдило је постојање статистички значајне повезаности социјалне подршке са демографским (старост, пол), социјално економским (посао, образовање) или здравственим карактеристикама (трајање болести).

Иако је неспорна важност образовања у целини, наше истраживање није потврдило налазе других истраживача.

У овом истраживању утврђене су конзистентне разлике у оценама квалитета живота и нивоу социјалне подршке између испитаника различитог нивоа образовања. Оцена квалитета живота расте пропорционално нивоу образовања. Испитаници са непотпуном основном или без основне школе оцењују квалитет живота просечном оценом 4,58; испитаници са вишим и високим образовањем вреднују квалитет живота 6,60. Међутим, статистички значајне разлике нису утврђене. Разлоге за то треба тражити у истраживању великог броја обележја која имају већу релативну важност.

Факторска анализа у овом истраживању сврстала је образовање у дванаести фактор (социо-културни ниво). Иако је обележје образовање, као носилац фактора са највећим факторским оптерећењем (0,724) било директно укључено у мултиплу линеарну регресију, није утврђено да образовање има значајан предиктивни утицај на квалитет живота.

Ово се може објаснити тиме што је образовање, које је раније често било предмет истраживачког интересовања, данас део групе обележја која обликују социјално-економску позицију и перспективу испитаника. У тој скупини обележја, вероватно постоје друга која

имају значајнији утицај на разлике у квалитету живота. У том смислу веома је илустративно истраживање Hawkey, Hughes, Waite и сарадника (219) који су тестирали концептуални модел усамљености. Предмет њиховог интересовања био је начин на који структурални социјални фактори утичу на перцепцију квалитета односа у мрежи и усамљеност, у којој мери су повезани социодемографски фактори и усамљеност, како се варијације у усамљености могу објаснити преко карактеристика социоекономског статуса, физичког здравља, социјалних улога, изложености стресу, и, на крају, величином мреже и субјективног доживљаја квалитета односа у њој.

Образовање и приход су негативно повезани са усамљеношћу; постоје расне/етничке разлике у усамљености. Повезаност прихода и усамљености најбоље се може објаснити постојањем брака; позитивни брачни односи дају највећи степен заштите од усамљености. Независни фактори ризика за усамљеност укључују мушки род, физичко здравље, симптоме хроничног радног и/или друштвеног стреса, малу друштвену мрежу, недостатак брачног поверења и лош квалитет друштвених односа.

### 6.3.1.3. Економска позиција

Економску позицију, као што је раније истакнуто, обликује више обележја: запосленост, приходи, довољност прихода и сл.

Запосленост је важан показатељ социјално-економског положаја, али и генератор развијености социјалне мреже; социјална мрежа запослених је већа (бројнија), разноврснија. Запосленост доприноси повезаности индивидуе у заједницу, са свим ефектима које она има. У нашем истраживању постоји довољно података који потврђују изнете наводе.

Просечна оцена квалитета живота је већа код испитаника који су актуелно запослени (7,33) или су то били до пензионисања (6,06), него у другим категоријама. С друге стране, домаћице, као занимање са највећим степеном социјалне изолације вреднују квалитет свог живота много нижим оцене (испитанице које то занимање актуелно обављају 4,76, односно оне које су то биле 5,02). Иако описане разлике нису и статистички значајне, сасвим се јасно назире утицај социјалне мреже (припадања и рада у колективу).

Ова подршка у теорији се означава термином "подршка кроз дружење" и даје људима осећај друштвене припадности. Присуство колега с посла и пријатеља и укључивање у заједничке друштвене или привредне активности (1,2), обезбеђује осећај "помоћи на располагању" (перцепција подршке) и осећај интегрисаности у друштвену мрежу. Перцепција подршке односи се на субјективни суд примаоца да им се нуди или им је понуђена ефикасна помоћ у случају и у време потребе.

Структурална подршка, такође позната и као социјална интеграција, односи се на обим у којем је прималац повезан са социјалном мрежом, број друштвених веза или начин на који је интегрисан у друштвену мрежу. Породични односи, односи с пријатељима, односи на послу, учешће у раду клубова и организација доприносе социјалној интеграцији.

Испитаници који немају сопствене приходе за живот имају најниже оцене квалитета живота. Супротно томе, испитаници који имају властиту пензију или живе од ренте имају највиши ниво квалитета живота. Испитаници који имају веће приходе по правилу имају и виши ниво просечне оцене квалитета живота. Најниже вредности забележене су у категоријама испитаника са примањима до 10.000 динара, а највише у категорији испитаника чији су приходи по глави домаћинства већи од 40.000 динара.

Разлике постоје и у односу на друга обележја материјалног статуса, иако нису правилне.

У принципу, виши ниво квалитета живота забележен је у категорији испитаника које за храну издвајају мање од 50% прихода. Ово се подудара са закључцима других студија које апострофирају важност обезбеђења "довољних" прихода.

У студији задовољства животом старих Кинеза у Хонг Конгу, коју су урадили Но и сарадници (211), утврђено је да су социјално-економски фактори важне детерминанте задовољства животом. У том смислу посебно се апострофира важност прихода довољних да покрију животне трошкове.

Факторском анализом испитивана је релативна важност неколико обележја који описују материјално стање испитаника (извор прихода, укупан приход из свих извора, део прихода који троши на храну). Најбоље позиционирано обележје - извор прихода – ушло је у састав четвртог фактора, који описује партнерство (брак); за њим следи - део прихода које користи за исхрану и описује здравствено стање, а најлошије је позиционирано обележје – месечни приходи из свих извора – које је ушло у састав двадесет другог фактора, а описује перцепцију угрожености (перспективу).

Међутим, мултипла линеарна регресија није нашла предиктивни утицај ни једне од наведених варијабли које описују економски положај испитаника на квалитет живота.

Истраживање социјалне подршке у популацији дијабетичара у Корамбаду 2008. (219) утврдило је постојање статистички значајне повезаности социјалне подршке са социјално-економским (посао, образовање) карактеристикама.

Ostberg и Lennartsson (2007.) су објавили резултате истраживања the Level of Living Survey, рађеног 2000.године, у Шведској, на национално репрезентативном узорку популације (5.053 одрасле особе старости 18–75 година). Ова студија је испитивала укупну и релативну важност различитих облика социјалне подршке за здравствене проблеме у општој популацији, као што су депресија, проблеми са циркулацијом и самопроцена општег здравља. Ресурси подршке састоје се у пријатељству које обезбеђује емоционалну, инструменталну и информативну врсту социјалне подршке. Истраживање је потврдило претпоставку да је доступност економске подршке важна као и други ресурси подршке (има сличан значај), без обзира на брачни статус, друштвену класу, саму економску ситуацију.

#### **6.3.1.4. Здравствене карактеристике**

Задовољство животом је субјективна експресија благостања успешног старења. Субјективно благостање је главна детерминанта здравствених исхода код старих људи.

Са високим нивоом задовољства животом, Но и сарадници (211) повезују велики број здравствених карактеристика: функционална независност, добра самопроцена здравља, добар слух и вид, дневна физичка активност, одсуство периодичних падова, низак скор депресије. Регресија је идентификовала висок скор депресивних симптома као негативно асоцирани предиктор задовољства животом.

Gulick (213) истражује самопроцену емоционалног дистреса и разлике које се могу довести у везу са личним особинама, социјалном подршком, као њихов ефекат на функционисање у активностима дневног живота. Он истиче да се ефекат социјалне подршка на емоционални дистрес региструје, чак и када нема утицаја на функционисање (активности дневног живота).

Ní Mhaoláina и сарадници (87) извештавају о резултатима истраживања субјективног благостања код старих у старачким домовима. Циљ ове студије је био да детерминише који су фактори предиктори благостања код старих људи који живе у заједници мерено преко њиховог задовољства животом. Студија испитује однос између задовољства животом и физичких, психичких, когнитивних и демографских варијабли. На узорку 466 старијих људи који живе у заједници, истраживачи су мерили задовољство животом, користећи Индекс задовољства животом (LSI-A). Подаци су анализирани применом stepwise регресионих модела.

У овом истраживању недвосмислено је потврђено да су депресија, усамљеност, неуротизираност, екстровертност, учешће у физичким активностима, узраст и самопроцена исцрпљености најважнији независни предиктори задовољства животом у кохорти старих.

Резултати нашег истраживања потврђују налазе других истраживача о важности утицаја који социјална подршка има на здравље. Прво, испитаници који су покретљивији, немају или имају мања ограничења у обављању активности дневног живота, могу да се старају о себи без или са незнатним проблемима, немају болове и неугодности, немају анксиозност ни депресивност имају виши ниво квалитета живота од других категорија испитаника. Примера ради оцена квалитета живота опада пропорционално опадању способности кретања; највиша је код потпуно покретних (6,89) и покретних уз незнатне тешкоће (6,84), а најмања код испитаника који се крећу уз велике тешкоће (4,47) и непокретних (2,75).

Испитаници који могу сами да воде бригу о себи (немају проблеме при умивању и облачењу) оцењују квалитет свог живота највишим оценама (6,47); испитаници који имају средње или мале проблеме при облачењу и умивању оценили су квалитет свог живота просечном оценом у распону од 4,13 до 4,91. Испитаници који имају велике проблеме при облачењу и умивању или то уопште самостално не могу да чине оценили су квалитет свог живота оценама у распону од 3,12 до 3,25.

Испитаници који немају проблеме при обављању свакодневних активности или су они незнатни оцењују квалитет свог живота највишим оценама (од 7,01 до 6,21). Две категорије испитаника које не могу саме да обављају свакодневне активности или при обављању истих имају веома велике проблеме оцењују квалитет у просеку од 3,46 до 3,97.

Са опадањем бола и неугодности, квалитет живота расте. Испитаници који имају изузетно велике болове и неугодности оцењују квалитет свог живота просечном оценом 2,94. Испитаници који немају болове и неугодности или су оне изузетно мале, оцењују квалитет свог живота у распону од 7,12 до 7,32.

Испитаници који су изузетно много или веома депресивни (анксиозни) оцењују квалитет живота просечним оценама у распону од 3,50 до 4,20. Средње депресивни (анксиозни) 4,75 а лако депресивни (анксиозни) 6,06. Испитаници који уопште нису анксиозни (депресивни) оцењују квалитет свог живота просечном оценом 6,96.

О важности здравствених карактеристика као детерминанте разлика у квалитету живота говоре и налази факторске анализе. Карактеристике здравственог статуса испитаника, мерене скалом EQ-5Д-5Л (покретљивост, способност бриге о себи, функционисање - уобичајене дневне активности, бол/неугодност, анксиозност/депресивност), факторска анализа сврстала је у други фактор који описује здравље, заједно са обележјем физичка активност. Овим фактором објашњено је 6,457% укупног варирања.

Мултипла линеарна регресија и корелација је такође издвојила покретљивост као значајан предиктор квалитета живота, заједно са социјалном подршком и три друга обележја. Наравно, када говоримо о "покретљивости" као обележју, треба имати на уму да ово обележје репрезентује и сва друга обележја која су ушла у састав трећег фактора ("здравље").

### **6.3.1.5. Стил живота**

У доступној литератури обрађени су резултати истраживања утицаја на квалитет живота који имају бројне варијабле стила живота – од локуса контроле, преко ставова, нивоа информисаности, развијених навика – фактора ризика до образаца понашања и медицинских фактора ризика.

Локус контроле и његов утицај на здравље, односно квалитет живота је често истраживан фактор. Он делује директно или индиректно, као модификујући фактор социјалне подршке. Локус контроле у овом раду испитиван је сагласношћу са ставовима "човек је сам одговоран за своје здравље" и "ако човек води рачуна о здрављу може га сачувати". У овом истраживању виши ниво квалитета живота имају испитаници који локус контроле идентификују у себи у односу на оне који се с тим не слажу или немају став.

Испитаници који себе сматрају одговорним за сопствено здравље оцењују квалитет свог живота просечном оценом 6,65 за разлику од оних који се с тим не слажу (4,14) или немају став (4,00). Испитаници који сматрају да се здравље може сачувати ако човек води рачуна о њему оцењују квалитет живота просечном оценом 6,78 док они који се с тим ставом не слажу вреднују квалитет живота оценом 4,17. Наведена два обележја (став о одговорности за здравље и став о могућности човека да утиче на здравље водећи бригу о њему) факторска анализа је издвојила и сврстала у девети фактор (локус контроле); овим фактором се може објаснити 3,183% (од 76,006 укупног варирања, колико је објашњено свим факторима).

Мултипла линеарна регресија издвојила је став о одговорности за здравље који репрезентује наведени фактор "локус контроле" као један од пет најважнијих предиктора квалитета живота. То потврђује малазе других истраживања о предиктивној важности локуса контроле. Испитивањем локуса контроле и његовог утицаја на разлике у самопроцени здравља испитаника различитог друштвено-економског положаја бавили су се Poortinga, Dunstan и Fone (2008.). Истраживање варијација у локусу контроле различитих социо-демографских група и заједница различитог социо-економског нивоа потврдила су претпоставку да локус контроле има одговарајући здравствени ефекат на појединце и заједнице различитог социјално-економског нивоа. Примењујући моделовање као метод, ови истраживачи су утврдили да је локус контроле значајно повезан са самопроценом здравља. Локус контроле модификује здравствене ефекте неких карактеристика индивидуалног социјално-економског статуса, у мањој мери и неких карактеристике социо-економског статуса заједнице.

Факторска анализа сврстала је обележја бихевиоралног ризика у различите факторе; највише позиционирана је физичка активност, која је ушла у састав трећег фактора који описује здравствено стање (квалитет живота у вези са здрављем). Ово је уједно једино обележје из групе обележја бихевиоралног ризика које има предиктовни капацитет (може се сматрати детерминантом квалитета живота), с обзиром на резултате мултипле линеарне регресије и корелације.

Људи са ниском социјалном подршком такође чешће имају проблеме са алкохолом и дрогама [39]. Људи који актуелно пију или су пили раније, имају најниже оцене квалитета живота (4,50 - 4,94), односно, нижи ниво социјалне подршке. Алкохолизам је ушао у састав четвртог фактора (партнерство), прекомерна исхрана у тринаести (гојазност), пушење у састав шеснаестог фактора (повезаност у организацијама), испијање кафе у деветнаести (старост), а досољавање хране ушао је у састав двадесетог фактора (актуелна цереброваскуларна болест). Geleijnse (159) наводи да је утицај алкохола био веома мали у свим популацијама (2-3%). Утицај неадекватног уноса калцијума (2-8%), магнезијума (4-8%), утицај кафе (0-9%) и масних киселина из риблиег уља (3-16%), значајно варира између популација које су биле поређене.

Истраживања нас обавештавају да особе са ниском социјалном подршком чешће имају поремећаје исхране (22,165). У нашем истраживању нађено је да људи који су гојазни и не лече се, имају нижи ниво социјалне подршке и квалитета живота од других који се лече или немају овај проблем.

Обележје бихевиоралног ризика (прекомерна исхрана) и обележје медицинског ризика (гојазност) факторска анализа повезала је и сврстала у састав тринаестог фактора којим се може објаснити 2,755% укупног варирања. Мултипла регресија, међутим, није овај фактор издвојила као предиктор квалитета живота.

Geleijnse (159) истиче да највећи утицај на варијације у преваленци хипертензије у Финској, Италији, Холандији, Великој Британији и САД имају тежина – гојазност која учествује са 11 до 25%, затим физичка неактивност (5-13%), висок унос натријума у исхрани (9-17%), низак унос калијума (4-17%), низак унос магнезијума (са 4-8% утицаја у развоју хипертензије).

Forman (155) је испитивао утицај шест модификујућих (протективних) фактора стила



живота и исхране (индекс телесне масе мањи од 25 kg/m<sup>2</sup>, дневне физичке активности у трајању од 30 минута, исхране оријентисане на заустављање хипертензије (DASH дијета), употреба алкохола мања од 10 г/дневно, употреба ненаркотичких аналгетика мања од једном недељно, унос од 400 или више микрограма фолне киселине дневно) на појаву и развој хипертензије појединачно и у комбинацији. У групи жена које немају ни један протективни фактор у анамнези популациони атрибутивни ризик је 78%, а недостатак ових фактора крив је за вишак од 8,37 случајева хипертензије на 1000 испитаница годишње. Код жена које имају само један протективни фактор атрибутивни ризик је 72%, код жена са два протективна фактора атрибутивни ризик је 58%, а са 3 – 53%. Индекс телесне масе већи или једнак 25 kg/m<sup>2</sup> је најснажнији предиктор, који повећава популациони атрибутивни ризик за 40% у односу на испитанице код којих је индекс телесне масе мањи од 25. Закључци су изведени после отклањања утицаја старости, расе, породичне анамнезе хипертензије, пушења, коришћења оралних контрацептива.

Simone, 2006 (99) прати утицај метаболичких фактора и њихове промене током времена на развој артеријске хипертензије. Код учесника са нормалном толеранцијом глукозе, опадање HDL липопротеина, повећање обима струка и присуство дијабетеса показали су се као најснажнији предиктори хипертензије. Код учесника са смањеном толеранцијом глукозе или дијабетесом на почетку студије, најснажнији предиктор је дијабетес, праћен повећањем артеријског притиска и LDL холестерола. Метаболички профил и повећана абдоминална гојазност могу бити прогностички знаци за развој артеријске хипертензије, не само висина крвног притиска.

Недовољна физичка активност доприноси настанку гојазности, који је додатни и фаворизујући фактор у развоју и експресији артеријске хипертензије. Стручњаци који се баве антропометријским карактеристикама хумане популације и утицајем физичке неактивности на здравље појединца, тврде да такве особе имају већи W/H однос (однос струка и кукова), који повећава ризик од настанка кардиоваскуларних болести (103).

Regidor, 2006. (104) тврди да се гојазност и физичка неактивност могу сматрати најважнијим ризико факторима код жена, без обзира на ниво образовања или друге одлике социјалне класе. Код мушкараца овај допринос није утврђен. Утицај регуларне физичке активности у трајању дужем од пола сата дневно апосторфира и Forman (155), који је испитивао допринос дијете и стила живота развоју хипертензије код жена.

Parker (162) је показао да се хипертензија појављује статистички значајно мање код испитаника који имају добру физичку активност, независно од расе, пола, старости, едукације, породичне историје хипертензије. Williams (163) наводи да шансе за хипертензију опадају пропорционално дужини трчања недељно, како код мушкараца, тако и код жена. Шансе за хипертензију расту о односу на старост, највеће су код најстаријих испитаника.

Проспективна студија утицаја физичке активности на ризик од хипертензије показује да се хипертензија чешће развија код испитаника са лаком физичком активношћу (1,00 код оба пола) него са средње тешком (0,63 код мушкараца и 0,82 код жена) и тешком физичком активношћу (0,59 код мушкараца и 0,71 код жена). Повезаност егзистира код испитаника независно од индекса телесне масе. Регуларна физичка активност (уз контролу телесне тежине) може редуковати ризик за хипертензију код оба пола, независно од нивоа гојазности.

Опште је познато да је гојазност, као последица неадекватне исхране и смањене физичке активности значајан ризик за хипертензију (СЗО, 1995); ризик варира у односу на врсту или тип (централни или периферни тип, абдоминална гојазност), односно, трајање гојазности. Могућности настанка артеријске хипертензије веће су што је гојазност израженија и што дуже траје. Посебно је важна деценија живота у којој се гојазност јавила, јер је вероватноћа јављања хипертензије израженија у старијим годинама. Управо у вези с тим велики број истраживача идентификује улогу социјалне подршке, јер гојазност не настаје одмах.

Холандска кохортна студија чији су резултати публиковани у раду Stoezen и сарадника

(222) бавила се истраживањем повезаности позитивног и негативног искуства у социјалној подршци са тренутним и будућим факторима животног стила, факторима медицинског ризика и самопроцене здравља и менталног здравља после десет година праћења. Социјална подршка је мерена коришћењем Упитника социјалног искуства. Здравље је процењивано преко неколико индикатора као што су пушење, употреба алкохола, физичка активност, унос воћа и поврћа, прекомерна телесна тежина, хипертензија, хиперхолестеролемија, самопроцена здравља и менталног здравља.

Најнижа терцила позитивних искустава социјалне подршке повезана је са преваленцијом и инциденцијом лошег менталног здравља. Низак ниво позитивних искустава социјалне подршке био је повезан само са тренутно ниским уносом воћа и поврћа.

Највиша терцила негативних искустава социјалне подршке повезана је преваленцом и инцидентом лошег менталног здравља. Негативно искуство социјалне подршке је такође асоцирано са актуелним индикаторима: пушењем, физичком неактивношћу, прекомерном тежином и ниским оценама самопроцене здравља, као и са будућом ексцесивном употребом алкохола, физичком неактивношћу и лошом самопроценом здравља.

Позитивно и негативно искуство социјалне подршке асоцирано је са преваленцом и инцидентом лошег менталног здравља. Позитивна искуства социјалне подршке имају ефекат добробити на стил живота и здравље, а негативна искуства могу утицати у супротном смеру – негативно.

Индијска национална студија утицаја социјалне подршке рекреативним активностима на партиципацију старих у физичким активностима и њихову перцепцију благостања рађена је првих година 21. века.

Налази студије, објављени у раду Sasidharana и сарадника (224), наглашавају важност социјалне подршке за релаксацију и учешће у рекреативним физичким активностима старих људи која долази од пријатеља. Налази откривају да породична подршка и подршка пријатеља заједно имају позитиван ефекат на перцепцију благостања код старих људи. Следећи важан налаз је позитивна веза између породичне социјалне подршке за релаксацију и нивоа животног задовољства.

Ní Mhaoláina и сарадници (2012.) извештавају о резултатима истраживања субјективног благостања код старих у старачким домовима. Циљ ове студије је био да детерминише који су фактори предиктори благостања код старих људи који живе у заједници мерено преко њиховог задовољства животом. Студија испитује однос између задовољства животом и физичких, психичких, когнитивних и демографских варијабли. На узорку 466 старијих људи који живе у заједници, истраживачи су мерили задовољство животом, користећи Индекс задовољства животом (LSI-A). Подаци су анализирани применом *stepwise* регресионих модела.

Ирско истраживање здравог старења из 2012. године чији су резултати публиковани у раду Ní Mhaoláina и сарадника недвосмислено је потврдило да неке одлике стила живота – као учешће у физичким активностима, спадају у најважније независне предикторе задовољства животом у кохорти старих. Животно задовољство и успешно старење ментални и емоционални статус старих особа, као и њихов ангажман у физичким активностима важни су колико и физичка функционална способност. Задовољство животом је субјективна експресија благостања успешног старења. Они наводе да је субјективно благостање главна детерминанта здравствених исхода код старих људи.

У нашем истраживању испитаници који имају физичку активност примерену годинама имају највиши ниво квалитета живота. С друге стране, виши ниво квалитета живота имају чак и они чија је физичка активност изнад те границе. То потврђује налазе изнете у истраживањима Ní Mhaoláina и сарадника (87), Sasidharan-a и сарадника (224) и бројним другим.

Социјална подршка за разоноду (SSL) и вежбе била је предмет истраживања Sasidharan и сарадника (224). Закључци ранијих истраживања сугеришу да социјална подршка значајно доприни остваривању бољих здравствених исхода код старијих особа. Мало се зна о односу здравља и добробити старијих одраслих у зависности од количине и врсте социјалне подршке коју добијају за активности у слободно време, односно социјалне подршке за разоноду (SSL). У овој студији испитује се утицај извора социјалне подршке за разоноду (чланова породице, пријатеља и познаника) на физичке активности и ниво благостања, односно, задовољство животом, стрес и здравље код старијих одраслих особа (узраста 50 и више година).

Социјална подршка за разоноду испитивана је уз помоћ The Social Support for Exercise Behaviors Scale на коју су одговарали чланови породице и пријатељи. Испитаницима је постављено 12 питања о подршци коју пружају, а њихови одговори су вредновани на шесто степеној Ликертовој скали. Самопроцена задовољства животом мерена је коришћењем једног аитета ("Ја сам задовољан својим животом"), на скали задовољства животом, коришћењем седмостепене Ликертове скале са категоријама одговора у распону од "не слажем се" до "у потпуности се слажем".

Налази студије наглашавају важност социјалне подршке која долази од пријатеља за релаксацију и учешће у рекреативним физичким активностима старих људи. Налази откривају да породична подршка и подршка пријатеља заједно имају позитиван ефекат на перцепцију благостања код старих људи. Следећи важан налаз је позитивна веза између породичне социјалне подршке за релаксацију и ниво животног задовољства.

У нашем истраживању утврђено је да испитаници који слободно време испуњавају активностима који су усмерени на релаксацију имају виши ниво квалитета живота, него остали, који слободно време проводе у активностима које немају карактер релаксације. Разлике међу испитаницима су много мање када се посматра садржај и начин на који се проводи слободно време (активно *vs.* пасивно).

У нашем истраживању, обележја која се односе на медицинске факторе ризика – хиперхолестеролемија и хипертриглицеридемија - заузела су место у саставу петог фактора, који објашњава 3,500% укупног варирања. Описани фактор, односно обележја која га чине, сагласно резултатима мултипле линеарне регресије и корелације, немају предиктивна својства у погледу квалитета живота испитаника у овом истраживању.

Друга обележја медицинске ризика – сазнања о повишеном крвном притиску, на пример – заузела су много нижу позицију. Апострофирано обележје нашло се у саставу петнаестог фактора ("перцепција повезаности"), којим се може објаснити 2,290% варирања. Једино обележје овог ризика које има неки предиктивни значај је повишен ниво шећера у крви. Ово обележје нашло се заједно са другим које описује дијабетес, као вероватно најтежа хронична болест (актуелна шећерна болест), у саставу осмог фактора (објашњава 3,219% укупног варирања). Обележје шећерна болест која репрезентује осми фактор "тешка хронична болест" анализом предиктора издвојио се као један од пет предиктора квалитета живота.

Разлике у квалитету живота у нашем истраживању могу се довести у везу са бројем стресних догађаја и скором суме стреса. Испитаници који имају један стресни догађај у последњих годину дана имају виши квалитет живота (7,13) него испитаници који имају искуство више стресних догађаја. Најниже оцене квалитета живота имају испитаници са шест и више стресних догађаја. Квалитет живота је утолико нижи уколико је скор суме стреса виши. Испитаници чији је скор суме стреса испод 70, оценили су квалитет свог живота просечном оценом 6,59. Испитаници који имају скор суме стреса већи од 140 оценили су квалитет свог живота просечном оценом 4,55.

Обележја која описују стрес (број стресних догађаја и скор суме стресних догађаја) ушла су у састав десетог фактора (овај фактор објашњава 3,175% укупног варирања). Број стресних догађаја је анализом предиктора која је урађена применом мултипле линеарне регресије и корелације издвојен као један од предиктора квалитета живота. Ово обележје репрезентује

десети фактор "стрес" у чији састав је, поред наведеног, ушло још једно обележје (скор суме стресних догађаја).

Велики број истраживања хипертензије апострофира важност утицаја стреса на развој ове болести и квалитет живота болесника. Sparenberger (151) је испитивао повезаност стреса са хипертензијом на узорку одраслих особа које су у претходној години имале неки од девет животних догађаја који резултују стресом. Иако људи који су имали стрес у последњих месец дана чешће пријављују симптоме повишеног крвног притиска, мерењем није могло бити документовано постојање хипертензије код ових испитаника.

Психолошки стрес и излагање олову су независно један од другог повезани са хипертензијом, наводи Peters (183). Он је утврдио постојање позитивне корелацију између нивоа стреса и концентрације олова у голењачи са систолним крвним притиском, чак и кад се елиминише ефекат других потенцијалних модификујућих фактора (старости, индекса телесне масе, породичне анамнезе артеријске хипертензије, нивоа образовања, пушења, употребе алкохола, физичке активности, нутритивних фактора). Утврђено је такође да висок ниво стреса модификује ефекат нивоа олова у голењачи и чашици на висину артеријског притиска. Висок ниво стреса повећава релативни ризик за хипертензију коју изазива олово у голењачи - 2,66 пута, односно 2,64 пута - у чашици. Ефекат олова на хипертензију је најизраженији код појединаца који показују знаке високог нивоа стреса, независно од демографских или бихевиоралних фактора ризика.

Развој хипертензије на бази интеракције стреса и позитивне породичне анамнезе хипертензивне болести истраживао је Light (184,196). Испитивање интерактивног ефекта генетског наслеђа (дефинисаног као макар један хипертензивни родитељ) и високе осетљивости на стрес показује да мушкарци са високим нивоом стреса, високом осетљивошћу на стрес и позитивном породичном анамнезом имају статистички значајно више нивое и систолног и дијастолног крвног притиска (седам пута већи ризик за хипертензију него испитаници чији су родитељи били нормотензивни и три пута већи ризик него испитаници који нису преосетљиви на стрес, чак и ако су њихови родитељи били хипертоничари). Light наглашава да је осетљивост на стрес фактор пер се.

Carroll, 2001 (185) је утврдила да се ментални стрес може позитивно повезати са високим систолним, а у мањој мери и са дијастолним крвним притиском у будућности, али се не може искључити утицај старости. Carroll, 2003. (186) објашњава ове налазе утицајем пола, старости и социјално-економске позиције. Систолна реактивност на ментални стрес као средства може бити прогностички фактор хипертензије само у неким категоријама испитаника (мануелни радници, мушкарци).

Наупрот њеним истраживањима, Lindquist (187) није утврдио директну повезаност нивоа стреса на послу и висине артеријског притиска. Све анализе показују да су индекс телесне масе и карактеристике стила живота (коришћење алкохола, исхрана, вежбање) повезане са крвним притиском код испитаника оба пола. Овај аутор изводи закључак да се артеријска хипертензија не може повезати са стресом *per se*, него са механизмима на који се он купира. Утицај социјалне подршке у томе има изванредан значај.

Испољавање беса повезано је са хипертензијом, али нису анализирани ситуациони утицаји, посебно ниво социјалне подршке. Bongard (188) наводи да испољавање беса зависи од социјалне ситуације. Испитаници испољавају бес отвореније и слободније код куће, док се на послу значајно више контролишу. Испољавање беса такође је у корелацији са полом. Отворено испољавање беса нарочито на послу је повезано са повећањем крвног притиска.

Cottington (189) се такође бави испитивањем ефекта потиснутог беса са хипертензијом. Истраживање на рандомизованом узорку показује да је хипертензија чешћа код радника који сузбијају свој бес; она је снажније повезана са осећањем неизвесности у вези са послом, незадовољством сарадницима и могућностима за унапређење статуса код ових радника.

Интеракција између сузбијеног (потиснутог) беса и стреса везаног за посао је сигнификантни предиктор хипертензије, независно од утицаја старости, индекса телесне масе, пушења, коришћења алкохола, породичне историје хипертензије. Ови налази указују да вештине савладавања стреса, посебно експресија незадовољства, могу модификовати утицај стреса везаног за посао на хипертензију.

Хронични ментални стрес се може манифестовати на различите начине, а може да потиче из спољног окружења, из интеракције између појединца и околине (стрес везан за посао и рад), или из самог појединца. Све проспективне студије показују да стрес има неповољне ефекте на развој хипертензије и коронарне болести. Напор везан за посао, дефинисан као комбинација ниске самоконтроле и високих захтева на послу, повезан је са повећањем крвног притиска, са ефектима на коронарну болести срца, посебно код мушкараца. Негативни ефекти, манифестовани депресијом, анксиозношћу, бесом или непријатељством имају сличан ефекат на хипертензију и коронарну болести срца. Депресија се издваја као најважнија компонента у комплексу стресогених фактора у односу на кардиоваскуларне болести. Заједнички линк за све ове факторе је перципиран губитак контроле над окружењем (189), односно значајни поремећаји у социјалним интеракцијама.

Jonas (191) наводи да се висока анксиозност и висока депресивност могу сматрати предикторима хипертензије у свим посматраним групама у недостатку социјалне подршке (у односу на расу, старост, пол, образовање, пушење, индекс телесне масе, алкохол, историју дијабетеса, мождане ударе или коронарне болести срца).

### 6.3.2. Утицај болести

Истраживања су недвосмислено показала да особе са нижим нивоом друштвене подршке имају више кардиоваскуларних болести (17), више запаљења и мање ефикасно функционисање имуног система (31), више компликације током трудноће (32), више функционалне неспособности и бола, повезаних са реуматоидним артритисом (33), међу многим другим налазима.

У овом истраживању нађено је такође да су социјална подршка и оцене квалитета живота ниже уколико је број болести од којих испитаник болује већи. Из резултата нашег истраживања такође се може закључити да су нижи ниво социјалне подршке и ниже просечне оцене квалитета живота обрнуто пропорционално повезани са степеном функционалне неспособности. Квалитет живота је виши уколико је функционална неспособност мања. Ова два налаза потврђују наводе литературе да низак ниво социјалне подршке доприноси учесталости појављивања болести и неспособности. Насупрот томе, виши ниво социјалне подршке повезан је са бројним позитивним резултатима, укључујући и бржи опоравак код коронарних хируршких интервенција (35), мању подложност напада херпеса (36), смањену вероватноћу да покажу когнитивни пад повезан са старашћу [48], бољу контролу дијабетеса (35). Људи са вишом социјалном подршком такође имају мање шансе да развију прехладу и опоравиће се брже ако су прехлађени (36).

У стресним ситуацијама, социјална подршка помаже људима да смање психолошки дистрес. Социјална подршка промовише психолошко прилагођавање условима код хроничног високог стреса, као код оболелих од реуматоидног артритиса, рака, можданог удара и коронарне болести. Ови налази потврђени су и у овом истраживању.

Оболели од малигних оболења вреднују квалитет живота просечном оценом 4,23 што је значајно ниже у односу на друге који ова оболења немају (5,78). Слична (иако мања) разлика запажа се и у односу на присуство коронарне болести (ангине пекторис) и депресије. Како је утврђено да социјална подршка и квалитет живота директно пропорционално корелирају, нижа оцена квалитета живота може се довести у везу са нижом социјалном подршком.

Лонгитудинална студија старења која је изведена у Амстердаму (1999.) о чијим резултатима

извештавају Penninx и сарадници (225) бавила се утицајем статуса хроничних болести и социјалне подршке на осећање усамљености код старих у Амстердаму. У раду је анализиран утицај бројних и различитих карактеристика социјалне мреже и подршке (величина социјалне мреже, варирања у социјалној подршци током времена и др). Карактеристике болести играју малу улогу у пријему инструменталне подршке и осећању усамљености код старијих особа оболелих од хроничних болести. Величина социјалне мреже и промене у емотивној подршци нису повезане са статусом болести. Једина разлика између здравих и оболелих од хроничних болести нађена је у пријему инструменталне подршке и усамљености. Карактеристике болести играју различиту улогу: већи осећај усамљености нађен је код особа које болују од болести плућа или артритиса, а већи пријем инструменталне подршке је нађен код особа са артритисом и шлогом.

Резултати једне лонгитудиналне студије која је реализована у Шведској и описана у раду McCamish-Svensson и сарадника (227) описала је промене у социјалној мрежи и њихове ефекте на социјалну подршку у дубокој старости, заједно са утицајем који ове промене имају на задовољство животом старих. Међутим, здравље и задовољство контактима утичу на укупно задовољство животом код испитаника старости 83 године. На основу овога се може закључити да је однос социјалне подршке и задовољства животом код старих комплексан и мултидимензионалан.

И резултати нашег истраживања указују на пад просечне оцене квалитета живота у дубокој старости, који се не може довести у везу ни са једним испитиваним обележјем.

Истраживање детерминаната задовољства животом (Ní Mhaoláina, 2012) (87), спроведено у оквиру Ирске студије здравог старења, бавило се утврђивањем фактора који се могу сматрати предикторима благостања код старих људи који живе у заједници. Благостање се у овом истраживању мерило степеном задовољства животом. Студија је испитивала однос између задовољства животом и физичких, психичких, когнитивних и демографских варијабли. Резултати овог истраживања показали су да се депресија, усамљеност, неуротизираност, екстровертност, учешће у физичким активностима, узраст и самопроцена исцрпљености могу сматрати независним предикторима задовољства животом у кохорти старих. Ментални и емоционални статус старих особа, као и њихов ангажман у физичким активностима су важни колико и физичка функционална способност за животно задовољство и успешно старење. Ове области репрезентују кључне циљеве за интервенцију.

У истраживању рађеном на узорку заједнице становника Амстердама (2.788 мушкараца и жена старости 55 до 85 година) у оквиру Лонгитудиналне студије старења чије су резултате објавили Penninx, Van Tilburg, Kriegsman и сарадници (225), процењује се утицај статуса хроничних болести, величине социјалне мреже, промена у подршци, усамљености на квалитет живота. У фокусу студије је испитивање разлика у величини социјалне мреже, функционалној социјалној подршци и усамљености код старијих особа са различитим врстама хроничних болести.

Резултати овог истраживања указују да величина социјалне мреже и промене у емотивној подршци нису повезане са статусом болести. Једина разлика између здравих и оболелих од хроничних болести нађена је у пријему различите количине инструменталне подршке и усамљености. Карактеристике болести играју различиту улогу : већи осећај усамљености нађен је код особа које болују од болести плућа или артритиса, а већи пријем инструменталне подршке је нађен код особа са артритисом и шлогом.

Barry, Kasl и сарадници (228) испитују социјалну подршку и њен ефекат на промене у квалитету живота у вези са здрављем шест месеци после коронарног бајпаса. У проспективној студији која је реализована на кохорти 1.164 пацијената подвргнутих првом САВГ, код 1.072 (92%) учесника просечне старости 65.7 година урађен је интервју (на отпусту из болнице и шест месеци касније). Предмет интервјуа била је перципирана инструментална и емоционална подршка и промене у менталном здрављу и физичком функционисању израчунате као разлике

вредности СФ-36 на отпусту и шест месеци касније. У фокусу истраживања било је питање да ли доживљај социјалне подршке може предвидети промене у квалитету живота у вези са здрављем, које су исказане као промена у менталном здрављу и физичком функционисању, шест месеци после уградње коронарног бајпаса (CABG).

У обради података коришћена је stepwise линеарна регресија, прилагођена у односу на квалитет живота у вези са здрављем, демографске варијабле и клиничке карактеристике болесника. Истраживање је показало да инструментална подршка може бити предиктор позитивних промена у менталном здрављу. Промене су веће код пацијената који су имали ниске вредности скорa менталног здравља пре уградње бајпаса. Међутим, ни једна варијабла социјалне подршке није предиктор промена у физичком функционисању.

Истраживање социјалне подршке у популацији дијабетичара у Корамбаду (215) утврдило је постојање статистички значајне повезаности социјалне подршке са здравственим карактеристикама (трајање болести).

Резултати нашег истраживања такође указују на то да је болест важна детерминанта разлика у квалитету живота. У прилог томе најпре говоре, прво, просечне оцене квалитета живота које су увек више код испитаника који актуелно немају испитиване болести, у односу на оне који те болести имају.

Друго, квалитет живота је највиши код испитаника који немају ни једну болест (сем хипертензије, која је била критеријум за укључивање у студију) – 6,16. Испитаници који поред хипертензије имају још једну до две болести оцењују квалитет живота 5,66-5,87. Испитаници који имају 3 и више болести оцењују квалитет живота 4,86-4,80.

Треће, анализа предиктора издвојила је чак две варијабле које се могу сматрати обележјима болести као чиниоце који утичу на квалитет живота. Мултиплом регресијом утврђен је предиктивни значај обележја "шећерна болест" која репрезентује осми фактор "тешка хронична болест" и обележја "депресивност" (које је као симптом ушло у састав трећег фактора, као један од параметара здравственог стања у EQ-5D-5L скали). Мултиплом регресијом није потврђен предиктивни значај болести које су праћене боловима (акутне болести жучне кесе и бубрега, као и укупан број болести), иако их је факторска анализа издвојила као посебан фактор.

Утврђивање предиктивног утицаја фактора "тешка хронична болест", указује на важност хроничних болести за квалитет живота код старих, на коју су указали и други истраживачи.

### **6.3.3. Утицај социјалне мреже**

Социјална мрежа је основа за остваривање подршке. У расположивој литератури описан велики број карактеристика мреже од којих зависе варијације у подршци. Све оне значајне су са аспекта тзв. структуралне подршка. Структурална подршка се описује и као социјална интеграција, а односи се на обим у којем је прималац повезан са социјалном мрежом, број друштвених веза или начин на који је интегрисан у друштвену мрежу (1). Породични односи, пријатељи, чланство у клубовима и организацијама доприносе социјалној интеграцији.

Функционална подршка тиче се посебних активности и мера (функција) које могу да обезбеде или обезбеђују (пружају) чланови друштвене мреже, а може бити емотивна, материјално опипљива (пружање или добијање финансијске или друге материјалне помоћи), информативна (пружање или добијање савета и информација) или дружење (која доприноси стварању осећаја припадности). Подршка кроз дружење је врста подршке која даје неке осећај друштвене припадности, па се тако и назива. Она се може посматрати као присуство пријатеља и укључивање у заједничке друштвене активности.

Треба разликовати перцепцију (процену да неко има помоћ "на располагању"), стварно добијена помоћ (добијена - пружена подршка) или као степен до ког је лице интегрисано у

друштвену мрежу. Истраживачи нарочито инсистирају на разликовању перцепције и добијене подршке.

### 6.3.3.1. Карактеристике социјалне мреже

Највећи број истраживања која се баве социјалном мрежом фокусирају њену величину, састав (структуру), разноврсност, густину, организацију, комуникацију и односе у мрежи.

У овом раду социјалну мрежу описују бројна обележја социјално-економског статуса (актуелна запосленост, запослење до пензионисања), начина живота (религиозност, одласци у цркву, припадност и ангажовање у раду организација, начин на који проводи слободно време, број најближих пријатеља и рођака са којима комуницира бар једном недељно, број комшија, колега с посла и познаника са којима се чује или посећује бар једном недељно), али и ставови о здрављу (перцепција локуса контроле), ставови о здравственој заштити (перцепција бриге о старима у заједници, перцепција могућности и ограничења за задовољење здравствених потреба), породичне карактеристике (брачно стање, број деце, структура породичног домаћинства, број чланова домаћинства, односи са члановима домаћинства).

Локус контроле и његов утицај на здравље, односно квалитет живота је често истраживан фактор. Он делује директно или индиректно, као модификујући фактор социјалне подршке јер одражава перцепцију одговорности за здравље и очекивања у односу на социјалну подршку. Када је локус контроле усмерен ка самој особи, њена очекивања од социјалне подршке су мања и обрнуто.

У овом истраживању виши ниво квалитета живота имају испитаници који локус контроле идентификују у себи у односу на оне који се с тим не слажу или немају став. Локус контроле је испитиван сагласношћу са ставовима "човек је сам одговоран за своје здравље" и "ако човек води рачуна о здрављу може га сачувати".

Испитаници који себе сматрају одговорним за сопствено здравље оцењују квалитет свог живота просечном оценом 6,65 за разлику од оних који се с тим не слажу (4,14) или немају став (4,00). Испитаници који сматрају да се здравље може сачувати ако човек води рачуна о њему оцењују квалитет живота просечном оценом 6,78 док они који се с тим ставом не слажу вреднују квалитет живота оценом 4,17. Наведена два обележја (став о одговорности за здравље и став о могућности човека да утиче на здравље водећи бригу о њему) факторска анализа је издвојила и сврстала у девети фактор (локус контроле); овим фактором се може објаснити 3,183% (од 76,006 укупног варирања, колике је објашњено свим факторима).

Перцепција подршке се често истиче као фактор од већег значаја него подршка *per se*. Иако не постоје чврсти (статистички сигнификантни) докази, резултати овог истраживања, у начелу, подупиру изнету тезу.

Испитаници који сматрају да институције заједнице континуирано брину о здрављу и квалитету живота старих људи оцењују квалитет свог живота просечном оценом 6,51; испитаници који не деле ово мишљење вреднују квалитет живота значајно нижим оценама (5,27). Перцепција бриге институција о здрављу и квалитету живота старих људи, као што је већ истакнуто, сврстана је у петнаести фактор; заједно са другим обележјима која су ушла у састав овог фактора, наведено обележје говори о перцепцији повезаности старих са заједницом.

Испитаници који процењују да могу добити здравствену услугу увек када им је она потребна оцењују квалитет живота оценом 6,59. Они који процењују да здравствена услуга није увек доступна, оцењују квалитет живота оценом 5,25 (ако сматрају да постоје ограничења везана за службу) односно 5,38 (ако перципирају ограничења везана за саму породицу испитаника). Наведено обележје ушло је у састав двадесет другог фактора; Заједно са месечним приходима, бројем деце, шлогом у анамнези раније прележаних болести и актуелном болешћу плућа, перцепција могућности добијања услуге описује перцепцију



угрожености старих. Овај фактор описује 2,107% (од 76,006%) укупног варирања које се може објаснити факторском анализом.

Партнерска заједница (брачна и ванбрачна) је, у оквиру истраживања социјалне подршке, често била интересовања истраживача. Искуства многих студија показују да је она извор социјалне подршке и сигурности.

И у наше истраживање показује се да испитаници који живе партнерској заједници (брачној или ванбрачној) имају виши ниво квалитета живота (5,96), нарочито у односу на разведене (5,06).

Факторска анализа сврстала је ово обележје доста високо – у састав четвртог фактора, који објашњава брак односно партнерство. Овим фактором може се објаснити чак 3,717 (од укупно 76,006%) укупног варирања које се може објаснити факторском анализом.

Испитаници који живе у урбаној средини имају статистички значајно виши ниво квалитета живота (5,89) од оних који живе у приградским насељима (5,35) или на селу (5,49). Ови налази подударују се са литературом. Факторска анализа сврстала је ово обележје, заједно са образовањем у састав дванаестог фактора који описује социо-културни ниво испитаника. Овим фактором може се објаснити 2,889% укупног варирања.

Ostberg и Lennartsson (220) су објавили резултате истраживања the Level of Living Survey, рађеног 2000.године, у Шведској, на национално репрезентативном узорку популације (5.053 одрасле особе старости 18–75 година). Ова студија испитивала је укупну и релативну важност различитих облика социјалне подршке за здравствене проблеме у општој популацији. Ресурси подршке фокусирају разлике у карактеру и састоје се у пријатељству које обезбеђује емоционалну, инструменталну и информативну врсту друштвене подршке. Здравствени проблеми су депресија, проблеми са циркулацијом и самопроцена општег здравља.

Логистичком регресијом утврђено је да се број ресурса подршке може повезати са свим испитиваним здравственим проблемима.

Друштвене мреже старијих људи са породицом и пријатељима могу да утичу на коришћење здравствених услуга од стране старијих особа. Нејасно је да ли постоје разлике у ефектима специфичних мрежа (са децом, другим рођацима, пријатељима и повереницима) и укупне друштвене мреже на коришћење заштите у установама нижих нивоа и домовима за негу. Ово је био предмет испитивања проспективне лонгитудиналне кохортне студије реализоване у Аустралији на узорку 1.477 људи старости 70 и више година у току девет година праћења. Giles и сарадници (230) су урадили мултиномиалну логистичку регресију ефеката специфичних и укупних друштвених мрежа на коришћење услуга, прилагођено разликама у здрављу учесника, демографским карактеристикама и начину живота у различитим друштвеним мрежама. Они извештавају да већи број људи од поверења у мрежи има протективни ефекат на коришћење услуга кућне неге. Постоје докази да је ефекат деце у мрежи на коришћење кућне неге двосмислен. Учешће рођака и пријатеља у мрежи није предиктор коришћења кућне неге. Коришћење нижег нивоа резиденцијалне заштите није у релацији са социјалном мрежом било ког типа.

Да би социјална подршка била корисна неопходно је да социјалну подршку пружа жељени давалац; ово је познато као хипотеза о одговарајућем даваоцу подршке. Психолошки стрес може да се повећа уколико је обезбеђена другачија врста подршке од оне коју прималац жели да прими (нпр. дата је информативна, а тражи се емотивна подршка). Истраживања истичу да је перципирана подршка доследно повезана са бољим менталним здрављем, док добијена подршка и социјална интеграција често нису. Неки су сугерисали важност "невидљиве подршке". Овај вид подршке, када особа има подршку без његове или њене свести може бити најкориснија.

Avlund и сарадници (235) објавили су резултате истраживања промена у социјалним релацијама у старости и њиховом утицају на функционалне способности. Истраживање је

реализовано на подацима The NORA follow-up студије, која је реализована на узорку 743 испитаника оба пола старости 75-80 година настањених у балтичким земљама. Структура социјалних односа у овој студији мерена је фреквенцијом контаката са децом, унуцима и прауницима, рођацима, блиским пријатељима, познаницима и комшијама, затим разноврсношћу социјалних релација (број типова социјалних контаката), телефонским контактима и паритципацијом у друштвеним догађајима.

Функција социјалних односа је мерена преко инструменталне социјалне подршке.

Функционална способност је мерена умором и потребом за помоћи у физичким активностима свакодневног живота (PADL). Депресивни симптоми, живот у самачком домаћинству и карактеристике локалитета укључени као коваријабле у мултиваријантну анализу.

Циљ истраживања био је да опише промене у социјалним односима које настају у животном добу 75 до 80 година и анализира како промене у социјалним релацијама утичу на функционалну способност у узрасту 75 година.

Резултати показују постојање великих промена у социјалним релацијама у старости. Ове промене укључују широк спектар различитих губитака и добитака. Жене које осећају умор у свакодневним активностима имале су мање контаката са децом и друштвене односе који нису довољно разноврсни. Испитаници оба пола којима је потребна помоћ имали су недовољно разноврсне друштвене релације у односу на особе које су добро функционисале.

### **6.3.3.2. Карактеристике и подршка породице**

Социјална подршка игра важну улогу у обезбеђењу високог степена задовољства животом и има значајне здравствене ефекте. У том смислу посебно се апострофира улога породичне подршке.

У студији задовољства животом старих Кинеза у Хонг Конгу, коју су урадили Но и сарадници (1995.), утврђено је да подршка обезбеђена од стране чланова породице игра улогу важног предиктора задовољства животом.

Студија O'Reilly и Thomas (210) бавила се испитивањем односа између одржавања побољшаног кардиоваскуларног здравственог стања и социјалне мреже и подршке. Иако није утврђен утицај укупне социјалне подршке, ова студија је специфицирала разлике које се могу довести у везу са четири типа подршке обезбеђене са циљем редукације ризика. То су: давање информација/савета, процена, емоционална подршка и доступна подршка. Већина ових разлика у подршци произлази из бројније мреже подршке идентификоване у групи испитаника чије се стање одржало. У односу на друге испитанике, социјална мрежа испитаника чије се стање одржало је више породично орјентисана и гушћа. Овим варијаблама може се објаснити 10% укупног варирања у обе групе.

За разлику од претходних истраживања, корелационе анализе једне лонгитудиналне студије која је реализована у Шведској и описана у раду McCamish-Svensson и сарадника (227) показују да ни подршка деце ни подршка пријатеља не доприноси квалитету живота код испитаника 80-83 године. Ова студија истраживала је ефекте промена у социјалној мрежи на социјалну подршку у дубокој старости, заједно са утицајем који ове промене имају на задовољство животом старих. Она је као предикторе квалитета живота издвојила друге факторе (здравље и задовољство контактима).

Налази Индијске националне студије утицаја социјалне подршке рекреативним активностима на партиципацију старих у физичким активностима и њихову перцепцију благостања Sasidharana и сарадника (224) потврђују да подршка породице и пријатеља релаксацији има позитивне ефекте на перцепцију благостања старих. Откривена је позитивна повезаност између подршке породице релаксацији и нивоа задовољства животом старих.

У нашем истраживању дошло се до резултата који се поклапају са истраживања која тврде да стари који имају већу и разноврснију мрежу даљих пријатеља, комшија и колега осећају

виши степен сигурности и самим тим имају виши квалитет живота. Квалитет живота је највиши код испитаника који живе у породичном домаћинству са највећим бројем чланова.

Испитаници који живе у урбаној средини имају статистички значајно виши ниво квалитета живота (5,89) од оних који живе у приградским насељима (5,35) или на селу (5,49). Ови налази подударају се са литературом.

Факторска анализа сврстала је ово обележје, заједно са образовањем у састав дванаестог фактора који описује социо-културни ниво испитаника. Овим фактором може се објаснити 2,889% укупног варирања.

Важност брака, односно живота у партнерској (брачној или ванбрачној) заједници апострофирају бројна истраживања. Резултати студије коју је урадио Segrin (236) показују да је социјална подршка чланова породице и деоба контаката са њима, а нарочито социјална подршка брачног друга или партнера, фактор који је снажно и негативно повезан са психосоцијалним проблемима код млађе категорије старих. Старост је такође модерирајућа варијабла повезаности и усамљености. Старији људи нису зависни од примања социјалне подршке из различитих извора у циљу одржавања осећаја благостања, као млађи. Ово потврђује "фазни модел задовољства животом" и истраживања о компензаторним процесима у вези са старењем.

У овом истраживању утврђено је да испитаници који живе у некој врсти партнерске заједнице (брачне или ванбрачне) имају виши ниво квалитета живота (5,96), нарочито у односу на разведене или растављене (5,06).

Факторска анализа сврстала је обележје доста високо – у састав четвртог фактора, који објашњава брак односно партнерство. Овим фактором може се објаснити чак 3,717 (од укупно 76,006%) укупног варирања које се може објаснити факторском анализом.

Квалитет живота је виши у свим категоријама структуре породичног домаћинства у којима се појављује брачни друг, независно од тога ко су други чланов (деца, деца и унуци); највиши ниво квалитета живота (6,36) забележен је код испитаника који живе са брачним/ванбрачним другом, децом и уницима. Значајно нижим оценама процењују квалитет свог живота испитаници који живе са децом (5,36) или децом и уницима (5,19).

Иако нису статистички значајне, ове разлике показују важност постојања партнера.

Највиши ниво квалитета живота забележен је у категоријама испитаника са најмањим (1) и највећим бројем чланова домаћинства (5 и више). Овај налаз говори о томе да број чланова домаћинства по себи није битан фактор.

Структура породичног домаћинства (категорисана као једночлано, двочлано, трочлано-четворочлано и петочлано и веће домаћинство) показала се као веома важно обележје; факторска анализа сврстала је ово обележје, заједно са саставом породичног домаћинства, бројем чланова домаћинства, односима са укућанима, укупном стамбеном површином и стамбеном површином по глави члана домаћинства у састав другог фактора који описује социјалну мрежу. Овим фактором може се објаснити 6,457% укупног варирања.

Највеће (мада не и статистички значајне) разлике у просечној оцени квалитета живота појављују се у односу на перцепцију односа у домаћинству. Испитаници који односе са укућанима оцењују као одличне оцењују квалитет свог живота оценом 6,34; на другој страни су испитаници који ове односе оцењују као ужасне, који вреднују квалитет свог живота просечном оценом 2,63.

Учешће деце у мрежи такође је често истраживано.

У овом истраживању утврђено је да испитаници који имају деце по правилу оцењују квалитет живота вишим оценама (највише оцене забележене су у категорији испитаника са једним дететом - 6,16) у односу на оне који децу немају (4,50 без обзира да ли их никада нису имали, или су их изгубили).

Иако је факторска анализа селектовала број деце, ово обележје није превише важно, јер је ушло у састав двадесетдругог фактора, који описује перцепцију угрожености и перспективе.

Hawkley, Hughes, Waite и сарадници (219) тестирали су концептуални модел усамљености. Предмет њиховог интересовања био је начин на који социјални структурални фактори утичу на перцепцију квалитета односа у мрежи и усамљеност, у којој мери су повезани социо демографски фактори и усамљеност, како се варијације у усамљености могу објаснити преко карактеристика социоекономског статуса, физичког здравља, социјалних улога, изложености стресу, и, на крају, величином мреже и субјективног доживљаја квалитета односа у њој. Образовање и приход су негативно повезани са усамљеношћу; постоје расне/етничке разлике у усамљености. Повезаност прихода и усамљености најбоље се може објаснити постојањем брака; позитивни брачни односи дају највећи степен заштите од усамљености. Независни фактори ризика за усамљеност укључују мушки род, физичко здравље, симптоме хроничног радног и/или друштвеног стреса, малу друштвену мрежу, недостатак брачног поверења и лош квалитет друштвених односа.

Социјална мрежа је снажно повезана са преживљавањем и другим здравственим исходима. Налази који се односе на ефекат социјалне мреже исход у смислу неспособности и/или опоравка су неконзистентни.

Резултати једне лонгитудиналне студије која је реализована у Шведској и описана у раду McCamish-Svensson и сарадника (227) описали су промене у социјалној мрежи и њихове ефекте на социјалну подршку у дубокој старости, заједно са утицајем који ове промене имају на задовољство животом старих. Чак и код добро интегрисаних у породицу и круг пријатеља, број пријатеља смањује се значајно од 80 до 83. године, а број испитаника који су навели да немају блиске пријатеље скоро се удвостручио од 80 до 83. године. Код испитаника који имају блиске пријатеље, контакти са њима повећавају се са годинама.

Резултати студије коју су радили Mendes de Leon и сарадници (232) у популацији старијих од 65 година у заједници Њу Хевн су у том смислу веома интересантни. Ова студија се бавила испитивањем односа између социјалне мреже и настанка неспособности за обављање активности дневног живота и опоравком од неспособности. Укупна социјална мрежа је повезана са значајном редукијом ризика од развоја ADL неспособности за обављање активности дневног живота и значајно повећава вероватноћу опоравка. Емоционална и инструментална подршка немају протективни ефекат социјалне мреже против болести, али су делимично повезани са њеним ефектом на побољшање опоравка. Варијабле социјалне мреже које се односе на рођаке и пријатеље су значајно повезане са инвалидношћу и ризиком опоравка; односи са децом или старатељима - нису.

Истраживање De Belvis и сарадника (221) које се бавило истраживањем повезаности друштвених веза и квалитета живота у вези са здрављем (HRQL), утврдило је да се фреквентније комуникације (посете, телефон) са пријатељима могу повезати са вишим скоровима физичких и менталних компонената квалитета живота. Вишеструка логистичка регресиона анализа показала је да су ниски скорови физичког здравља повезани са ниском учесталосту сусрета са родбином и животом далеко од родбине.

Лонгитудинална студија која је реализована у Тајвану, на национално репрезентативном узорку ове земље (Chao, 2011.) (234) бави се истраживањем односа између социјалне подршке и депресије. У овом истраживању анализиран је утицај седам компонената социјалне подршке - величина социјалне мреже, састав мреже, учесталост социјалних контаката, блискост, врста примљене подршке, помагање другима и задовољство друштвеном подршком. Студија је непобитно доказала да мање симптома депресије имају испитаници који имају већу социјалну мрежу, ширу мрежу, већу учесталост контаката, живе у породици са сином и снајом, примају инструменталну, емоционалну и финансијску подршку, пружају финансијску и краткорочну инструменталну подршку другима, имају веће задовољство подршком. Са вишим нивоима депресије повезано је пружање услуга физичке бриге и заштите. Најмоћнији предиктор депресије старих је задовољство подршком. И резултати овог истраживања (задовољство односима с укућанима) указују на исте закључке.

### 6.3.3.3. Карактеристике и подршка средине

Социјални структурални фактори утичу на перцепцију квалитета односа у мрежи и усамљеност, тврде Hawkley, Hughes, Waite и сарадници (219) који су истраживали концептуални модел усамљености. Они су анализирали утицај социо демографских фактора на усамљеност, покушавајући да објасне варијације у усамљености преко карактеристика социоекономског статуса, физичког здравља, социјалних улога, изложености стресу, и, разлика у величини мреже и субјективног доживљаја квалитета односа у њој.

Образовање и приход су негативно повезани са усамљеношћу; постоје расне/етничке разлике у усамљености. Повезаност прихода и усамљености најбоље се може објаснити постојањем брака; позитивни брачни односи дају највећи степен заштите од усамљености. Независни фактори ризика за усамљеност укључују мушки род, физичко здравље, симптоме хроничног радног и/или друштвеног стреса, малу друштвену мрежу, недостатак брачног поверења и лош квалитет друштвених односа.

И резултати овог истраживања указују на исте закључке о важности броја чланова мреже и квалитета комуникације. Квалитет живота расте пропорционално броју чланова другог, али и трећег круга социјалне мреже (комшије, познаници, колеге с посла).

Испитаници који имају 1-2 познаника, комшија или колега с посла са којима комуницирају (посећује се или разговара телефоном) макар једном недељно квалитет живота вреднују нижим оценама (просечна оцена 4,85) у односу на оне који имају 7 и више таквих чланова мреже (оцена 6,27).

Факторска анализа сврстала је број чланова другог и трећег круга социјалне мреже у петнаести фактор, који описује перцепцију повезаности; овим фактором може се објаснити 2,650% (од 76,006% укупног варирања).

### 6.3.3.4. Комуникације и односи у мрежи

Само постојање мреже је тек предуслов остваривања њене најзначајније функције – социјалне подршке. За остваривање ове функције веома је битно постојање квалитетних комуникација и односа у њој, као и одговарајући степен задовољства.

Квалитетом и разноврсношћу социјалних релација и њиховим ефектима на здравље бавила се и NORA follow-up студија. Структура социјалних односа мерена је фреквенцијом контаката са децом, унуцима и праунуцима, рођацима, блиским пријатељима, познаницима и комшијама, затим разноврсношћу социјалних релација (број типова социјалних контаката), телефонским контактима и паритципацијом у друштвеним догађајима. Функција социјалних односа мерена је преко инструменталне социјалне подршке. Функционална способност је мерена умором и потребом за помоћи у физичким активностима свакодневног живота (PADL).

Користећи се подацима ове студије Avlund (235) наводи да постоје велике промене у социјалним релацијама у старости, које резултују широким спектром различитих губитака и добитака; они широко варирају између испитаника различитог пола. Трагајући за узроцима ових варијација, он налази да су жене које су осећале умор у свакодневним активностима имале мање контаката са децом и друштвене односе који нису довољно разноврсни. И мушкарци и жене којима је потребна помоћ имали су недовољно разноврсне друштвене релације у односу на особе које су добро функционисале, без обзира на пол.

Важност комуникације наглашава и истраживање које су радили O'Reilly и Thomas (210). Истражујући утицај социјалне мреже и подршке на статус кардиоваскуларног система три године после престанка лечења, они су утврдили да је подршка која долази из породице најважнији чинилац који се може довести у вези са разликама и исходу; O'Reilly и Thomas су

утврдили је ефекат породичне подршке већи код испитаника чије су социјалне мреже гушће, а контакти (комуникације) бројнији.

Резултати нашег истраживања потврдили су запажања у вези густине мреже, односно, броја чланова мреже. Испитаници који имају 1-2 познаника, комшија или колега с посла са којима комуницира (посећује се или разговара телефоном) бар једном недељно оцењују квалитет живота просечном оценом 4,85. Они који имају 7 и више таквих чланова мреже оцењују квалитет живота оценом 6,27.

### **6.3.3.5. Социјална повезаност и социјални капитал**

Социјална повезаност је ентитет који се може описати бројем и разноврсношћу валенци које успоставља испитаник у друштвеној мрежи. Много више он је у сфери перцепције и изражава се развијеношћу осећања припадности групи, организацији, заједници. Највећи значај повезаности огледа се у осећању сигурности, заштићености, перспективе. У следећем кораку, повезаност са заједницом представља социјални капитал по себи.

Социјални капитал је социолошки концепт који описује вредност социјалних релација и улогу сарадње и поверења у остваривању позитивних резултата. Термин се односи на вредности које се могу добити из друштвених веза. На пример, тек пристигли имигранти могу да искористе своје друштвене везе са раније пристиглим мигрантима да стекну радна места, у супротном могу имати проблема у вези са добијањем посла (због недостатка знања језика или сл).

У овом истраживању анализирано је више варијабли које мере социјалну повезаност. Она је истраживана кроз запослење, припадност религијској заједници и одласке у цркву, припадност и учешће у активностима организација и удружења.

Запосленост је важан показатељ социјално-економског положаја, али и генератор развијености социјалне мреже; социјална мрежа запослених је већа (бројнија), разноврснија. Запосленост доприноси повезаности индивидуе у заједницу, са свим ефектима које она има. У прилог томе, и у овом истраживању просечна оцена квалитета живота била је већа код испитаника који су актуелно запослени (7,33) или су то били до пензионисања (6,06), него у другим категоријама. С друге стране, домаћице, као занимање са највећим степеном социјалне изолације вредновале су квалитет свог живота много нижим оценама (испитанице које то занимање актуелно обављају 4,76, односно оне које су то биле 5,02). Иако описане разлике нису и статистички значајне, сасвим се јасно назире утицај повезаности (припадања и рада у колективу).

Сличан ефекат има активно упражњавање одређених религијских обреда, пре свега одласци у цркву. Највише вредности квалитета живота забележене су у категорији испитаника који су религиозни и одлазе редовно на службу у цркви (6,38). Насупрот овој категорији налази се категорија религиозних, који не иду у цркву иако би то волели која има најниже вредности квалитета живота (3,91). Иако нису статистички значајне, ове разлике описују ефекат припадности некој социјалној мрежи сродних и блиских људи.

Факторска анализа издвојила је осећај религиозности и одласке у цркву у један од 23 фактора којим се може објаснити 76,006% укупног варирања (наведена обележја чине шести фактор, којим се може објаснити 3,463% заједничког варирања).

И трећи пример говори у истом смислу. Испитаници који су чланови организација и активно партиципирају у њиховом раду оцењују квалитет свог живота просечном оценом 6,56. Високе вредности квалитета живота региструју се и у категорији оних који су чланови организација, иако нису активни колико би желели (6,34). С друге стране, испитаници који нису чланови организација, нити их то занима имају драстично ниже вредности квалитета живота (5,45). Иако нису статистички значајне, ове разлике указују на ефекат припадности организацији као својеврсној друштвеној мрежи.

Факторска анализа сврстала је чланство у организацијама у један од 23 фактора којим се може објаснити 76,006% укупног варирања (наведена обележја чине шеснаести фактор, којим се може објаснити 2,600% заједничког варирања).

Истраживања чије је резултате публиковао Ashida (226,229) покушала су да утврде у којој мери су конструкти социјалне подршке и социјалне повезаности разликују у односу на структурне карактеристике друштвених мрежа и здравствено стање старијих особа. Иако су ова истраживања реализована на релативно малом узроку, њихови резултати су веома интересантни. Учестали контакти са члановима мреже су позитивно асоцирани са социјалном подршком. Густина мреже и чланови социјалне мреже који живе у близини позитивно су повезани са перцепцијом социјалне повезаности. Перципирана социјална повезаност је снажно асоцирана са здравственим статусом, док подршка сама по себи - није. У том смислу овај аутор сугерише важност одржања или развоја пријатељстава у старости.

Hawkley, Hughes, Waite и сарадници (219) су показали да социјални структурални фактори утичу на перцепцију квалитета односа у мрежи и усамљеност. Позитивни брачни односи дају највећи степен заштите од усамљености. Независни фактори ризика за усамљеност укључују мушки род, физичко здравље, симптоме хроничног радног и/или друштвеног стреса, малу друштвену мрежу, недостатак брачног поверења и лош квалитет друштвених односа.

Ostberg и Lennartsson (220) су испитивали укупну и релативну важност различитих облика социјалне подршке за здравствене проблеме у општој популацији (депресију, проблеме са циркулацијом, процењен ниво општег здравља).

Ресурси подршке фокусирају разлике у карактеру и састоје се у пријатељству које обезбеђује емоционалну, инструменталну и информативну врсту друштвене подршке. Теорија ову врсту подршке познаје под називом подршка дружењем. Утицај повезаности се одржава на здравствено стање. Имати некога за разговор о личним проблемима и неког за дружење су релевантни за здравље у целини. Овај ресурс подршке показао је повезаност са свим здравственим проблемима, која се одржава и када се у анализу узму сви остали ресурси подршке и раније здравствено стање.

Обично се претпоставља да социјална подршка штити људе од искуства психолошког дистреса и побољшава благостање. Ранија истраживања показују да ефикасност социјалне подршке коју обезбеђују чланови породице и пријатељи варира током животног века. Модел фаза у задовољству животом и компензаторни процеси повезани са старењем дају објашњења зашто је то тако. Старост је чинилац који може предвидети и/или модерирати везу између перцепције функционалне и структуралне социјалне подршке и искуства са депресивним симптомима и усамљености. Старост је такође повезана са нижим стандардима односа, који омогућавају људима да очувају садржаје без обзира на опадање расположиве социјалне подршке.

Резултати студије коју је урадио Segrin (236) показују да је социјална подршка чланова породице и деоба контаката са њима, а нарочито социјална подршка брачног друга или партнера, фактор који је снажно и негативно повезан са психосоцијалним проблемима код млађе категорије старих. Старост је такође модерирајућа варијабла повезаности и усамљености. Старији људи нису зависни од примања социјалне подршке из различитих извора у циљу одржавања осећаја благостања, као млађи. Ово потврђује "фазни модел задовољства животом" и истраживања о компензаторним процесима у вези са старењем. Перцепција подршке се често истиче као фактор од већег значаја него подршка *per se*.

Истраживање Baum-а и сарадника (237) на узорку популације у четири социо-економски различите поштанске зоне у Аделаиди, Аустралија бавило се испитивањем локацијских разлика у самопроцени здравља. Ова студија је анализирала утицај демографских и социјално-економских фактора, понашања у вези са здрављем, индивидуалног друштвеног капитала (постојања и развијености друштвених мрежа, подршке, реципроцитета, поверења) и доживљаја кохезије и безбедности у суседству.

Једине статистички значајне разлике у самопроцени здравља нађене су у вези са локацијом. Главни чинилац који генерише разлике у самопроцени здравља је перцепција кохезије и безбедности суседства. Перцепција кохезије и безбедности је нераскидиво везана за локацију. Истраживање de Belvis и сарадника (221) испитује повезаност између друштвених веза и квалитета живота у вези са здрављем (HRQL). Рађено је на подузорку испитаника који чине стари са 60 и више година, настањени на територији региона Лацио; подаци су екстраховани из истраживања (студија пресека на национално репрезентативном узорку становништва) у Италији, а односе се на период 1999–2000.

У овом истраживању нађено је 40,4% старих ван брака; нађено је такође да 27,1% испитаника живе сами. С друге стране брак и живот у заједници повезани су са вишим скоровима квалитета живота, који се односе како на физичку, тако и на менталну компоненату. Иако не постоје чврсти (статистички сигнификантни) докази, резултати овог истраживања у начелу подупиру изнету тезу.

Испитаници који сматрају да институције заједнице континуирано брину о здрављу и квалитету живота старих људи оцењују квалитет свог живота просечном оценом 6,51; испитаници који не деле ово мишљење вреднују квалитет живота значајно нижим оценама (5,27). Перцепција бриге институција о здрављу и квалитету живота старих људи, као што је већ истакнуто, сврстана је у петнаести фактор; заједно са другим обележјима која су ушла у састав овог фактора, наведено обележје говори о перцепцији повезаности старих са заједницом.

Испитаници који процењују да могу добити здравствену услугу увек када им је она потребна оцењују квалитет живота оценом 6,59. Они који процењују да здравствена услуга није увек доступна, оцењују квалитет живота оценом 5,25 (ако сматрају да постоје ограничења везана за службу) односно 5,38 (ако перципирају ограничења везана за саму породицу испитаника). Наведено обележје ушло је у састав двадесет другог фактора; Заједно са месечним приходима, бројем деце, шлогом у анамнези раније прележаних болести и актуелном болешћу плућа, перцепција могућности добијања услуге описује перцепцију угрожености старих. Овај фактор описује 2,107% (од 76,006%) укупног варирања које се може објаснити сетом фактора.

Према мишљењу стручњака у примарној здравственој заштити неопходно је обезбедити покретање механизма самозаштите код пацијената, као и укључивање породица у праћење и лечење оболелих, уз коришћење здравствено васпитних метода рада (142). Активан став оболелих особа према својој болести или стању и активно учешће у процесу лечења има значајан утицај на повољан ток и исход обољења. Некоришћење услуга примарне здравствене заштите или неприхватање сопственог здравственог стања, а потом и терапије, представља не само ризик за развој хипертензије, него и за настанак других обољења.

Истраживања показују да здравствено понашање особа са артеријском хипертензијом, у коришћењу примарне здравствене заштите, може бити двојако. Наиме, то може бити редовно коришћење услуга на нивоу примарне здравствене заштите уз сарадњу са лекаром, или некоришћење услуга примарне здравствене заштите у превенцији настанка артеријске хипертензије, уз потпуну необавештеност о факторима ризика за настанак наведеног поремећаја здравља и/или неприхватање савета о здравом стилу живота и могућностима елиминације ризика по здравље.

Такође је добро познато да перцепција испитаника о могућностима да реши проблем, веома значајно утиче на коришћење заштите.

С друге стране, реална ситуација по питању функционисања примарне здравствене заштите хипертензије није задовољавајућа. Истраживачи тврде да адекватну примарну здравствену заштиту има само око 29% хипертоничара. Истраживања третмана артеријске хипертензије довела су до сазнања да половина одраслих не зна да има хипертензију; половина која зна да има хипертензију се лечи, а од њих само половина то ради на прави начин (34,146). Ова



запажања потврдио је и Cipullo (135) који наводи да 74,4% испитаника код којих је постављена дијагноза - зна да има хипертензију; међу њима 52,4% добија одређени третман, а контрола хипертензије постиже се код свега 34,3% испитаника.

Обезбеђење примарне медицинске заштите не подразумева само први контакт са лекаром, већ континуирану одговорност за надзор над здравственим стањем, откривање обољења, идентификацију, контролу и едукацију о факторима ризика који угрожавају здравље. Квалитетна примарна здравствена заштита, мора бити способна да идентификује и задовољи оне здравствене потребе популације, у односу на болести које се могу превенирати, модификовати или задовољити интервенцијом, уз коришћење доступног особља, финансијских и других ресурса, на приступачан, свеобухватан и прихватљив начин заштите корисника (140).

Осим медицинских мера, које организују и реализују здравствени радници, примарна здравствена заштита обухвата друштвене мере на локалном нивоу - укључујући и самозаштиту појединца и породице, социјалну заштиту, образовање и слично. Улога социјалне мреже и подршке у остваривању ових циљева је огромна.

## 7. Закључци

На основу сагледавања и анализе резултата овог истраживања и компарације са истраживањима која су била доступна, може се закључити следеће:

1. Субјективне оцене здравља и квалитета живота код старих људи који болују од хипертензије корелирају, што потврђује полазну хипотезу да су здравље и квалитет живота старих са хипертензијом исти ентитет.
2. Квалитет живота корелира са индексом социјалне подршке код старих људи који болују од хипертензије. Испитници који уживају виши ниво социјалне подршке имају виши ниво квалитета живота и обрнуто.
3. Истраживањем нису утврђене статистички значајне разлика у утицају социјалне подршке на квалитет живота између испитаника који имају само хипертензију и испитаника који поред хипертензије имају још једну или више хроничних незаразних болести. Иако постоје одређене (маргиналне и неправилне) разлике у нивоу социјалне подршке (испитаници са већим бројем болести у принципу имају већу потребу за подршком), статистички значајне разлике у нивоу квалитета живота нису нађене. Овај налаз потврђује да број болести не модификује утицај социјалне подршке, који је константан и независан од броја болести.

Стари који имају већи ниво социјалне подршке (веће вредности индекса) имају боље здравље и виши квалитет живота (процењују своје здравље, односно, квалитет живота вишим оценама), без обзира на то да ли имају само хипертензију или поред хипертензије имају још једну или више болести.

4. Са индексом квалитета живота могу се довести у везу:

- Индекс социјалне подршке

Квалитет живота је директно пропорционалан индексу социјалне подршке. Испитаници који имају већу социјалну подршку имају и виши квалитет живота, и обрнуто.

- Здравствено стање мерено параметрима EW-5D-5L скале

Квалитет живота је директно пропорционалан бољем здравственом статусу и обрнуто. Испитаници, који су покретљиви без ограничења, способни да се брину о себи без тешкоћа, без проблема функционишу у активностима дневног живота, немају болове/неугодности и нису депресивни/амксиозни, имају виши ниво квалитета живота и обрнуто.

- Локус контроле

Квалитет живота је директно пропорционалан степену развијености унутрашњег локуса контроле и обрнуто. Испитаници, који себе сматрају одговорним за сопствено здравље и уверени су да бригом о здрављу исто могу сачувати, имају виши ниво квалитета живота него други, и обрнуто.

- Стрес

Квалитет живота је обрнуто пропорционалан броју стресних догађаја и суми скорa стреса. Испитаници, који имају већи број стресних догађаја у протеклој години и испитаници код којих је сума стреса већа, имају нижи квалитет живота и обрнуто.

- Присуство тешке хроничне болести

Квалитет живота је обрнуто пропорционалан постојању тешке системске хроничне болести, као што је дијабетес и сл. Испитаници, који имају такву болест, имају нижи квалитет живота и обрнуто.

5. Истраживање је недвосмислено утврдило постојање конзистентних разлика у утицају социјалне подршке на здравље и квалитет живота између испитаника који живе у породици и изван породице. Испитаници, који живе у породици вишим оценама процењују своје здравље и квалитет живота, у односу на испитанике који живе ван породице.

Стари који живе у породици, окружени већим бројем чланова домаћинства, у породици која се не може категорисати као дисфункционална, имају већи ниво социјалне подршке што резултира бољим квалитетом живота.

6. Истраживање је недвосмислено утврдило постојање разлика у утицају социјалне подршке на квалитет живота између испитаника који живе у урбаној и руралној средини.

Стари, који живе у урбаној средини, имају већи ниво социјалне подршке, што резултира и бољим квалитетом живота.

## 8. Литература:

1. Wasserman S, Faust K. Social Network Analysis in the Social and Behavioral Sciences. Social Network Analysis: Methods and Applications. Cambridge: Cambridge University Press. 1999; p.1–27.
2. Uchino B. Social Support and Physical Health: Understanding the Health Consequences of Relationships. New Haven: Yale University Press. 2004; p.16–7.
3. Borgatti SP, Mehra A, Brass DJ, Labianca G. Network Analysis in the Social Sciences. Science, 2009 Feb 13;323(5916): 892–5.
4. Uchino B. Understanding the links between social support and physical health: A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. Perspectives on Psychological Science. 2009; 4: 236–55.
5. Easley D, Kleinberg J. Overview. Networks, Crowds, and Markets: Reasoning about a Highly Connected World. Cambridge: Cambridge University Press. 2010; p.1–20.
6. Taylor SE. Social support: A Review. In Friedman MS (ed). The Handbook of Health Psychology. New York, NY: Oxford University Press. 2011; p.189–214.
7. Heaney CA, Israel BA. Social networks and social support. In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K (ed). Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice (4th ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass. 2008.
8. Gurung RAR. Coping and Social Support. Health Psychology: A Cultural Approach. Belmont, CA: Thomson Wadsworth. 2006; p.131–71.
9. Despotović M, Janković S, Ilić B. Merenja uticaja socijalne mreže i socijalne podrške na zdravlje i kvalitet života starih. PONS - medicinski časopis. 2012; 9(2):70-76. Erratum: 2012;9(3):118.
10. Bolger N, Amarel D. Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. Journal of Personality and Social Psychology. 2007; 92:458–75.
11. Bolger N, Zuckerman A, Kessler RC. Invisible support and adjustment to stress. Journal of Personality and Social Psychology. 2000; 79:953–61.
12. Hogan B, Linden W, Najarian B. Social support interventions: Do they work? Clinical Psychology Review. 2002; 22(3):381–440.
13. Huang M, Yen C, Lung F. Moderators and mediators among panic, agoraphobia symptoms, and suicidal ideation in patients with panic disorder. Comprehensive Psychiatry. 2010;51:243–9.
14. Turner-Cobb JM, Gore-Felton C, Marouf F, Koopman C, Kim P, Israelski D et al. Coping, social support, and attachment style as psychosocial correlates of adjustment in men and women with HIV/AIDS. Journal of Behavioral Medicine. 2002;25:337–53.
15. Goodenow C, Reisine ST, Grady KE. Quality of social support and associated social and psychological functioning in women with rheumatoid arthritis. Health Psychology. 1990;9:266–84.

16. Penninx BWJH, van Tilburg T, Boeke AJP, Deeg DJH, Kriegsman DMW, van Eijk JThM. Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: Different for various chronic diseases?. *Health Psychology*. 1998;17:551–8.
17. Robertson EK, Suinn RM. The determination of rate of progress of stroke patients through empathy measures of patient and family. *Journal of Psychosomatic Research*. 1968;12:189–91.
18. Holahan CJ, Moos RH, Holahan CK, Brennan PI. Social context, coping strategies, and depressive symptoms: An expanded model with cardiac patients. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1997;72:918–28.
19. Lakey B, Cronin A. Low social support and major depression: Research, theory, and methodological issues. In: Dobson KS, Dozois D (ed). *Risk factors for depression*. Academic Press. 2008;385–408.
20. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2000;68:748–66.
21. Torgrud L, Walker J, Murray L, Cox B, Chartier M, Kjernisted K. Deficits in perceived social support associated with generalized social phobia. *Cognitive and Behavioral Therapy*. 2004;33:87–96.
22. Stice E, Presnell K, Spangler D. Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology*. 2002;21:131–8.
23. Chu PS, Saucier DA, Hafner E. Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2010;29:624–45.
24. Norman RMG, Malla AK, Manchanda R, Harricharan R, Takhar J, Northcott S. Social support and three-year symptom and admission outcomes for first year psychosis. *Schizophrenia Research*. 2005;80:227–34.
25. Casey PR, Dunn G, Kelly BD, Birkbeck G, Dalgard OS, Lehtinen V, Britta S, Ayuso-Mateos JL, Dowrick C. Factors associated with suicidal ideation in the general population. *The British Journal of Psychiatry*. 2006;189:410–5.
26. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010;7(7):e316
27. Stice E, Barrera M Jr, Chassin L. Prospective differential prediction of adolescent alcohol use and problem use: Examining mechanisms of effect. *Journal of Abnormal Psychology*. 2007;107:616–28.
28. Uchino B. Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*. 2006;29:377–87.
29. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*. 2002;53:83–107.
30. Elsenbruch S, Benson S, Rucke M, Rose M, Dudenhausen J, Pincus-Knackstedt MK et al. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking, and pregnancy outcome. *Hum Reprod*. 2007 Mar;22(3):869–77.

31. Evers AWM, Kraaimaat FW, Geenen R, Jacobs JWG, Bijlsma JJJ. Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour Research and Therapy*. 2003;3:1295–310.
32. Seeman TE, Lusignolo TM, Albert M, Berkman L. Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. *Health Psychology*. 2001 Jul;20(4):243-55
33. Marteau TM, Bloc S, Baum JD. Family life and diabetic control. *J Child Psychol Psychiatry* 1987. Nov;28(6):823-33.
34. Kulik JA, Mahler HIM. Emotional support as a moderator of adjustment and compliance after coronary artery bypass surgery: A longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine*. 1993;16:45–64.
35. Van der Plate C, Aral SO, Magder L. The relationship among genital herpes simplex virus, stress, and social support. *Health Psychol*. 1988;7:159–68.
36. Cohen S, Doyle WJ, Skoner DP, Rabin BS, Gwaltney JM Jr. Social ties and susceptibility to the common cold. *JAMA*. 1997 Jun 25;277(24):1940-4.
37. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*. 1985;98: 310–57.
38. Horowitz LM, Krasnoperova EN, Tatar DG, Hansen MB, Person EA, Galvin KL, Nelson KL. The way to console may depend on the goal: Experimental studies of social support. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2001;37: 49–61.
39. Shumaker SA, Hill DR. Gender differences in social support and physical health. *Health Psychol*. 1991;10(2):102–11.
40. Lakey B, Orehek E. Relational Regulation Theory: A new approach to explain the link between perceived support and mental health. *Psychol Rev*. 2011 Jul;118(3):482-95 .
41. Lakey B. Social support: Basic research and new strategies for intervention. In: Maddux JE, Tangney JP (ed). *Social Psychological Foundations of Clinical Psychology*. New York: Guildford. 2010; pp.177–94.
42. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
43. Thoits PA. Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986;54:416–23.
44. Thoits PA. Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next?. *J Health Soc Behav*. 1995;35:53–79.
45. Wethington E, Kessler RC. Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *J Health Soc Behav*. 1986 Mar;27(1):78-89.
46. Taylor SE. Social support. In: Friedman HS, Silver RC (ed). *Foundations of health psychology*. New York: Oxford University Press; 2007. p.145–71.

47. Herbert TB, Cohen S. Stress and immunity in humans: A meta-analytic review. *Psychosom Med.* 1993 Jul-Aug;55(4):364-79..
48. Loucks EB, Berkman LF, Gruenewald TL, Seeman TE. Relation of social integration to inflammatory marker concentrations in men and women 70-79 years. *American Journal of Cardiology.* 2006;97:1010–6.
49. Turner-Cobb JM, Sephton SE, Koopman C, Blake-Mortimer J, Spiegel D. Social support and salivary cortisol in women with metastatic breast cancer. *Psychosomatic Medicine.* 2000.62:337–45.
50. Eisenberger NI, Taylor SE, Gable SL, Hilmert CJ, Lieberman MD. Neural pathways link social support to attenuated neuroendocrine stress response..*NeuroImage.* 2007;35(4):1601–12.
51. Uden AL, Orth-Gomer K, Elofsson S. Cardiovascular effects of social support in the work place: twenty-four hour ECG monitoring of men and women. *Psychosomatic Medicine.* 1991. 53(1): 50–60.
52. Kiecolt-Glaser JK, Newton TL. Marriage and health: His and hers. *Psycholo Bull.* 2001 Jul; 127(4):472–503.
53. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull.* 2002 Mar;128(2):330–66.
54. Valentiner DP, Holahan CJ, Moos RH. Social support, appraisals of event controllability, and coping: An integrative model. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1994;66:1094–102.
55. Helgeson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychol.* 1996 Mar;15(2):135-48
56. Umberson D, Montez JK. Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy. *J Health Soc Behav.* 2010.;51(Suppl):S54–S66
57. Hogan BE, Najarian B. Social support interventions: Do they work?. *Clin Psychol Rev.* 2002 Apr;22(3):383-442
58. Hazzard A, Celano M, Collins M, Markov Y. Effects of STARBRIGHT World on knowledge, social support, and coping in hospitalized children with sickle cell disease and asthma. *Children's Health Care.* 2002;31:69–86.
59. Brown SL, Nesse RM, Vinokur AD, Smith DM. Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. *Psychol Sci.* 2003 Jul;14(4): 320–7.
60. Inagaki TK, Eisenberger NI. Neural correlates of giving support to a loved one. *Psychosom Med.* 2012 Jan;74(1):3-7
61. Taylor SE, Klein LC, Lewis BP, Gruenewald TL, Gurung RAR, Updegraff JA. Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychol Rev.* 2000 Jul;107(3):411-29.
62. Tamres L, Janicki D, Helgeson VS. Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review. *Pers Soc Psychol Rev.* 2002; 6:2-30,.

63. Taylor SE, Sherman DK, Kim HS, Jarcho J, Takagi K, Dunagan MS. Culture and social support: Who seeks it and why?. *J Pers Soc Psychol*. 2004 Sep;87(3):354-62.
64. Kim HS, Sherman DK, Ko D, Taylor SE. Pursuit of comfort and pursuit of harmony: Culture, relationships and social support seeking. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2006;32:1596–607.
65. Horsman J, Furlong W, Feeny D, Torrance G. The Health Utilities Index (HUI<sup>®</sup>): concepts, measurement properties and applications. *Health Qual of Life Outcomes*. 2003; 1:54.
66. Luszczynska A, Sarkar Y, Knoll N. Received social support, self-efficacy, and finding benefits in disease as predictors of physical functioning and adherence to antiretroviral therapy. *Patient Educ Couns*. 2007;66(1):37-42.
67. Nurullah AS. Received and Provided Social Support: A Review of Current Evidence and Future Directions. *American Journal of Health Studies*. 2012;27(3):173-88.
68. Da Silva IC, Azevedo MR, Gonçalves H. Leisure-time physical activity and social support among Brazilian adults. *J Phys Act Health*. 2013 Aug;10(6):871-9.
69. Wijndaele K, Matton L, Duvigneaud N, Lefevre J, De Bourdeaudhuij I, Duquet W et al. Association between leisure time physical activity and stress, social support and coping: A cluster-analytical approach. *Psychology of Sport and Exercise*. 2007;8(4):425–40
70. Martins LCX, Lopes CS. Rank, job stress, psychological distress and physical activity among military personnel. *BMC Public Health* 2013;13:716
71. Oliveira AJ, Lopes CS, Ponce de Leon AC, Rostila M, Griep RH, Werneck GL et al. Social support and leisure-time physical activity: longitudinal evidence from the Brazilian Pró-Saúde cohort study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2011;8:77.
72. Noroozi A, Ghofranipour F, Heydarnia AR, Nabipour I, Shokravi FA. Validity and reliability of the social support scale for exercise behavior in diabetic women. *Asia Pac J Public Health*. 2011;23(5):730-41.
73. Stevens M, Bakker van Dijk A, de Greef MH, Lemmink KA, Rispens P. A Dutch version of the Social Support for Exercise Behaviors Scale. *Percept Mot Skills*. 2000. 90(3Pt1): 771-4.
75. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol*. 1980 Sep;39(3):472-80.
76. Hughes ME, Waite LJ, Cacioppo JT. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Research on aging*. 2004;26(6):655-72.
77. Dussault M, Fernet C, Austin S, Leroux M. Revisiting The Factorial Validity Of The Revised Ucla Loneliness Scale: A Test Of Competing Models In A Sample Of Teachers. *Psychol Rep*. 2009 Dec;105(3 Pt 1):849-56.
79. van Oostrom MA, Tijhuis MA, de Haes JC, Tempelaar R, Kromhout D. A measurement of social support in epidemiological research: the social experiences checklist tested in a general population in The Netherlands. *J Epidemiol Community Health*. 1995;49(5):518–24.



80. Smolkovic I, Fajfar M, Mlinaric V. Attachment to Pets and Interpersonal Relationships. *Journal of European Psychology Students*. 2012;3:15-23.
81. Winefield HR, Black A, Chur-Hansen A. Health effects of ownership of and attachment to companion animals, in an older population. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2008;15(4):303-10.
82. Schulz U, Schwarzer R. Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). *Diagnostica*. 2003;49:73-82.
83. Winefield HR, Winefield AH, Tiggemann M. Social support and psychological well-being in young adults: The Multi-Dimensional Support Scale. *Journal of Personality Assessment*. 1992;58(1):198-210.
84. Canty-Mitchell J, Zimet GD. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *Am J Community Psychol*. 2000 Jun;28(3):391-400.
85. Ekbäck M, Benzein E, Lindberg M, Årestedt K. The Swedish version of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS) – a psychometric evaluation study in women with hirsutism and nursing students. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013;11:168
86. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*. 1990;55(3-4):610-7.
87. Ní Mhaoláina AM, Gallagher D, O'Connell H, Chin AV, Bruce I, Hamilton F et al. Subjective well-being amongst community-dwelling elders: What determines satisfaction with life? Findings from the Dublin Healthy Aging Study. *International psychogeriatrics*. 2012;24(2):316-23.
88. De Vries J, Van Heck GL. The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-100): Validation Study with the Dutch Version. *Eur J Psychol Assess* 1997;13:164–78.
89. Sartorius N. WHO Method for Assessment of Health-related Quality of Life. In: Walker SR, Rosser RM (Eds). *Quality of Life Assessment: Key Issues in the 1990s*. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers;1993.
90. Flanagan JC: A research approach to improving our quality of life. *Am Psychologist*. 1978; 33:138-47.
91. The WHOQOL Group The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41:1403–9.
92. Collins D. Pretesting Survey Instruments: An Overview of Cognitive Methods. *Qual Life Res*. 2003 May;12(3):229-38
93. Banta HD. Quality of life. *Pharmacy World and Science*. 1993;15(2):45-9.
94. Samman E. Psychological and Subjective Wellbeing: A proposal for International Comparable Indicators. OPHI Working Paper Series. Oxford: University of Oxford; 2007. 54.
95. Wallace KA, Wheeler AJ. Reliability Generalization of the Life Satisfaction Index. *Educ Psychol Meas* 2002;62(4):674-84.

96. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985;49(1):71-75.
97. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473-83.
98. Ware JE, Gandek B. Methods for testing data quality, scaling assumptions and reliability: the IQOLA project approach. *J Clin Epidemiol*. 1998;51(11):945-52.
99. Brazier JE, Roberts J, Deverill M. The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. *J Health Econ*. 2002 Mar;21(2):271-92.
100. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1980;34(4):281-6.
101. Bergner M, Bobbitt RA, Kressel S, et al. The Sickness Impact Profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. *Int J Health Serv*. 1976;6(3):393-415
102. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB et al. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care*. 1981 Aug;19(8):787-805
103. Ferrans CE, Powers MJ. Quality of Life Index: development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*. 1985;8:15-24.
104. Ferrans CE, Ferrell BR. Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 1990;17(3 suppl): 15-9.
105. Bowling A. *Measuring Disease*. Buckingham: Open University Press; 1995.
106. Bowling A, Windsor J. Discriminative power of the health status questionnaire 12 in relation to age, sex, and long-standing illness: findings from a survey of households in Great Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1997;51:564-73.
107. Janssen MF, Pickard AS, Golicki D, Gudex C, Niewada M, Scalone L et al. Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L across eight patient groups: a multi-country study. *Qual Life Res*. 2013 Sep;22(7):1717-27.
108. Feeny D, Furlong W, Boyle M, Torrance GW. Multi-Attribute Health Status Classification Systems: Health Utilities Index. *Pharmacoeconomics*. 1995 Jun;7(6):490-502.
109. Horsman J, Furlong W, Feeny D, Torrance G. The Health Utilities Index (HUI®): concepts, measurement properties and applications. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003. 1:54
110. Nelson E, Landgraf J, Hays R, Wasson J, Kirk J. The functional status of patients. How can it be measured in physicians' offices? *Med Care*. 1990 Dec;28(12):1111-26.
111. Idler EL, Hudson SV, Leventhal H. The Meanings of Self-Ratings of Health. A Qualitative and Quantitative Approach. *Research on Aging*. 1999;21(3):458-76.
112. McMullen CK, Luborsky MR. Self-Rated Health Appraisal as Cultural and Identity Process:

- African American Elders' Health and Evaluative Rationales. *Gerontologist*. 2006 Aug;46(4):431–38.
113. Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*. 2013;13:320.
114. Cohen SR, Mount BM, Bruera E, Provost M, Rowe J, Tong K. Validity of the McGill Quality of Life Questionnaire in the palliative care setting: a multi-centre Canadian study demonstrating the importance of the existential domain. *Palliat Med*. 1997;11(1):3-20.
115. Kaplan RM. Quality of life measurement. In: Karoly P Ed. *Measurement Strategies in Health Psychology*. New York: John Wiley:1985. 657.
116. Lubinga SJ, Levine GA, Jenny AM, Ngonzi J, Mukasa-Kivunike P. Health-related quality of life and social support among women treated for abortion complications in western Uganda. *Health Qual Life Outcomes*. 2013 Jul 15;11:118.
117. Skodova Z, Nagyova I, van Dijk JP, Sudzinova A, Vargova H, Rosenberger J et al. Socioeconomic inequalities in quality of life and psychological outcomes among cardiac patients. *Int J Public Health*. 2009;54:233–40.
118. Rabin R, de Charro F. EQ-SD: a measure of health status from the EuroQol Group. *The Finnish Medical Society Duodecim, Ann Med* 2001;33:337-343.
119. Dorman PJ, Waddell F, Slattery J, Dennis M, Sandercock P. Is the EuroQol a Valid Measure of Health-Related Quality of Life After Stroke? *Stroke*. 1997;28(10):1876-82.
120. Hurst NP, Kind P, Ruta D, Hunter M, Stubbings A. Measuring Health Related Quality Of Life In Rheumatoid Arthritis: Validity, Responsiveness and Reliability of EuroQol (EQ-5D). *Br J Rheumatol*. 1997 May;36(5):551-9.
121. Centers for Disease Control and Prevention. *Chronic Disease. Notes & Reports*, 2007. 18(2).
122. American Heart Assotiation. *Heart Disease and Stroke Statistics – 2007. Update*. Dallas. Texas. 2008.
123. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”. *Zdravlje stanovništva Srbije – Analitička studija 1997–2007*. Beograd, 2008.
124. JNC. *The Sixth Report of the Joint National Commite on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Preas sure*. *Hypertension* 2003; 42:1206.
125. WHO. *A Strategy for prevent chronic disease in Europe. A Focus on public health action. The CINDI vision*. WHO Regional office for Europe, 2004. 46.
126. JNC. *The Seventh Report of the Joint National Commite on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Preas sure*. *JAMA* 2003; 289: 2560-71.
127. Rosendorff C, Black HR, Cannon CP, Gersh BJ, Gore J, Izzo JL Jr et al. Treatment of hypertension in the prevention and management of ischemic heart disease: a scientific statement from the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research and the Councils on Clinical Cardiology and Epidemiology and Prevention. *Circulation*. 2007 May;115(21):2761-88.

128. WHO. *Gaining Health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Copenhagen: WHO; 2006.
129. WHO. *Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report*. Geneva: WHO; 2005.
130. De Gaudemaris R, Lang T, Chatellier G, Larabi L, Lauwers-Cancès V, Maître A, et al. Socioeconomic Inequalities in Hypertension Prevalence and Care. The IHPAF Study. *Hypertension*. 2002 Jun;39(6):1119-25.
131. Matthews KA, Kiefe CI, Lewis CE, Liu K, Sidney S, Yunis C. Socioeconomic trajectories and incident hypertension in a biracial cohort of young adults. *Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study (CARDIA)*. *Hypertension*. 2002 Mar;39(3):772-6.
132. Galobardes B, Morabia A. Measuring the habitat as an indicator of socioeconomic position: methodology and its association with hypertension. Theory and methods. *J Epidemiol Community Health* 2003 Apr;57(4):248-53.
133. Konević S, Đonović N, Paunović V, Vasiljević S. Učestalost arterijske hipertenzije u populaciji odraslog stanovništva Rakovice. *Zdravstvena zaštita*. 2012; 41(6):32-40.
134. Morenoff JD, House JS, Hansen BB, Williams DR, Kaplan GA, Hunte HE. Understanding Social Disparities in Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, and Control: The Role of Neighborhood Context. *Soc Sci Med* 2007 Nov; 65(9): 1853–66.
135. Cipullo JP, Martin JF, Ciorlia LA et al. Hypertension prevalence and risk factors in a Brazilian urban population. *Arq Bras Cardiol* 2010 Apr;94(4):519-26.
136. Roumie CL, Elasy TA, Greevy R et al. Improving blood pressure control through provider education, provider alerts, and patient education: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2006; 39(145): 165.
137. Ottoson JM, Green LW. Public health education and health promotion. In *Public health administration: Principles for population-based management*. Novick LF, Mays GP (Ed). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, Inc. 2nd ed. 2006; 300-23.
138. Vargas CM, Ingram DD, Gillum RF. Incidence of hypertension and educational attainment: the NHANES I epidemiologic followup study. First National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*, 2005;152(3):272-8.
139. Diez Roux AV, Chambless L, Merkin SS, Arnett D, Eigenbrodt M, Nieto FJ et al. Socioeconomic Disadvantage and Change in Blood Pressure Associated With Aging. *Circulation* 2002 Aug;106(6):703-10.
140. Radi S, Lang T, Lauwers Cancens V, Diene E, Chatellier G, Larabi L Job constraints and arterial hypertension: different effects in men and women: the IHPAF II case control study. *Occup Environ Med* 2005;62:711-7
141. Hou X. Urban-rural disparity of overweight, hypertension, undiagnosed hypertension, and untreated hypertension in China. *Asia Pac J Public Health*. 2008;20(2):159-69.
142. Borges HP, Cruz Ndo C. Association between hypertension and overweight in adults in Belém,

state of Pará (Brazil). *Arq Bras Cardiol* 2009; 93(4): 446-7, 438-9.

143. Ђокић Д. Квалитет здравствене заштите као фактор исхода код хипертензије Докторска теза. Београд: Медицински факултет у Београду. 1995. 225.

144. Howard G, Howard VJ. REasons for Geographic and Radicial Differences in Stroke (REGARDS) Investigators. Ethnic disparities in stroke: The scope of the problem. *Ethni dis.* 2001;11(4): 761-8.

145. WHO Study Group. *Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Diseases in Elderly People.* Geneva: Tech Rep Ser. 1995: 853.

146. Jakovljević Đ, Planojević M. Dvadeset godina MONICA projekta u Novom Sadu. Institut za kardiovaskularne bolesti, Sremska Kamenica. 2005.

147. Agyemang C, van Hooijdonk C, Wendel-Vos W, Ujcic-Voortman JK, Lindeman E, Stronks K et al. Ethnic differences in the effect of environmental stressors on blood pressure and hypertension in the Netherlands. *BMC Public Health.* 2007 Jun 23;7:118.

148. Bodin T, Albin M, Ardö J, Stroh E, Ostergren PO, Björk J. Road traffic noise and hypertension: results from a cross-sectional public health survey in southern Sweden. *Environ Health.* 2009 Sep 10;8:38

149. Yan LL, Liu K, Matthews KA, Daviglius ML, Ferguson TF, Kiefe CI. Psychosocial Factors and Risk of Hypertension. The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *JAMA.* 2003 Oct 22;290(16):2138-48

150. WHO. *World Health Report 2004: Changing history.* Geneva: World Health Organization. 2004.

151. Sparrenberger F, Fuchs SC, Moreira LB, Fuchs FD. Stressful life events and current psychological distress are associated with self-reported hypertension but not with true hypertension: results from a cross-sectional population-based study. *BMC Public Health.* 2008;8:357.

152. Dressler WW, Santos JE. Social and cultural dimensions of hypertension in Brazil: a review. *Cadernos de Saúde Pública.* 2000;16(2):303-15.

153. Fønnebø V. Coronary Risk Factors in Norwegian Seventh-day Adventists. A Study of 247 Seventh-day Adventists by Church Membership and Matched Control: *Am J Epidemiol.* 1992 Mar;135(5):504-8

155. Forman JP, Stampfer MJ, Curhan GC. Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women. *JAMA.* 2009 Jul;302(4):401-11.

156. Simone G, Devereux RB, Chinali M et al. Risk Factors for Arterial Hypertension in Adults With Initial Optimal Blood Pressure. The Strong Heart Study. *Hypertension.* 2006 Feb;47(2):162-7

157. Pitsavos C, Miliatis GA, Panagiotakos DB. Prevalence of self-reported hypertension and its relation to dietary habits, in adults; a nutrition & health survey in Greece. *Public Health.* 2006;47(5): 833-9.

158. Gu JW, Bailey AP, Tan W, Shparago M, Young E. Long-term High Salt Diet Causes Hypertension and Decreases Renal Expression of Vascular Endothelial Growth Factor in Sprague-

- Dawley Rats. *Journal of the American Society of Hypertension*. 2008;2(4): 275-85.
159. Geleijnse JM, Kok FJ, Grobbee DE. Impact of dietary and lifestyle factors on the prevalence of hypertension in Western populations. *The European Journal of Public Health*. 2004.;14(3):235-9.
160. Hu FB, Stampfer MJ, Colditz GA, Ascherio A, Rexrode KM, Willett WC et al. Physical activity and risk of stroke in women. *JAMA*. 2000 Jun;283(22):2961-7.
161. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Banegas JR et al. Association of adult socioeconomic position with hypertension in older people. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2006. 60(3): 74-80.
162. Parker ED. Physical Activity in Young Adults and Incident Hypertension Over 15 Years of Follow-Up: The CARDIA Study. *Am J Public Health*. 2007;97(4): 703–9.
163. Williams PT. A cohort study of incident hypertension in relation to changes in vigorous physical activity in men and women. *J Hypertens*. 2008 Jun;26(6):1085-93
164. Hu G, Barengo NC, Tuomilehto J, Lakka TA, Nissinen A, Jousilahti P. Relationship of physical activity and body mass index to the risk of hypertension: a prospective study in Finland. *Hypertension*. 2004 Jan;43(1):25-30.
165. Zhao G, Ford ES, Li C, Mokdad AH. Weight control behaviors in overweight/obese U.S. adults with diagnosed hypertension and diabetes. *Cardiovasc Diabetol*. 2009 Mar;8:13.
166. Kivimäki M, Batty GD, Singh-Manoux A, Ferrie JE, Tabak AG, Jokela M et al. Validating the Framingham Hypertension Risk Score: results from the Whitehall II study. *Hypertension*. 2009 sep; 54(3): 496–501.
167. Gelber RP, Gaziano JM, Manson JAE, Buring JE, Sesso HD. A Prospective study of Body Mass Index and the risk of developing hypertension in men. *Am J Hypertens*. 2007Apr;20(4): 370–7.
168. Chen J, Zhao XL, Wu F, Cui YL, Hu DY. Epidemiology of obesity and overweight and relation thereof to the prevalence of hypertension in 14 provinces/municipality in China. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2005;85(40): 2830-4.
169. Sarno F, Monteiro CA. Relative importance of body mass index and waist circumference for hypertension in adults. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5): 788-96.
170. Peixoto Mdo R, Benício MH, Latorre Mdo R, Jardim PC. Waist circumference and body mass index as predictors of hypertension. *Arq Bras Cardiol*. 2006;87(4): 462-70.
171. Bowman TS, Gaziano JM, Buring JE, Sesso HD. A Prospective Study of Cigarette Smoking and Risk of Incident Hypertension in Women. *J Am Coll Cardiol*. 2007 Nov;50(21):2085-92
172. Boveta P, Ross AG, Gervasoni JP, Mkamba M, Mtasiwa DM, Lengeler C et al. Distribution of blood pressure, body mass index and smoking habits in the urban population of Dar es Salaam and associations with socioeconomic status. *Int J Epidemiol*. 2002 Feb;31(1):240-7.
173. Cesana G, Sega R, Ferrario M, Ferrario M, Chiodini P, Corrao G, Mancia G. Job Strain and Blood Pressure in Employed Men and Women: A Pooled Analysis of Four Northern Italian Population Samples. *Psychosom Med*. 2003 Jul-Aug;65(4):558-63.

174. Lee DH, Ha MH, Kim JR, Jacobs Jr DR. Effects of smoking cessation on changes in blood pressure and incidence of hypertension: a 4-year follow-up study. *Hypertension*. 2001;37(2): 194-8.
175. John U, Meyer C, Hanke M, Völzke H, Schumann A. Smoking status, obesity and hypertension in a general population sample: a cross-sectional study. *QJM*. 2006. 99(6): 407-15.
176. Tsutsumi A, Kayaba K, Tsutsumi K, Igarashi M. Association between job strain and prevalence of hypertension: a cross sectional analysis in a Japanese working population with a wide range of occupations. The Jichi Medical School cohort study. *Occup Environ Med*. 2001;58(6): 367–373.
177. Stranges S, Wu T, Dorn JM, Freudenheim JL, Muti P, Farinero E et al. Relationship of Alcohol Drinking Pattern to Risk of Hypertension. A Population-Based Study. *Hypertension*. 2004 Dec;44(6): 813-9.
178. Chen L, Davey Smith G, Harbord RM, Lewis SJ. Alcohol Intake and Blood Pressure: A Systematic Review Implementing a Mendelian Randomization Approach. *PLoS Med*. 2008 Mar;5(3): e52.
179. De Frank RS, Jenkins CD, Rose RM. A longitudinal investigation of the relationships among alcohol consumption, psychosocial factors, and blood pressure. *Psychosom Med*. 1987 May-Jun;49(3):236-49.
180. Curtis AB, James SA, Strogatz DS, Raghunathan TE, Harlow S . Alcohol consumption and changes in blood pressure among African Americans. The Pitt County Study. *Am J Epidemiol*. 1997 Nov;146(9):727-33.
181. Sesso HD, Cook NR, Buring JE, Manson JE, Gaziano JM. Alcohol Consumption and the Risk of Hypertension in Women and Men. *Hypertension*. 2008 Apr;51(4):1080-7
182. Wang W, Lee ET, Fabsitz RR, Devereux R, Best L, Welty et al. A Longitudinal Study of Hypertension Risk Factors and Their Relation to Cardiovascular Disease. The Strong Heart Study. *Hypertension*. 2006;47(3): 403-9.
183. Peters JL, Kubzansky L, McNeely E, Schwartz J, Spiro A, Sparrow D et al. Stress as a potential modifier of the impact of lead levels on blood pressure: the normative aging study. *Environ Health Perspect*. 2007 Aug;115(8):1154-9.
184. Light KC, Girdler SS, Sherwood A, Bragdon EE, Brownley KA, West SG et al. High Stress Responsivity Predicts Later Blood Pressure Only in Combination With Positive Family History and High Life Stress. *Hypertension*. 1999 Jun;33(6):1458-64.
185. Shaffer JA, Wasson LT, Davidson KW, Schwartz JE, Kirkland S, Shimbo D. Blood Pressure Reactivity to an Anger Provocation Interview Does Not Predict Incident Cardiovascular Disease Events: The Canadian Nova Scotia Health Survey (NSHS95) Prospective Population Study. *Int J Hypertens*. 2012;2012:658128.
186. Carroll D, Ring C, Hunt K, Ford G, Macintyre S. Blood pressure reactions to stress and the prediction of future blood pressure: effects of sex, age, and socioeconomic position. *Psychosom Med*. 2003 Nov-Dec;65(6):1058-64.
187. Virtanen M, Nyberg ST, Batty GD, Jokela M, Heikkilä K, Fransson EI et al. Perceived job insecurity as a risk factor for incident coronary heart disease: systematic review and meta-analysis.

BMJ. 2013 Aug;347:f4746.

188. Bongard S, al'Absi M. Domain-specific anger expression assessment and blood pressure during rest and acute stress. *Personality and individual difference*. 2003;34(8): 1383–102

189. Cottington EM, Matthews KA, Talbott E, Kuller LH. Occupational stress, suppressed anger, and hypertension. *PsychosomMed*. 1986;48(3):249-60.

190. Pickering TG. Mental Stress As a Causal Factor in the Development of Hypertension and Cardiovascular Disease. *Curr Hypertens Rep*. 2001 Jun;3(3):249-54.

191. Jonas BS. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study. *Archives of family medicine*. 1997;6(1): 43-9.

192. Gangwisch JE, Heymsfield SB, Boden-Albala B, Buijs RM, Kreier F, Pickering TG et al. Short sleep duration as a risk factor for hypertension: analyses of the first National Health and Nutrition Examination Survey. *Hypertension*. 2006 May;47(5):833-9

193. Mac Mahon SW, Cutler JA, Furberg CD, Payne GH. The effects of drug treatment for hypertension on morbidity and mortality from cardiovascular disease. A review of randomized trials progress.. *Prog Cardiovasc Dis* 1986; 39 (suppl 1): 99-118.

194. Mac Mahon S. Blood Pressure, Stroke and Coronary Heart Disease. Part 1. Prolonged Differences in Blood Pressure: Prospective Observational Studies Corrected for Regression Dilution Bias. *Lancet*. 1993;335: 765-74.

195. Wang NY, Young JH, Meoni LA, Ford DE, Erlinger TP, Klag MJ. Blood pressure change and risk of hypertension associated with parental hypertension: The Johns Hopkins Precursors Study. *Arch Intern Med*. 2008 Mar;168(6):643-8

196. Light KC, Girdler SS, Sherwood A, Bragdon EE, Brownley KA, West SG et al. High Stress Responsivity Predicts Later Blood Pressure Only in Combination With Positive Family History and High Life Stress. *Hypertension*. 1999 Jun;33(6):1458-64.

197. Franceschini N, Rose KM, Storti KL. Social- and Behavioral-Specific Genetic Effects on Blood Pressure Traits. The Strong Heart Family Study. *Circulation: Cardiovascular Genetics*. 2009;2: 396-401.

198. Anderson GH. Effect of age on hypertension: analysis of over 4,800 referred hypertensive patients. *Saydu journal of kidney diseases and transplantation*. 1999;10(3): 286-97.

199. Shapo L, Pomerleau J, McKee M. Epidemiology of hypertension and associated cardiovascular risk factors in a country in transition: a population based survey in Tirana City, Albania. *J. Epidemiol Community Health*. 2003;57(9): 734–9.

200. Loyd-Jones DM. Hypertension in Adults Across the Age Spectrum Current Outcomes and Control in the Community. *JAMA*. 2005; 294: 466-72.

201. Ђокић Д. Епидемиолошке одлике, фактори ризика и социомедицински значај хроничних незаразних обољења. Монографија. Крагујевац: Институт за јавно здравље Крагујевац. 2011. 199.



202. Peppard PE, Young T, Palta M, Skatrud J. Prospective Study of the Association between Sleep-Disordered Breathing and Hypertension. *N Engl J Med.* 2000 May;342(19):1378-84.
203. Davis J, Juarez D, Hodges K. Relationship of ethnicity and body mass index with the development of hypertension and hyperlipidemia. *Ethn Dis.* 2013;23(1):65-70
204. Ordunez P, Bernal Munoz JL, Espinosa-Brito A, Silva LC, Cooper RS. Ethnicity, Education, and Blood Pressure in Cuba. *Am J Epidemiol.* 2005 Jul 1;162(1):49-56.
205. Brown MJ. Hypertension and ethnic group. *BMJ.* 2006 May; 332(7550): 1138.
206. Heart Disease and Stroke Statistics. 2009 Update: A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation.* 2009;119: 21-181.
207. KTL. Health in all policies. Helsinki: KTL. 2006. 416.
208. Jankovic S, Vlajinac H, Bjegovic V, Marinković J, Šipetić-Grujičić S, Marković-Denić Lj et al. The burden of disease and injury in Serbia. *Eur J Public Health.* 2007; 17 (1): 80-5
209. Luepker RV, Lakshminarayan K. Cardiovascular and cerebrovascular diseases. In: *Oxford Textbook of Public Health.* 5th edition. Volume 3. The Practice of Public Health. New York: Oxford University Press. 2009. 971-96.
210. O'Reilly P, Thomas HE. Role of support networks in maintenance of improved cardiovascular health status. *Soc Sci Med.* 1989;28(3): 249-60.
211. Ho SC, Woo J, Lau J, Chan SG, Chan YK, Chi I. Life satisfaction and associated factors in older Hong Kong Chinese. *Journal of American Geriatric Society.* 1995;43(3): 252-55.
212. Pinquart M. Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis. *Psychol Aging.* 2001;16(3): 414-26.
213. Gulick EE. Emotional distress and activities of daily living functioning in persons with multiple sclerosis. *Nurs Res.* 2001;50(3): 147-54.
214. Arve S, Lavonius S, Savikko N, Lehtonen A, Isoaho H. Social functioning and survival: A 10-year follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;48(2):137-41.
215. Ghasemipour M, Ghasemi V, Zamani AR. Investigating the relation of social support functions and the demographic features of diabetic patients. *Iranian journal of nursing and midwifery research.* 2010. 15(1): 1-7.
216. Asfar T, Ahmad B, Rastam S, Mulloli TP, Ward KD, Maziak W. Self-rated health and its determinants among adults in Syria: A model from the Middle East. *BMC Public Health.* 2007; 7(1): 177
217. Wills TA. Social support. In: Blechman EA, Brownell KD Ed. *Behavioral medicine and woman. A comprehensive handbook.* New York: Guilford Press; 1998.
218. von Dem Knesebeck O, Geyer S. Emotional support, education and self-rated health in 22 European countries. *BMC Public Health.* 2007.;7(1): 272.

219. Hawkey LC, Hughes ME, Waite LJ, Masi CM, Thisted RA, Cacioppo JT. From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: the Chicago health, aging, and social relations study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2008.;63(6):375-84.
220. Ostberg V, Lennartsson C. Getting by with a little help: the importance of various types of social support for health problems. *Scand J Public Health*. 2007;35(2):197-204.
221. de Belvis AG, Avolio M, Spagnolo A, Damiani G, Sicuro L, Cicchetti A et al. Factors associated with health-related quality of life: the role of social relationships among the elderly in an Italian region. *Public Health*. 2008 Aug;122(8):784-93.
222. Croezen S, Picavet HS, Haveman-Nies A, Verschuren WM, de Groot LC, van't Veer P. Do positive or negative experiences of social support relate to current and future health? Results from the Doetinchem Cohort Study. *BMC Public Health*. 2012 Jan; 12: 65.
223. Poortinga W, Dunstan FD, Fone DL. Health locus of control beliefs and socio-economic differences in self-rated health. *Prev Med*. 2008 Apr;46(4):374-80.
224. Sasidharan V, Payne L, Orsega-Smith E, Godbey G. Older adults' physical activity participation and perceptions of wellbeing: Examining the role of social support for leisure. *Managing Leisure*. 2006;11(3):164-85.
225. Penninx BWJH, van Tilburg T, Kriegsman DMW, Boeke AJP, Deeg DJH, van Eijk JTM. Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. *Journal of Aging and Health*. 1999;11:151-168.
226. Ashida S. Differential Associations of Social Support and Social Connectedness With Structural Features of Social Networks and the Health Status of Older Adults. *J Aging Health*. 2008;20(7):872-93.
227. McCamish-Svensson C1, Samuelsson G, Hagberg B, Svensson T, Dehlin O. Social relationships and health as predictors of life satisfaction in advanced old age: results from a Swedish longitudinal study. *Int J Aging Hum Dev*. 1999;48(4):301-24.
228. Barry LC, Kasl SV, Lichtman J, Vaccarino V, Krumholz HM. Social support and change in health-related quality of life 6 months after coronary artery bypass grafting. *J Psychosom Res*. 2006; 60(2):185-93.
- 229 Ashida S, Heaney CA. Differential associations of social support and social connectedness with structural features of social networks and the health status of older adults. *J Aging Health*. 2008; 20(7):872-93.
- 229 Ashida S, Heaney CA. Differential associations of social support and social connectedness with structural features of social networks and the health status of older adults. *J Aging Health*. 2008;20(7):872-93.
230. Giles LC, Glonek GF, Luszcz MA, Andrews GR. Do social networks affect the use of residential aged care among older Australians? *BMC Geriatrics*. 2007;7:24.
231. Giles LC, Glonek GF, Luszcz MA, Andrews GR. Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: the Australian longitudinal study of aging. *J Epidemiol Community Health*. 2005 Jul;59(7):574-9.

232. Mendes de Leon CF, Glass TA, Beckett LA, Seeman TE, Evans DA, Berkman LF. Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1999 May;54(3):S162-72.
233. Giles LC, Metcalf PA, Glonek GF, Luszcz MA, Andrews GR. The effects of social networks on disability in older Australians. *J Aging Health*. 2004;16(4):517-38.
234. Chao SF. Assessing social support and depressive symptoms in older Chinese adults: a longitudinal perspective. *Aging Ment Health*. 2011 Aug;15(6):765-74.
235. Avlund K, Due P, Holstein BE, Heikkinen R, Berg S. Changes in social relations in old age. Are they influenced by functional ability?. *Aging clinical and experimental research*. 2002;14(3 Suppl): 56-64.
236. Segrin C. Age Moderates the Relationship Between Social Support and Psychosocial Problems. *Human Communication Research*. 2003;29(3):317-42.
237. Baum FE, Ziersch AM, Zhang G, Osborne K. Do perceived neighbourhood cohesion and safety contribute to neighbourhood differences in health? *Health Place*. 2009 Dec;15(4):925-34.
238. Menju N, Maekawa A. Evidence base research of social support (convoy) for elderly people who live in Hanshin urban area. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2003;30(1 Suppl): 91-4.
239. Bath PA. Differences between older men and women in the self-rated health-mortality relationship. *Gerontologist*. 2003;43(3):387-95.
240. Ferring D, Balducci C, Burholt V, Wenger C, Thissen F, Weber G, Hallberg I. Life satisfaction of older people in six European countries: Findings from the European Study on adult well-being. *European Journal of Ageing*. 2004;1:15-25.
241. Ziersch AM, Baum FE, Macdougall C, Putland C. Neighbourhood life and social capital: The implications for health. *Social Science & Medicine*. 2005;60(1): 71-86.
242. Kafetsios K, Sideridis GD. Attachment, social support and well-being in young and older adults. *Journal of health psychology*. 2006;11(6): 863-75
243. Norberg M, Lindvall K, Jenkins PL, Emmelin M, Lönnberg G, Nafziger AN. Self-rated health does not predict 10-year weight change among middle-aged adults in a longitudinal population study. *BMC Public Health*. 2011 Sep;11: 748-57.
244. Melchior M, Berkman LF, Niedhammer I, Chea M, Goldberg M. Social relations and self-reported health: a prospective analysis of the French Gazel cohort. *Soc Sci Med*. 2003;56(8): 1817-30.
245. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*. 1967;11(2):213-218
246. Lakey B, Orehek E. Relational Regulation Theory: A new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychol Rev*. 2011. Jul;118(3):482-95.

**Прилог 1: СИСТЕМАТСКИ ПРЕГЛЕД ЛИТЕРАТУРЕ – Социјална подршка као фектор здравља и квалитета живота старих са хипертензијом**

Аутор, Назив рада, Година (Референца)	Методологија (Врста студије, Узорак, Извор података, Инструменти за мерење, Статистичка анализа)	Циљ и предмет истраживања (Испитивани чиниоци)	Главни налази (Резултати)	Закључак/Препорука
O'Reilly P, Thomas HE. Role of support networks in maintenance of improved cardiovascular health status. 1989. (210)	Лонгитудинална студија праћења. Истраживање на подзорку (290 испитаника) национално репрезентативног узорка, да би се специфицирао утицај редукације кардиоваскуларног ризика на развој болести 3 године после завршетка истраживања. Статус ризика у тренутку истраживања компариран је са ризиком после три године код 204 испитаника (између 63 испитаника код којих није и 140 испитаника код којих је дошло до погоршања). Селекција предиктора одржавања стања код 72% случајева урађена је дискриминационом анализом.	Однос између одржавања побољшаног кардиоваскуларног здравственог стања, карактеристике социјалне мреже (број чланова, густина мреже, породичне карактеристике) и карактеристика подршке (врста – тип подршке, ниво подршке).	Нема сигнификантне разлике у социодемографском статусу и нивоу генералне подршке између испитаника код којих се стање одржало и других, код којих то није био случај. Највеће разлике нађене су у односу на врсту (тип) подршке: давање информација/савета (p=0.002), процена (p=0.004), емоционална подршка (p=0.01) и доступност подршке (p=0.019). Већина разлика у подршци у групи испитаника чије се стање одржало може се довести у везу са карактеристикама социјалне мреже: она је више породично орјентисана (p=0.012) и гушћа, бројнија (p=0.021). Овом варијаблом (варијаблама) може се објаснити 10% укупног варирања у обе групе.	Процена подршке треба да буде специфична за здравствени исход који се проучава. Истраживање утицаја социјалне средине на здравље треба да се заснива на таксативном навођењу компонената социјалне мреже и подршке који доприносе здрављу. Количина социјалне подршке зависи од величине мреже и односа даваоца подршке према појединца под ризиком. Социјална подршка и друштвене мреже чине мали, али значајан део варијансе.
Ho S, Woo J, Lau J, Chan S, Yuen Y, Chan Y, Chi I. Life satisfaction and associated factors in older Hong Kong Chinese. 1995. (211)	Студија пресека. Територијално репрезентативан узорак популације старих 70 и више година (843 мушкараца и 714 жена), изабран из Регистра за помоћ старим и неспособним, стратификован по старости и полу, после искључења субјеката са когнитивним поремећајима. Подаци прикупљени упитником. Зависна варијабла - задовољство животом процењивано из одговора на питање „Да ли сте задовољни својим животом“ на линеарној скали од 0 до 10 поена. Независне варијабле - најважнији фактори који утичу на задовољство животом, физичка активност, функционалне способности, депресивни симптоми и социо-економски фактори. За анализу предиктора коришћена је мултипла логистичка регресија.	Детерминанте задовољства животом и њихова повезаност са физичким, функционалним, друштвено-економским, психолошким, социјалним карактеристикама испитаника и социјалном подршком коју уживају стари кинези узраста 70 и више година у Хонг Конгу.	Постоји слаба повезаност између скорa подршке и узраста. Здравље, приходи адекватни животним трошковима, брига рођака је најважнији фактор (> 65%). Са високим нивоом задовољства животом (> 6 поена) асоцирани су и припадност вишим социјалним класама, виши нивои едукације, приход довољан за покриће животних трошкова, задовољство условима живота, хришћанска вероисповест, добра социјална подршка, партиципација у социјалним активностима, функционална независност, добра самопроцена здравља, добар слух и вид, дневна физичка активност, одсуство периодичних падова, низак скор депресије. Два или више рођака и терцијарна едукација су позитивно, а приход недовољан за покриће животних трошкова, незадовољство условима живота, неучествовање у групним религијским активностима и висок скор депресивних симптома негативно асоцирани предиктори.	За процену задовољства животом старих Кинеза социјални фактори (подршка обезбеђена од стране чланова породице и приход довољан да покрије животне трошкове) битни су колико и физикални фактори (здравље, функционална независност, добар вид и слух).

<p>Penninx B, Van Tilburg T, Kriegsman D, Boeke A, Deeg D, Van Eijk JTM. Social Network, Social Support, and Loneliness in Older Persons With Different Chronic Diseases 1999. (225)</p>	<p>Лонгитудинална студија (Студија Старења Amsterdam)          Популационо репрезентативан узорак заједнице становника Амстердама (2.788 мушкараца и жена, старости 55 до 85 година)</p>	<p>Процењује утицај статуса хроничних болести, величине социјалне мреже, промена у подршци, усамљености (варијација у величини мреже, подршци и усамљености код старијих особа са различитим врстама хроничних болести) на квалитет живота.</p>	<p>Величина социјалне мреже и промене у емотивној подршци нису повезане са статусом болести. Једина разлика између здравих и оболелих од хроничних болести нађена је у пријему инструменталне подршке и усамљености. Карактеристике болести играју различиту улогу: осећај усамљености чешћи је код особа које болују од болести плућа или артритиса, а већи пријем инструменталне подршке нађен је код особа са артритисом и шлогом.</p>	<p>Карактеристике болести играју малу улогу у пријему инструменталне подршке и осећању усамљености код старијих особа оболелих од хроничних болести.</p>
<p>Mc Camish-Svensson C, Samuelsson G, Hagberg B, Svensson T, Dehlin O. Social Relationships and Health as Predictors of Life Satisfaction in Advanced Old Age: Results from a Swedish Longitudinal Study. 1999. (227)</p>	<p>Лонгитудинална студија.          Истраживање на кохорти испитаника старих 80 година, који живе у Лунду, Шведска.          Корелациона анализа.</p>	<p>Испитује однос између социјалне подршке коју пружа породица и пријатељи, здравља и задовољства животом.</p>	<p>Учесници који учествују у студији од почетка су здравији и имају већи скор задовољства животом од оних који су дошли касније или су умрли пре 83. године. Број пријатеља смањује се значајно од 80 до 83. године; број испитаника који немају блиске пријатеље се удвостручује од 80 до 83. год. Контакти са блиским пријатељима повећавају се са годинама. Корелационе анализе показују да ни подршка деце, ни подршка пријатеља не доприноси квалитету живота код испитаника 80-83. године. Здравље и задовољство контактима утичу на укупно задовољство животом код испитаника старости 83. године.</p>	<p>Социјална подршка и задовољство животом код старих су мултидимензионални.</p>
<p><u>Mendes de Leon CF, Glass TA, Beckett LA, Seeman TE, Evans DA, Berkman LF.</u> Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the New Haven EPESE. 1999. (232)</p>	<p>Популационо репрезентативан узорак заједнице New Haven, старости 65 и више година. Извор података: 9 годишњих интервјуа (1982–1991.). Неспособност се мери АДЛ индексом и Rosow-Breslau индексом; критеријум неспособности је оштећење једне или више функција. Различите варијабле социјалне мреже (са децом, рођацима, пријатељима и старатељима, укупну мрежу). Марковљев метод за процену транзиције неспособности у интервалима старости, после прилагођавања.</p>	<p>Социјална мрежа је снажно повезана са преживљавањем и другим здравственим исходима. Налази који се односе на ефекат социјалне мреже исход у смислу неспособности су неконзистентни. Студија испитује однос између социјалне мреже и настанка неспособности за обављање активности дневног живота и опоравак од неспособности.</p>	<p>Укупна социјална мрежа повезана је статистички значајно са редукацијом ризика од развоја неспособности и повећањем вероватноће опоравка. Емоционална и инструментална подршка немају протективни ефекат против болести, али доприносе повећавању вероватноће опоравка. Варијабле социјалне мреже које се односе на рођаке и пријатеље значајно су повезане са инвалидношћу и ризиком опоравка; односи са децом или старатељима - нису.</p>	<p>Налази подржавају важност утицаја друштвених односа на здравствене исходе у старости. Интегрисаност у друштвену мрежу рођака и пријатеља ствара мањи ризик за развој неспособности за обављање активности дневног живота и побољшава шансе за опоравак када оне настану.</p>

<p>Gulick EE. Emotional distress and activities of daily living functioning in persons with multiple sclerosis. 2001. (213)</p>	<p>Секундарна анализа података. Узорак чини 686 особа које болују од мултипле склерозе (МС). Самопроцена емоционалног дистреса, личних особина, социјалне подршке, функционисања у активностима дневног живота. Мултипла регресија (stepwise and hierarchical модел)</p>	<p>Иако је познато да је емоционални дистрес виши код других болести, није познато како лични атрибути особа са МС и/или постојање социјалне подршке моделују емоционални дистрес и способност адаптације. Испитује личне особине и социјалну подршку које детерминишу емоционални дистрес и функционисање у активностима дневног живота.</p>	<p>Лични атрибути су медијаторске варијабле ефеката социјалне подршке на емоционални дистрес и функционисање у активностима дневног живота. Демографске варијабле (старост), али и едукација и дужина трајања болести (МС) показују утицај у свим анализама. Утицаји личних карактеристика постоје и када нема социјалне подршке. Главни ефекат социјалне подршка има на емоционални дистрес.</p>	<p>Лични атрибути и социјална подршка модерирају ефекат емоционалног дистреса на функционисање у активностима дневног живота. Лични атрибути показују виши ниво повезаности са ниским нивоом емоционалног дистреса. Нижи ниво личних атрибута повезан је са порастом емоционалног дистреса; лични атрибути могу превенирати лоше одговоре на стрес који изазива дистрес и поремећаје у функционисању.</p>
<p>Pinquart M. Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. 2001. (212)</p>	<p>Мета анализа. Популационо репрезентативни узорци становништва старости 60 и више година 22 Европске земље.</p>	<p>Испитује повезаност субјективног здравља и старосно повезаних промена у субјективном здрављу са менталним и соматским здрављем и функционисањем.</p>	<p>Субјективно здравље показује пад који се може повезати са старашћу; јаче је изражен код најстаријих него код млађих старих особа. Субјективно здравље корелира са индикаторима објективног здравља, али је повезаност са физичким (соматским) здрављем јача него са функционалним. Корелација субјективног здравља са физичким здрављем и функционисањем је слабија код најстаријих него код осталих; повезаност субјективног здравља са менталним здрављем снажнија је код најстаријих.</p>	<p>Снага повезаности између субјективног и објективног здравља варира у зависности од метода процене објективног здравља, показује највишу повезаност са симптомима контролне листе и резултатима медицинских испитивања стриктно у складу с протоколом.</p>
<p>Ashida S, Heaney CA. Differential Associations of Social Support and Social Connectedness With Structural Features of Social Networks and the Health Status of Older Adults (226)</p>	<p>Узорак чини 126 старих, узраста 65 до 85 година у заједницама становања Структурисани интервју лицем у лице вођен од стране обучених анкетара у старачком дому.</p>	<p>Студија истражује у којој мери су конструкти социјалне подршке и социјалне повезаности разликују у односу на структурне карактеристике друштвених мрежа и здравствено стање старијих особа</p>	<p>Постојање учесталих контаката међу члановима мреже је позитивно повезано са социјалном подршком. Густина мреже и постојање блиских пријатеља у мрежи су позитивно асоцирани са перцепцијом социјалне повезаности. Перципирана социјална повезаност је статистички значајно асоцирана са здравственим статусом, док социјална подршка – није.</p>	<p>Перципирана социјална повезаност има релативно већу важност за здравље и благостање код старијих него перципирана доступност социјалне подршке. Напор у вези са социјалним везама старих треба да буде усмерен на развој пријатељства и социјалних група које су друштвено ангажоване у заједници.</p>

<p>Avlund K, Due P, Holstein B, Heikkinen R, Berg S. Changes in social relations in old age. Are they influenced by functional ability? Aging Clinical and Experimental Research. 2002. (235)</p>	<p>Лонгитудинална студија праћења (The NORA). Популационо репрезентативни узорак градова Juväskylä (Финска), Göteborg (Шведска) и Glostrup (Данска) - 743 особе, мушкарци и жене старости 75-80 година, које су партиципирале у обе студије и одговориле на питања о социјалним односима. Социјални односи мере се фреквенцијом контаката са децом, унуцима, рођацима, блиским пријатељима, познаницима и комшијама, разноврсношћу социјалних релација, телефонским контактима, партиципацијом у друштвеним догађајима. Социјални односи се мере инструменталном социјалном подршком, а функционална способност - умором и потребом за помоћи у физичким активностима свакодневног живота. Мултиваријантна анализа.</p>	<p>Циљ истраживања је да опише промене у социјалним односима популације у узрасту од 75 до 80 година и анализира начин на који утичу на функционалну способност у узрасту од 75 година. Студија испитује модификујуће ефекте коваријабли као што су депресивни симптоми, живот у самачком домаћинству и карактеристике локалитета.</p>	<p>Постоје велике промене у социјалним релацијама у старости. Ове промене укључују широк спектар различитих губитака и добитака између учесника. Жене које су осећале умор у својим свакодневним активностима имале су мање контаката са децом [OR = 4.2 (1.4-12.1)] и друштвене односе који нису разноврсни [OR = 2.2 (0.95-5.3)]. И мушкарци и жене којима је потребна помоћ имали су недовољно разноврсне друштвене релације у односу на особе које су добро функционисале [мушкарце: OR = 4.4 (1.3-15.0); жене: OR= 3.0 (0.93-9.6)].</p>	<p>-</p>
<p>Segrin C. Age Moderates the Relationship Between Social Support and Psychosocial Problems. 2003. (236)</p>	<p>Узорак становништва заједнице 325 одраслих старих 19 до 85 година</p>	<p>Старост је чинилац који може предвидети и/или модерирати везу између перцепције функционалне и структуралне социјалне подршке и искуства са депресивним симптомима и усамљености. Старост је такође повезана са нижим стандардима односа, који омогућавају људима да очувају садржаје без обзира на опадање расположиве подршке.</p>	<p>Резултати показују да је социјална подршка чланова породице и деоба контаката са њима, а нарочито социјална подршка брачног друга или партнера, снажно и негативно повезана са психосоцијалним проблемима код млађе категорије старих. Старост је такође модерирајућа варијабла повезаности и усамљености. Старији људи нису зависни од примања социјалне подршке из различитих извора у циљу одржавања осећаја благостања, као млађи. Ово потврђује “фазни модел задовољства животом” и истраживања о компензаторним процесима у вези са старењем.</p>	<p>Социјална подршка штити људе од искуства психолошког дистреса и побољшава благостање. Истраживања показују да ефикасност социјалне подршке коју обезбеђују чланови породице и пријатељи варира током животног века. Модел фаза у задовољству животом и компензаторни процеси повезани са старењем дају објашњења зашто је то тако.</p>
<p>Menju N, Maekawa A. Evidence base research of social support (convoy) for elderly people who live in Hanshin urban area. 2003. (238)</p>	<p>Проспективна студија. Узорак чини 477 испитаника, од чега 146 мушкараца и 331 жена који живе живе у урбаном подручју Ханшин. Извор података: самопопуњавајући упитник уз информисани пристанак испитаника.</p>	<p>Циљ студије је да пронађе фактор који повезује друштвену подршку и ментално здравље старих људи који. Студија истражује утицај различитих врста социјалне подршке на промене менталног здравља у време великог земљотреса.</p>	<p>Они који су имали подршку својих породица, пријатеља и/или комшија показали су бољи скор менталног здравља. Група која прима 10% или мање социјалне подршке има тенденцију да чешће пати од депресије.</p>	<p>-</p>

<p>Bath PA. Differences between older men and women in the self-rated health-mortality relationship. 2003. (239)</p>	<p>Лонгитудинална студија (Nottingham Longitudinal Study of Activity and Ageing). Узорка чине испитаници оба пола, различите старости. Извор података: Нотингамска лонгитудинална студија активности и старења Регресиони модел Коксове пропорције ризика.</p>	<p>Студија оцењује односе самопроцене здравља и промена у здрављу и морталитета после 4 и 12 година, са циљем да се испита: вредност самопроцене здравља и промена у здрављу као инструмената за предвиђање смртности, однос два обележја у различитим периодима праћења и утврде разлике код старих различитог пола.</p>	<p>Разлике између мушкараца и жена који имају лошу самопроцену здравља нису значајне; постоје разлике у факторима који утичу на оцену. Код мушкараца лоше оцене здравља и краткорочни и дугорочни моратилитет могу се објаснити старошћу и укупним стањем здравља. Код жена лоше оцене здравља и краткорочни морталитет може се објаснити старошћу, физичким и менталним здрављем, као и физичком активношћу жена. Однос између лоших оцена здравља и дугорочног морталитета објашњавају старост, физичко здравље и физичке активности жена. Однос између самопроцене промена у здравственом стању и краткорочног морталитета објашњава старост код оба пола. Однос између самопроцене промена у здравственом стању и дугорочног морталитета објашњен је старошћу и психичким здрављем код оба пола.</p>	<p>Социјални ангажман је независан предиктор краткорочне и дугорочне смртности мушкараца и жена у овој студији.</p> <p>Налаз да ниске оцене у самопроцени здравља нису независан предиктор морталитета код мушкараца или жена, супротно многим претходним студијама, могу се довести у везу са разликама у дизајну студије и/или различитим културама.</p>
<p>Melchior M, Berkman LF, Niedhammer I, Chea M, Goldberg M. Social relations and self-reported health: a prospective analysis of the French Gazel cohort. 2003. (244)</p>	<p>Проспективна анализа са 12-месечним праћењем. Подаци коришћени из French GAZEL кохорте (запослени у националној гасној и електричној компанији)</p>	<p>Истражује однос између структуре и функције друштвеног окружења и њихов утицај на само-вредновање здравља. Тестира хипотезу да друштвени односи директно утичу на здравље.</p>	<p>Недостатак социјалне подршке и незадовољство друштвеним односима су предиктори лошег здравственог стања, док слабе друштвене мреже нису. Функционални аспекти друштвених односа су бољи предиктори лошег здравља од структуре социјалних интеракција. Најслабија социјална подршка је независан фактор ризика за лоше здравље код мушкараца и жена; ефекат подршке код мушкараца најјачи је код професионално високо позиционираних, а код жена у свим групама радника.</p>	<p>Студија сугерише да у Француској друштвени односи врше независни утицај на здравље, који је модификован утицајем пола и социоекономских фактора. Клиничари и истраживачи треба да обратe пажњу на утицај социјалне подршке на здравље.</p>



<p>Ferring D, Balducci C, Burholt V, Wenger C, Thissen F, Weber et al. Life satisfaction of older people in six European countries: findings from the European Study on Adult Well-Being. 2004. (240)</p>	<p>Европска студија о благостању одраслих (The European Study on Adult Well-being - ESAW), ЕУ, 2002-2003. Репрезентативни узорак популације одраслих старости 50-90 година који живе самостално (ван институција) у Аустрији, Италији, Луксембургу, Холандији, Великој Британији и Шведској; величина узорка у распону од 1.854 до 2.417 испитаника; укупан европски узорак 12.478 испитаника.</p>	<p>Студија испитује разлике у степену задовољства животом становништва различитих земаља, разлике у појединим доменима квалитета живота, факторе који детерминишу ове варијације.</p>	<p>У свих шест земаља нађен је висок ниво свих одабраних показатеља задовољства животом. Националне разлике зависе од домена који се разматра. У целини, становништво Холандије, Велике Британије, Луксембурга и Аустрије има веће вредности задовољства животом у односу на Шведску и Италију.</p>	<p>-</p>
<p>Giles LC, Metcalf PA, Glonek GF, Luszcz MA, Andrews GR. The effects of social networks on disability in older Australians. 2004. (233)</p>	<p>Проспективна лонгитудинална кохортна студија (The Australian longitudinal study of aging) Узорак: 1.477 испитаника, старих 70 и више година. Извор података: Аустралијска лонгитудинална студија старења. Ефекти различитих друштвених мрежа, на транзицију неспособности анализирани су коришћењем бинарне и мултиномиалне логистичке регресије.</p>	<p>Студија истражује укупне ефекте друштвених мрежа, посебно специфичне ефекте односа у мрежама са децом, родбином, пријатељима и старатељима на транзицију неспособности (промене у мобилности и могућностима за остварење одређених Nagi функција и задатака).</p>	<p>Након контроле низа здравствених, еколошких, и личних фактора, друштвене мреже показале су се као протективни фактор за развој поремећаја покретљивости (OR= 0,89; 95% CI = 0.79 до 1.00) и Nagi индекса функционалне неспособности (OR= 0,85; 95% CI = 0,74 до 0.96). Друге друштвене мреже немају конзистентан ефекат на развој неспособности.</p>	<p>Анализу ефеката друштвених односа треба проширити изван неспособности (на активности свакодневног живота). Мреже са већим бројем рођака штите од настанка неспособности у погледу мобилности и могућности извршења Nagi задатака.</p>
<p>Ziersch AM, Baum FE, Macdougall C, Putland C. Neighbourhood life and social capital: the implications for health. 2005. (241)</p>	<p>Ретроспективна анализа. Студија рађена у Западном предграђу Аделаида на узорку 2.440 испитаника. Извор података: упитници и дубински интервју. Мерење се врши уз помоћ SF-12. Мултипла регресија (A partial least-square path analysis) података прикупљених упитником.</p>	<p>Студија испитује утицај перцепције физичког окружења, комшијских веза, поверења у суседство, реципроцитета, перципиране сигурности и локалне грађанске акције и једног броја демографских варијабли, на физичко и ментално здравље.</p>	<p>Перцепција безбедности суседства повезана је са физичким здрављем и безбедним суседством. Комшијске везе асоциране су са менталним здрављем. Виши ниво прихода и достигнути степен образовања повезане су са бољим физичким и менталним здрављем. Старије старосне групе имају лошије физичко и боље ментално здравље.</p>	<p>Постоји потреба за више комплексних мера социјалног капитала; друштвено-економски фактори имају релативно велики значај у детерминисању здравља.</p>

<p>Giles LC, Glonek GF, Luszcz MA, Andrews GR. Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: the Australian longitudinal study of aging. 2005. (231)</p>	<p>Проспективна лонгитудинална кохортна студија (The Australian longitudinal study of aging) Узорак: 1.477 особа старих 70 и више година који живе у заједници (објекти за колективно становање и негу). Извор података: Аустралијска лонгитудинална студија старења.</p>	<p>Студија истражује да ли су друштвене мреже са децом, родбином, пријатељима и особама од поверења предиктори преживљавања старих у периоду од 10 година, након контроле низа променљивих демографских и здравствених варијабли, као и варијабли начина живота.</p>	<p>Веће мреже пријатеља имају протективни ефекат на умирање у 10-то годишњем периоду праћења. Однос ризика учесника из терциле са највише пријатеља у мрежи и учесника из групе са најмање пријатеља био је 0,78 (95% CI 0,65 до 0,92). Нађено је да чак и велике мреже са особама од поверења (OR=0,84; 95% CI=0,71-0,98) имају мањи ефекат. Ефекти друштвених мрежа са децом и родбином нису имале значајне ефекат на преживљавање током наредне деценије.</p>	<p>Време преживљавања може бити продужено у снажним друштвеним мрежама. Оне могу бити важне за дуже преживљавање старијих Аустралијанаца.</p>
<p>Barry LC, Kasl SV, Lichtman J, Vaccarino V, Krumholz HM. Social support and change in health-related quality of life 6 months after coronary artery bypass grafting. 2006. (228)</p>	<p>Студија пре-после. Узорак 1.164 пацијената са дијагнозом F11.1 подвргнутих првом САВГ, просечне старости 65.7 година (анализа 1.072 испитаника - 92% узорка). Извор података: интервју на отпусту из болнице и 6 месеци касније Перципирана инструментална и емоционална подршка оцењени пре изласка из болнице. Промене у менталном здрављу и физичком функционисању израчунате су као разлика вредности скорa СФ-36 на отпусту и 6 месеци касније. Stepwise линеарна регресија, прилагођена претходна у односу на квалитет живота у вези са здрављем, демографске варијабле и клиничке карактеристике.</p>	<p>Студија испитује да ли доживљај социјалне подршке може предвидети промене у квалитету живота у вези са здрављем, које су исказане као промена у менталном здрављу и физичком функционисању, 6 месеци после уградње коронарног бајпаса.</p>	<p>Инструментална подршка је предиктор позитивне промене у менталном здрављу (B= 3,27 p=0.02); промене је већа код пацијената који су имали ниске вредности скорa менталног здравља пре уградње бајпаса. Ни једна варијабла социјалне подршке није предиктор промена у физичком функционисању.</p>	<p>Процена перципиране инструменталне подршке може помоћи лекарима да предвиде настанак проблема у менталном здрављу после уградње бајпаса. Потребно је више истраживања у вези овог односа пре него што се препоруче одговарајуће интервенције.</p>
<p>Kafetsios K, Sideridis GD. Attachment, Social Support and Well-being in Young and Older Adults. 2006. (242)</p>	<p>Узорак: 198 одраслих (99 мушкараца) и урбаним зонама северне Грчке. Социјална подршка се процењује Упитником социјалне подршке (кратка форма) (SSQ6) и описује скалом (испитаници наводе сва лица која пружају подршку описану са 6 питања - ССКнум) и укупним доживљајем задовољства подршком (оцена задовољства укупним нивоом подршке на шестостепеној скали - ССКсагисф).</p>	<p>Циљ ове студије је био да се испита утицај интра-персоналних (одређени стил живота) и друштвених фактора (перципирана социјална мрежа и задовољство подршком) на благостање у две различите старосне групе.</p>	<p>Код старијих узрасних група анксиозност је позитивно повезана са нелагодношћу и усамљеношћу. Избегавање је позитивно повезано са усамљеношћу у млађој старосној групи и анксиозношћу и усамљеношћу у старијој узрасној групи. Перцепција величине мреже је обрнуто повезана са усамљеношћу у млађој, али не и старијој групи. Задовољство подршком је козистентније директно пропорционално повезано са благостањем, а обрнуто пропорционално повезано са усамљеношћу у обе старосне групе и избегавањем у старијој узрасној групи.</p>	<p>Перцепција задовољства подршком је снажније повезана са благостањем (добробити) код старијих особа.</p>

<p>Sasidharan V, Payne L, Orsega-Smith E, Godbey G. Older adults' physical activity participation and perceptions of wellbeing: Examining the role of social support for leisure. 2006. (224)</p>	<p>Подаци о физичкој активности из националног узорка популације. Социјална подршка за разоноду (ССЛ) и вежбе испитивана је коришћењем The Social Support for Exercise Behaviors Scale, на коју су одговарали чланови породице и пријатељи. Испитаницима је постављено 12 питања о подршци коју пружају, а њихови одговори су вреднована на 6-то степеној Ликертовој скали. Самопроцена задовољства животом мерена је коришћењем једног аитета ("Ја сам задовољан својим животом"), на скали задовољства животом, коришћењем седмостепене Ликертове скале.</p>	<p>У овој студији испитује се утицај извора социјалне подршке за разоноду (чланова породице, пријатеља и познаника) на физичке активности и ниво благостања, односно, задовољство животом, стрес и здравље код старијих одраслих особа (узраста 50 и више година).</p>	<p>Налази студије наглашавају важност социјалне подршке пријатеља за релаксацију и учешће у рекреативним физичким активностима старих људи. Породична подршка и подршка пријатеља заједно имају позитиван ефекат на перцепцију благостања код старих људи. Постоји позитивна веза између породичне социјалне подршке за релаксацију и нивоа животног задовољства.</p>	<p>Закључци ранијих истраживања сугеришу да социјална подршка значајно доприниси остваривању бољих здравствених исхода код старијих особа. Ова студија расветљава односе здравља и добробити старијих одраслих у зависности од количине и врсте социјалне подршке коју добијају за активности у слободно време, односно социјалне подршке за разоноду (ССЛ).</p>
<p>Asfar T, Ahmad B, Rastam S, Mullohi TP, Ward KD, Maziak W. Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. 2007. (216)</p>	<p>Студија пресека. 2004. Сирија. Одрасли, старости 18 до 65 година са пребивалиштем у Алепу (2.500.000 становника, 45,2% мушкараца старости 18-65 година). Узорак: представници 2.038 домаћинстава; стопа одговора 86%; истраживање Мера здравља је процена испитаника о здрављу, категорисаном као одлично, нормално и лоше. Odds ratio здравља самопроцењеног као лоше и нормално у односу на одлично, израчунато је одвојено за мушкарце и жене, коришћењем логистичке регресије.</p>	<p>Ова студија има за циљ да истражи и упореди детерминанте самопроцене здравља одраслих мушкараца и жена у Алепу, Сирија.</p>	<p>Жене чешће него мушкарци описују здравље као лоше. Старији мушкарци и жене, са два или више хроничних здравствених проблема и испадима у функционалној способности чешће процењују здравље лошијим. Родно специфичне детерминанте лоше самопроцене здравља укључују брак, низак социоекономски статус, недостатак социјалне подршке код жена, односно, пушење и ниску физичку активност код мушкараца. Повезаност са узрастом и постојећим хроничним обољењима је универзална и одражава природни процес старења.</p>	<p>Детерминанте самопроцене здравља разликују се код мушкараца и жена и наглашавају основне културне норме и родне улоге у друштву. Разумевање локалног контекста самопроцене здравља и њених детерминаната у оквиру преовлађујуће културе важно је за прилагођавање интервентних програма усмерених на побољшање здравља чланова сиријског и других арапских друштава (заједница).</p>
<p>Giles LC, Glonek GF, Luszcz MA, Andrews GR. Do social networks affect the use of residential aged care among older Australians? 2007. (230)</p>	<p>Проспективна лонгитудинална кохортна студија (The Australian longitudinal study of aging), студија праћења (follow-up) Узорак: 1.477 људи старости 70 и више година. Подаци Аустралијске лонгитудиналне студије старења, прикупљени у 6 истраживања током 9 годишњег праћења. Мултиномиална логистичка регресија ефеката специфичних и укупних друштвених мрежа на коришћење услуга, прилагођена по нивоу здравља, демографским карактеристикама и начину живота у различитим друштвеним мрежама.</p>	<p>Студија испитује утицај друштвених мрежа на коришћење здравствених услуга од стране старих. Студија истражује разлике у ефектима специфичних делова мрежа (деце, других рођака, пријатеља и стараоца) и укупне друштвене мреже на коришћење заштите у установама нижих нивоа и домовима за негу старих.</p>	<p>Већи број људи од поверења у мрежи има протективни ефекат на коришћење услуга кућне неге (OR горња наспрам доње терциле броја поверљивих људи у мрежи OR=0,50; 95% CI 0.33-0.75). Утврђен је значајан ефекат горње наспрам доње терциле на коришћење кућне неге (OR=0,62; 95% CI 0.43-0.90). Ефекат постојања деце у мрежи на коришћење кућне неге је варијабилан. Учешће рођака и пријатеља у мрежи није предиктор коришћења кућне неге. Коришћење нижег нивоа резиденцијалне заштите није у релацији са социјалном мрежом било ког типа.</p>	<p>Веће поверење и укупна друштвена мрежа су предиктори коришћења услуга кућне неге у великој кохорти старијих Аустралијанаца. Политика треба да одражава значај ових посебних односа у вези с тим где старији људи желе да живе у каснијим годинама живота.</p>

<p>Von dem Knesebeck O, Geyer S. Emotional support, education and self-rated health in 22 European countries. 2007. (218)</p>	<p>Извор података: Европско друштвено истраживање (European Social Survey), 2003., у 22 Европске земље. Репрезентативни узорак изабран методом случајног одабира, 42.359 случајева узраста 15 и више година (из студије искључени испитаници испод 25 година чије образовање није завршено). Перцепција емоционалне подршке је процењивана преко доступности поверљивих особа са којима се могу дискутовати интимне и личне ствари. Самопроцена здравља је коришћена као здравствени индикатор. Мултипла логистичка регресија коришћена за издвајање предиктора.</p>	<p>Истраживање има три циља: да објасни повезаност између едукације и емоционалне подршке, да објасни повезаност између емоционалне подршке и самопроцене здравља и да анализира где се повезаност између едукације и самопроцене здравља може објаснити емоционалном подршком.</p>	<p>Емоционална подршка позитивно асоцирана са едукацијом код жена и мушкараца у већини Европских земаља. Магнитуда асоцијације варира између земаља и полова. Емоционална подршка је позитивно повезана са самопроценом здравља. Едукација не објашњава разлике у самопроцени здравља које се могу довести у везу са емоционалном подршком код жена и мушкараца у већини Европских земаља.</p>	<p>Резултати показују да је важно размотрити социјално економске факторе као што су едукација и специфична ситуација у појединој земљи у студијама здравствених ефеката социјалне подршке.</p>
<p>Ostberg V, Lennartsson C. Getting by with a little help: The importance of various types of social support for health problems. 2007. (220)</p>	<p>Истраживање на репрезентативном узорку (The Level of Living Survey), Шведска, 2000. године. Национално репрезентативни узорак популације; узорак чини 5.053 одраслих особа, старости 18–75 година. Извор података: интервју, панел подаци из ранијег интервјуа (1991). Издвајање предиктора коришћењем логистичке регресије.</p>	<p>Студија испитује укупну и релативну важност различитих извора и врста социјалне подршке (емоционалне, инструменталне и информативне) за настанак здравствених проблема (депресија, проблеми са циркулацијом и самопроцена општег здравља) у општој популацији.</p>	<p>Број ресурса подршке је повезан са свим испитиваним здравственим проблемима. Доступност економске подршке је важна као и број ресурса подршке, без обзира на брачни статус, друштвену класу, саму економску ситуацију. Повезаност се одржава када је раније здравствено стање под контролом. Релевантно је имати некога за разговор о личним и проблемима и дружење. Овај ресурс подршке показао је повезаност са свим здравственим проблемима; његов утицај се одржава и када се у анализу узму сви остали ресурси подршке и раније здравствено стање.</p>	<p>Број ресурса подршке у Шведској популацији повезан је са здравственим проблемима; корисније је постојање разноврсних ресурса. Економска подршка и постојање друштва, посебно поверљивих особа са којим се може водити разговор о личним и интимним проблемима су најважнији фактори.</p>
<p>Hawkey LC, Hughes ME, Waite LJ, Masi CM, Thisted RA, Cacioppo JT. From Social Structural Factors to Perceptions of Relationship Quality and Loneliness: The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. 2008. (219)</p>	<p>Студија пресека (The Chicago Health, Aging, and Social Relations Study). Узорак 225 белих, црних и латино мушкараца и жена старости 50 до 68 година. Инструменти за мерење: ревидирана UCLA скала усамљености са 20 аитема – валидирана мера опште усамљености и осећања социјалне изолације.</p>	<p>Студија тестира концептуални модел усамљености и испитује како социјални структурални фактори утичу на перцепцију квалитета односа и усамљеност, у којој мери су повезани социодемографски фактори и усамљеност, како се варијације у усамљености могу објаснити преко карактеристика социоекономског статуса, физичког здравља, социјалних улога, изложености стресу, величином мреже и субјективног доживљаја квалитета односа у њој.</p>	<p>Образовање и приход су негативно повезани са усамљеношћу; постоје расне/етничке разлике у усамљености. Повезаност прихода и усамљености најбоље се може објаснити постојањем брака; позитивни брачни односи дају највећи степен заштите од усамљености. Независни фактори ризика за усамљеност укључују мушки род, физичко здравље, симптоме хроничног радног и/или друштвеног стреса, малу друштвену мрежу, недостатак брачног поверења и лош квалитет друштвених односа.</p>	<p>Лонгитудинално истраживање је потребно да се процени узрочна улога социјалних структурних и функционалних фактора у објашњавању промена у усамљености.</p>

<p>Baum FE, Ziersch AM, Zhang G, Osborne K. Do perceived neighbourhood cohesion and safety contribute to neighbourhood differences in health? 2009. (237)</p>	<p>Истраживање здравља на репрезентативном узорку (3344 испитаника) и дубински интервју (80 испитаника) у четири социоекономски различите поштанске зоне у Аделаиди, Аустралија. За издвајање предиктора коришћена је логистичка регресија.</p>	<p>Циљ студије је да се испитају локацијске разлике у самопроцени здравља прилагођено по демографским и социјално-економским карактеристикама, понашању у вези са здрављем, карактеристикама индивидуалног друштвеног капитала и доживљају кохезије и безбедности у суседству.</p>	<p>Статистички значајне разлике у здрављу могу се довести у везу са локацијом (местом живљења). Главни чинилац који генерише разлике је перцепција кохезије и безбедности суседства. Перцепција кохезије и безбедности је нераскидиво везана за локацију.</p>	<p>Постоје значајне импликације налаза на разумевање локацијских разлика у здрављу.</p>
<p>Ghasemipour M, Ghasemi V, Zamani AR. Investigating the relation of social support functions and the demographic features of diabetic patients. 2010. (215)</p>	<p>Дескриптивна студија пресека реализована 2008. године у Ирану. Истраживана популација су дијабетичари – корисници услуга здравствене службе у провинцији Корамбад (Khorramabad). Из ове популације изабрано је 150 случајева. Извор података: упитник за самопопуњавање. Студија прати демографске податке и податке о социјалној подршци. Социјална подршка се процењује применом 4 стандардна упитника социјалне подршке за дијабетичаре.</p>	<p>Студија истражује факторе социјалне подршке који су значајни за квалитет живота код дијабетичара различитих демографских карактеристика.</p>	<p>Резултати показују да фактори социјалне подршке нису оптимални у 59% случајева. Емоционална подршка је највећа (36,8%). Статистички значајна повезаност са неким од фактора социјалне подршке могу се довести старост, пол, посао, образовање и трајање болести.</p>	<p>Социјална подршка је облик друштвеног капитала који може утицати на здравље оболелих од дијабетеса. Пацијент се сусреће са бројним стресним физичким, менталним и социјалним факторима и има потребу за различитим врстама подршке. Због ефеката демографских варијабли на примање социјалне подршке, препоручују се програми информативне и инструменталне подршке и промоција пружања подршке из различитих извора.</p>
<p>Chao SF. Assessing social support and depressive symptoms in older Chinese adults: A longitudinal perspective. 2011. (234)</p>	<p>Лонгитудинална студија. Национално репрезентативни узорак, Тајван (4.049 старих који су интервјуисани 5 пута у току 14-то годишњег периода). У истраживању коришћени подаци из ‘Surveys of Health and Living Status of Elderly’ (SHLSE) студије. За анализу података је коришћено моделовање (Random effects modeling).</p>	<p>Студија испитује однос између социјалне подршке и депресије. Студија тестира интуитивни модел са седам компонената социјалне подршке - величина социјалне мреже, састав, учесталост социјалних контаката, блискост, врста примљене подршке, помагање другима и задовољство социјалном подршком.</p>	<p>Мање симптома депресије имају испитаници који имају бројнију социјалну мрежу, широм мрежу, већу учесталост контаката, живе у породици са децом (сином и снајом), примају инструменталну, емоционалну и финансијску подршку, пружају финансијску и краткорочну инструменталну подршку другима, имају веће задовољство подршком. Са вишим нивоима депресије повезано је пружање услуга физичке бриге и заштите. Најмоћнији предиктор депресије старих је задовољство подршком.</p>	<p>Свака мера социјалне подршке одражава одређени део концепта и наглашава значај различитих димензија. Неконзистентни налази ове студије отварају различита питања писмености становништва. Ефекат социјалне подршке на депресију међу старијима Кинезима у различитим заједницама се мора истраживати у културном контексту заједнице из које потичу.</p>

<p>Norberg M, Lindvall K, Jenkins PL, Emmelin M, Lönnberg G, Nafziger AN. Self-rated health does not predict 10-year weight change among middle-aged adults in a longitudinal population study. 2011. (235)</p>	<p>Лонгитудинална популациона студија. Узорак чини 29.207 учесника истраживања здравља у периоду 1990.-2008. (одрасли, узраста 30, 40, 50 и 60 година, 46.5% мушкараца) Истраживање је укључивало самопроцену здравља и мерење висине и тежине. За евалуацију повезаности промене у телесној тежини у току 10 година и самопроцене здравља коришћена је једнофакторска анализа варијансе (ANOVA).</p>	<p>У овој студији се истражује однос самопроцене здравља и процента промене тежине у 10-годишњем периоду праћења, да би се утврдило да ли самопроцена здравља може предвидети промену тежине.</p>	<p>Није утврђена повезаност субјективне процене здравља средовечних мушкараца или жена и процента промене телесне тежине у 10-годишњем периоду.</p>	<p>Самопроцена здравља није предиктор промена телесне тежине у 10-то годишњем периоду у овој старосној групи.</p>
<p>Croezen S, Picavet HS, Haveman-Nies A, Verschuren WM, de Groot LC, van't Veer P. Do positive or negative experiences of social support relate to current and future health? 2012. (222)</p>	<p>Кохортна студија (Doetinchem) Узорак (4.724 холанђана оба пола, узраста 26-65 година – учесника три кохортне студије (1993-1997, 1998-2002., 2003-2007). Социјална подршка је мерена коришћењем Упитника за социјално искуство (Social Experiences Checklist) Индикатори здравља - преваленца пушења, употребе алкохола, физичке активности, уноса воћа и поврћа, прекомерне телесне тежине, хипертензије, хиперхолестеролемије, самопроцене општег и менталног здравља. За издвајање предиктора коришћена регресиона анализа по типу генерализоване еквотације.</p>	<p>Студија истражује повезаност позитивног и негативног искуства у социјалној подршци са тренутним и будућим факторима животног стила, факторима биолошког ризика и самопроценом општег и менталног здравља као и променама преваленце и инциденце здравствених индикатора у току 10 година праћења.</p>	<p>Низак ниво позитивне социјалне подршке повезан је само са тренутно ниским уносом воћа и поврћа. Најнижа терцила позитивне социјалне подршке повезана је са преваленцом и инциденцом лошег менталног здравља. Највиша терцила негативне социјалне подршке повезана је са преваленцом и инциденцом лошег менталног здравља. Негативна социјална подршка повезана је са актуелним вредностима индикатора: пушење, физичка неактивност, прекомерна тежина и ниским оценама самопроцене здравља, као и са каснијом ексцесивном употребом алкохола, физичком неактивношћу и лошом самопроценом здравља.</p>	<p>Студије пресека извештавају о повезаности социјалне подршке и здравља, али се то не може увек закључити из података проспективних студија. Позитивно и негативно искуство социјалне подршке асоцирано је са преваленцом и инциденцом лошег менталног здравља. Позитивна искуства социјалне подршке имају ефекат добробити на стил живота и здравље, а негативна искуства могу утицати у супротном смеру – негативно.</p>
<p>Ní Mhaoláina AM, Gallagher D, O Connella H, China AV, Brucea I, Hamiltona F et al. Subjective well-being amongst community-dwelling elders: what determines satisfaction with life? Findings from the Dublin Healthy Aging Study. 2012. (87)</p>	<p>Узорка чини 466 старијих људи који живе у заједници. Задовољство животом мерено је индексом задовољства животом (LSI-A). За издвајање предиктора и израду регресионих модела коришћена је мултипла линеарна регресија (stepwise).</p>	<p>Субјективно благостање је главна детерминанта здравствених исхода код старих људи. Циљ студије је да утврди предикторе благостања мереног степеном задовољства животом код старих људи који живе у заједници и испита однос између задовољства животом и физичких, психичких, когнитивних и демографских варијабли.</p>	<p>Депресија, усамљеност, неуротизираност, екстровеерност, учешће у физичким активностима, узраст и самопроцена исцрпљености су независни предиктори задовољства животом у кохорти старих. Ментални и емоционални статус старих особа, као и њихов ангажман у физичким активностима су важни колико и физичка функционална способност за процену задовољства животом и успешно старење. Ове области репрезентују кључне циљеве за интервенцију.</p>	<p>Задовољство животом је субјективна експресија благостања успешног старења. Субјективно благостање је главна детерминанта здравствених исхода код старих људи.</p>

## Прилог 2

### Упитник

**УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ**  
**ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА У КРАГУЈЕВЦУ**  
**Истраживање**  
**„СОЦИЈАЛНА ПОДРШКА КАО ФАКТОР ЗДРАВЉА**  
**И КВАЛИТЕТА ЖИВОТА СТАРИХ СА ХИПЕРТЕНЗИЈОМ“**  
**АНКЕТА**

#### Демографске и социјално-економске карактеристике испитаника

1. Пол:            1. Мушки      2. Женски
  
2. Старост (година рођења): \_\_\_\_\_
  
3. **Образовање:**  
1. Без школе и/или непотпуна основна школа      2. Основна школа  
3. Средња школа    4. Виша и/или висока школа
  
4. **Тренутни радни статус:**  
1. Запослен у предузећу/установи                      2. Земљорадник  
3. Радим код куће (домаћица)                        4. Незапослен  
5. Пензионер
  
5. **Занимање до пензионисања:**  
1. Био запослен у предузећу/установи              2. Био земљорадник  
3. Радила код куће (домаћица)                      4. Никада није био запослен/запослена  
5. Друго, навести шта: \_\_\_\_\_
  
6. **Колико дуго је у пензији:**  
1. Мање од једне године                                2. Једна до три године  
3. Три до пет година                                      4. Шест до десет година  
5. Једанаест и више година
  
7. **Извор прихода (сви могући одговори):**  
1. Без сопствених прихода                              2. Породична пензија  
3. Сопствена пензија                                    4. Приходи од ренте, пољопривреде и сл  
5. Социјална помоћ, туђа нега и сл
  
8. **Колике месечне приходе имате, из свих наведених извора:**  
1. До 10.000 динара                                      2. Од 10.000 до 19.999 динара  
3. Од 20.000 до 29.999 динара                      4. Од 30.000 до 39.999 динара  
5. 40.000 динара и више
  
9. **Колики део прихода трошите на исхрану:**  
1. мање од 30%    2. од 30% до 50%  
3. од 51% до 70%                                        4. више од 70%

**10. Тип насеља у коме живите:**

1. Град                                      2. Приградско насеље                                      3. Село

**11. Објекат у коме живите:**

1. Кућа са двориштем                                      2. Помоћна зграда у дворишту  
3. Стан                                      4. Старачки дом  
5. Друго (навести где): \_\_\_\_\_

**12. Површина простора у коме станујете (у m<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_**

**13. Простор у коме станујете има одвојен део за спавање, дневни боравак и обедовање, тоалет:**

1. Да                                      2. Не

**14. Простор у коме станујете има прикључак на електромрежу:**

1. Да                                      2. Не

**15. Простор у коме станујете има прикључак на водовод и канализацију:**

1. Да                                      2. Не

**16. За загревање простора у коме станујете користи се:**

1. Парно грејање (централно/етажно)                                      2. Пећи на струју  
3. Пећи на течном гориву                                      4. Пећи на чврсто гориво  
5. Не загрева се

**17. Да ли поседујете или имате приступ радио апарату?**

1. Да, и користим га                                      2. Да, али га не користим                                      3. Не

**18. Да ли поседујете или имате приступ телевизору?**

1. Да, и користим га                                      2. Да, али га не користим                                      3. Не

**19. Да ли поседујете или имате приступ телефону?**

1. Да, и користим га                                      2. Да, али га не користим                                      3. Не

**20. Да ли поседујете или имате приступ интернету?**

1. Да, и користим га                                      2. Да, али га не користим                                      3. Не

**21. Брачно стање:**

1. Нежењен/неудата                                      2. Ожењен/удата, у ванбрачној заједници  
3. Разведен/разведена                                      4. Удовац/удовица

**22. Број деце, рођене и/или усвојене:**

1. Нема деце, никад их није имао/имала                                      2. Имао, сада нема  
3. Има једно                                      4. Има двоје  
5. Има троје или више деце



**23. Са ким живите у породичном домаћинству:**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Сам/сама                                | 2. Са брачним/ванбрачним партнером                  |
| 3. Са брачним/ванбрачним партнером и децом | 4. Са брачним/ванбрачним партнером, децом и унуцима |
| 5. Са децом                                | 6. Са децом и унуцима                               |
| 7. Са рођацима/старатељима                 | 8. У старачком дому                                 |

**24. Број чланова домаћинства: \_\_\_\_\_**

**25. Односи са члановима породичног домаћинства:**

- |                           |           |
|---------------------------|-----------|
| 1. Одлични                | 2. Добри  |
| 3. Лоши                   | 4. Ужасни |
| 5. Није применљиво питање |           |

**26. Колико има блиских рођака и/или пријатеља са којима комуницирате или се посећујете на недељном нивоу? \_\_\_\_\_**

**27. Са колико особа – комшија, познаника, бивших колега с посла (искључују се чланови породичног домаћинства, рођаци и блиски пријатељи обухваћени претходним питањем) комуницирате недељно бар једном, било да се чујете телефоном или се посећујете? \_\_\_\_\_**

**28. Да ли сте религиозни: 1. Да 2. Не**

**29. Да ли идете у цркву:**

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 1. Да, редовно                  | 2. Да, ретко, али бих волео/волела да могу ићи чешће |
| 3. Не, а волео/волела би да иде | 4. Не, нисам ишао/ишла ни раније                     |

**30. Да ли сте члан неке организације, клуба, друштва, удружења:**

1. Да, и активно учествујем у раду
2. Да, али нисам активан/активна у раду, иако бих то волео/волела
3. Не, био/била је раније члан, али никада посебно активан/активна
4. Не, нити ме то занима

**31. Да ли се институције у локалној заједници довољно брину о здрављу и квалитету живота старих људи?**

- |  |          |
|--|----------|
| 1. Да, континуирано брину, човек може да се ослони на њих                |          |
| 2. Да, повремено, али човек не може да се ослони да ће увек добити помоћ | потребну |
| 3. Не  |          |
| 4. Н знам, немам став  |          |

**32. Садржај слободног времена:**

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 1. Радим у пољу (на њиви)        | 2. Радим у кући или око куће (на плацу) |
| 3. Брине о деци                  | 4. Дружи се с пријатељима               |
| 5. Бави се хобијем               | 6. Брине о кућном љубимцу               |
| 7. Читам штампу, књиге, гледа ТВ | 8. Не ради ништа                        |
| 9. Нема слободно време           | 0. Друго, навести шта                   |

33. Да ли је осећај усамљености (у односу на раније – пре 65. год живота) код Вас?

1. Израженији  
2. Исти као и пре (без промена)  
3. Мање изражен  
4. Не знам

34. Оптимизам – Да ли оптимистички видите своју будућност?

1. Да  
2. Делимично  
3. Не  
4. Не знам

35. Да ли примећујете промене у својој нарави (у односу на раније – пре 65. године)?

1. Да  
2. Не  
3. Не знам

36. Ако је на претходно питање одговор „ДА“, каква је промена?

1. Брже реагујем (брже планем)  
2. Уопште не реагујем  
3. Спорије реагујем  
4. Не знам

## СКАЛА СТРЕСА

Да ли је у протеклих годину дана у вашем животу било догађаја попут наведених:

	Животни догађај	Јединица		Животни догађај	Јединица
1.	Смрт супружника	100	21.	Сепарација детета	29
2.	Развод	73	22.	Проблеми са законом	29
3.	Ратно раздвајање	65	23.	Истакнуто лично достигнуће	28
4.	Хапшење/затварање	63	24.	Супружник добија/губи посао	26
5.	Смрт блиског члана породице	63	25.	Почетак/завршетак школовања	26
6.	Лична болест или повреда	53	26.	Промене животних услова	25
7.	Женидба/удаја	50	27.	Промене личних навика	24
8.	Отпуштање с посла	47	28.	Проблем са шефом	23
9.	Пензионисање	45	29.	Промене услова рада	20
10.	Крај рата	45	30.	Промене услова становања	20
11.	Промене здравља чл. породице	44	31.	Промене у школи	20
12.	Трудноћа	40	32.	Промене у начину забаве	19
13.	Сексуалне тешкоће	39	33.	Промене у цркв. активностима	19
14.	Принова у породици	39	34.	Промене у соц. активностима	18
15.	Преуређење посла	39	35.	Мања хипотека или зајам	17
16.	Промена финансијског стања	38	36.	Промене броја чл. породице	15
17.	Нове свађе са супружником	35	37.	Промене у исхрани	15
18.	Велика хипотека	32	38.	Одмор	13
19.	Скидање хипотеке, враћање дуга	30	39.	Празник Божић	12
20.	Промене одговорности на послу	29	40.	Мање повреде закона	11

37. На основу претходне табеле наведи број стресних догађаја: \_\_\_\_\_

38. На основу претходне табеле наведи укупан скор на скали стреса: \_\_\_\_\_

## СКАЛА СОЦИЈАЛНЕ ПОДРШКЕ (BSSS)

	Не слажем се	Донекле се не слажем	Донекле се слажем	Сасвим се слажем
<b>39. Перцепција доступне подршке (Питања за примаоца подршке)</b>				
(Емоционална)				
1. Постоје неки људи који ме истински воле.	+1	+2	+3	+4
2. Кад год се не осећам добро, људи ми говоре да ме воле.	+1	+2	+3	+4
3. Кад год сам тужан/а, постоје људи који ме орасположе.	+1	+2	+3	+4
4. Увек је неко ту када ми је потребна утеха.	+1	+2	+3	+4
(Инструментална)				
5. Знам људе на које се увек могу ослонити.	+1	+2	+3	+4
6. Када сам забринут/а, постоји неко ко ми помаже.	+1	+2	+3	+4
7. Постоје људи који нуде помоћ кад ми затреба.	+1	+2	+3	+4
8. Када ствари почну да измичу контроли, ту су други да ми помогну.	+1	+2	+3	+4
<b>40. Потреба за подршком (Питања за примаоца подршке)</b>				
1. Када потонем, треба ми неко ко ме диже са дна.	+1	+2	+3	+4
2. Важно је да увек имам некога ко може да ме саслуша.	+1	+2	+3	+4
3. Пре доношења било какве важне одлуке, апсолутно ми треба друго мишљење.	+1	+2	+3	+4
4. Ја функционишем најбоље без икакве помоћи са стране. (-)	-1	-2	-3	-4
<b>41. Тражење подршке (Питања за примаоца подршке)</b>				
1. У критичним ситуацијама, волим да питам друге за савет.	+1	+2	+3	+4
2. Кад год сам на дну, тражим некога да ме орасположи.	+1	+2	+3	+4
3. Када сам забринут/а потребно ми је да имам неког с ким могу да разговарам.	+1	+2	+3	+4
4. Ако не знам како да се понашам у датој ситуацији, питам друге шта би они урадили.	+1	+2	+3	+4
5. Кад год ми треба помоћ, тражим је.	+1	+2	+3	+4
<b>42. Управо добијена подршка (Питања за примаоца подршке)</b>				
Размислите о особи која вам је најближа, као што су ваш супружник, партнер, дете, пријатељ и тако даље. Како је ова особа реаговала на вас у току прошле недеље?				
1. Показала је да ме воли и прихвата. (Емоционална подршка)	+1	+2	+3	+4
2. Била је ту када ми треба. (Инструментална подршка)	+1	+2	+3	+4
3. Утешила ме када сам се осећао/ла лоше. (Емоционална подршка)	+1	+2	+3	+4
4. Оставила ме самог/саму. (-) (Емоционална подршка)	-1	-2	-3	-4
5. Није показала много емпатије за моју ситуацију. (-) (Емоционална подршка)	-1	-2	-3	-4
6. Жалила се на мене. (-) (Емоционална подршка)	-1	-2	-3	-4
7. Води рачуна о многим стварима у вези мене. (Инструментална подршка)	+1	+2	+3	+4
8. Чини да се осећам вредно и важно. (Емоционална подршка)	+1	+2	+3	+4
9. Изразила је забринутост због мог стања. (Емоционална подршка)	+1	+2	+3	+4
10. Уверила ме да могу да се ослони, у потпуности на њу. (Емоционална подршка)	+1	+2	+3	+4
11. Помогла ми је да нађем нешто позитивно у мојој ситуацији. (Информативна подршка)	+1	+2	+3	+4
12. Предложила је различите активности да би ме одвратила пажњу. (Информативна подршка)	+1	+2	+3	+4
13. Охрабрила ме да не одустајем. (Емоционална подршка)	+1	+2	+3	+4
14. Бринула је о стварима којима нисам могао/ла да управљам сам/а. (Инструментална подршка)	+1	+2	+3	+4
15. Генерално, веома сам задовољан начином на који та особа понашала. (Задовољство подршком)	+1	+2	+3	+4
<b>43. Обезбеђена подршка (Питања за даваоца подршке)</b>				
Сада мислите о пацијенту. Какве сте интеракције имали с њим током протекле недеље?				
1. Показао/ла сам колико га негујем и прихватам. (Емоционална подршка)	+1	+2	+3	+4
2. Био/ла са тамо када сам му био/ла потребан/на. (Инструментална подршка)	+1	+2	+3	+4
3. Тешио/ла сам га када се осећао лоше. (Емоционална подршка)	+1	+2	+3	+4
4. Оставио/ла сам га самог. (Емоционална подршка)	-1	-2	-3	-4
5. Нисам имао/ла много емпатије за њега. (-) (Емоционална подршка)	-1	-2	-3	-4
6. Критиковао/ла сам га. (-) (Емоционална подршка)	-1	-2	-3	-4
7. Урадио/ла сам доста за њега. (Инструментална подршка)	+1	+2	+3	+4
8. Учинио/ла сам да се осећа вредним и уваженим. (Емоционална подршка)	+1	+2	+3	+4
9. Изразио/ла забринутост због његовог стања. (Емоционална подршка)	+1	+2	+3	+4
10. Уверио/ла сам га да може у потпуности да се ослони на мене. (Емоционална подршка)	+1	+2	+3	+4
11. Помогло/ла сам му пронађу нешто позитивно у његовој ситуацији. (Информативна подршка)	+1	+2	+3	+4

Предложио сам неку активност која би га удаљила од проблема. (Информативна подршка)	+1	+2	+3	+4
13. Подстакао/ла сам га да не одустаје. (Емоционална подршка)	+1	+2	+3	+4
14. Водио/ла сам рачуна о дневним обавезама које не може да уради сам. (Инструментална подршка)	+1	+2	+3	+4
<b>44. Скала заштитног пуферовања - (Питања за примаоца и даваоца подршке)</b>				
1. Сакрио/ла сам све лоше вести од њега.	+1	+2	+3	+4
2. Избегавео/ла сам све што може да га узнемири.	+1	+2	+3	+4
3. Показао/ла сам снагу у његовом присуству.	+1	+2	+3	+4
4. Нисам дао/ла да види колико се заиста осећам лоше и депресивно.	+1	+2	+3	+4
5. Избегавео/ла сам било какву критику.	+1	+2	+3	+4
6. Правио/ла сам се веома јаким/ом, мада се тако нисам осећао.	+1	+2	+3	+4
<b>45. Укупна социјална подршка</b>				

## ЗДРАВСТВЕНЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ИСПИТАНИКА

### Ставови о здрављу, навике, начин живота

#### 46. Човек је сам одговоран за своје здравље:

1. Слажем се  
2. Делимично се слажем  
3. Не слажем се  
4. Немам став

#### 47. Ако човек води рачуна о здрављу, може га сачувати:

1. Слажем се  
2. Делимично се слажем  
3. Не слажем се  
4. Немам став

#### 48. Испијање кафе: 1. Да, сама/сам      2. Да, у друштву      3. Не

#### 49. Пушење: 1. Да, актуелно      2. Да, раније, сада не      3. Не, никада

#### 50. Алкохол: 1. Да, актуелно, неумерено      2. Да, актуелно, умерено 3. Да, раније, сада не      4. Не, никада

#### 51. Физичка активност:

1. никаква      2. умерена, примерена годинама      3. прекомерна за моје године

#### 52. Да ли је Ваша физичка активност мања, у односу на ранији период (пре 65 . године)?

1. Да      2. Не      3. Не знам

#### 53. Ако је одговор на претходно питање „Да“ у ком обиму је мања?

1. Веома смањена      2. Средње смањена      3. Незнатно смањена

#### 54. Прекомерна исхрана: 1. да, једем више него што треба      2. Не

#### 55. Досољавање хране:

1. Да, досољавам увек      2. да, досољавам понекад      3. Не досољавам

## Фактори ризика, болести од којих болује

### 56. Повишен крвни притисак:

1. Лечим, ажурно      2. Лечим, неажурно      3. Не лечим

### 57. Повишен холестерол:

1. Да, али не лечим      2. Да, али лечим      3. Не      4. Не знам

### 58. Повишени триглицериди:

1. Да, али не лечим      2. Да, али лечим      3. Не      4. Не знам

### 59. Повишен шећер у крви:

1. Да, али не лечим      2. Да, али лечим      3. Не      4. Не знам

### 60. Гојазност:

1. Да, али не лечим      2. Да, али лечим      3. Не      4. Не знам

### 61. Болести од којих болујете (на цртици испред назива болести упишите број испред тврдње која одражава ваш однос према болести: 1. Да, али се не лечим; 2. Да, се лечим неажурно; 3. Да, лечим се ажурно; 4. Не )

- Болести срца
- Болести срца и крвних судова
- Шећерна болест
- Болест жучне кесе
- Опструктивна болест плућа (астма, емфизем)
- Болести бубрега и мокраћних путева
- Малигне болести
- Депресија
- Други психички поремећаји
- Болести простате

### 62. Претходне болести (на цртици испред назива болести упишите број испред тврдње која одражава ваш однос према болести: 1. Да и редовно се контролишем; 2. Да и контролишем се нередовно; 3. Да и не контролишем се; 4. Не)

- Инфаркт срца
- Шлог
- Цереброваскуларне кризе
- Малигна болест
- Болести простате
- нека друга \_\_\_\_\_

### 63. Да ли можете да користите услуге здравствене службе увек када Вам је то потребно:

1. Могу
2. Не могу увек, постоје ограничења везана за здравствену службу (редови, заказивање, нема лекова ...)
3. Не могу увек, постоје ограничења везана за породицу (недостатак могућности за превоз, недостатак новца и/или времена)
4. Не може уопште

**64. Колико пута сте били код лекара специјалисте у последњих годину дана:**

1. Није било потребе    2. Једанпут до двапут    3. Три или више пута

**Здравствени статус: EQ-5D-5L (65, 66, 67, 68, 69,) EQ VAS (70). Испитаник треба да означи стање које најбоље описује његов/њен здравствени статус данас.**

Испод сваког наслова, молимо Вас да обележите ЈЕДНУ коцкицу која најбоље описује Ваше здравствено стање ДАНАС

**65. ПОКРЕТЉИВОСТ**

- Немам проблема са кретањем
- Имам малих проблема са кретањем
- Имам умерене проблеме са кретањем
- Имам озбиљне проблеме са кретањем
- Не могу да се крећем

**66. БРИГА О СЕБИ**

- Немам проблема да се сам/сама оперем или обучем
- Имам малих проблема да се сам/сама оперем или обучем
- Имам умерене проблеме да се сам/сама оперем или обучем
- Имам озбиљних проблема да се сам/сама оперем или обучем
- Нисам у стању да се сам/сама оперем или обучем

**67. УОБИЧАЈЕНЕ АКТИВНОСТИ** (*нпр. посао, учење, кућни послови, породичне или слободне активности*)

- Немам проблема са обављањем својих уобичајених активности
- Имам малих проблема у обављању својих уобичајених активност
- Имам умерене проблеме у обављању уобичајених активности
- Имам озбиљних проблема у обављању уобичајених активности
- Нисам у стању да обављам своје уобичајене активности

**68. БОЛ/НЕЛАГОДНОСТ**

- Не осећам бол или нелагодност
- Осећам мало бола или нелагодности
- Осећам умерен бол или нелагодност
- Осећам јак бол или нелагодност
- Осећам крајњи бол или нелагодност

**69. БРИГА/ПОТИШТЕНОСТ**

- Нисам брижан(а) или потиштен(а)
- Мало сам брижан(а) или потиштен(а)
- Умерено сам брижан(а) или потиштен(а)
- Јако сам брижан(а) или потиштен(а)
- Крајње сам брижан(а) или потиштен(а)

70.

• Желели бисмо да знамо колико је добро или лоше Ваше здравствено стање ДАНАС.

• Скала је обележена од 0 до 100.

• 100 значи најбоље здравствено стање које можете замислити.

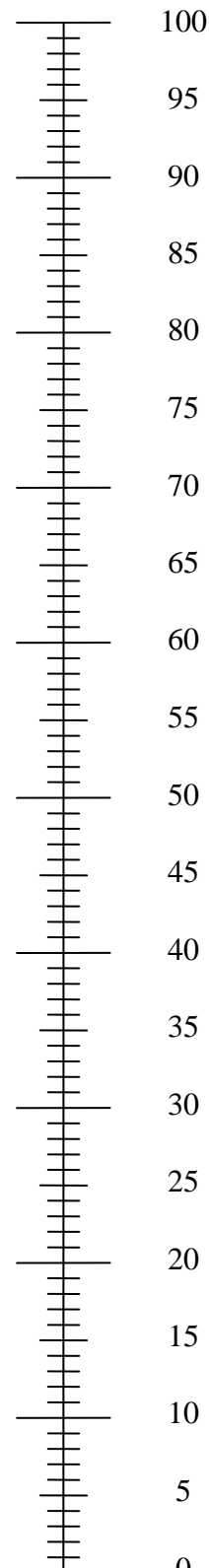
0 значи најгоре здравствено стање које можете замислити.

• Означите са X место на скали да покажете какво је Ваше здравствено стање ДАНАС.

• Сада, молим Вас напишите број који сте означили на скали у коцкицу доле.

ВАШЕ ЗДРАВСТВЕНО СТАЊЕ ДАНАС =

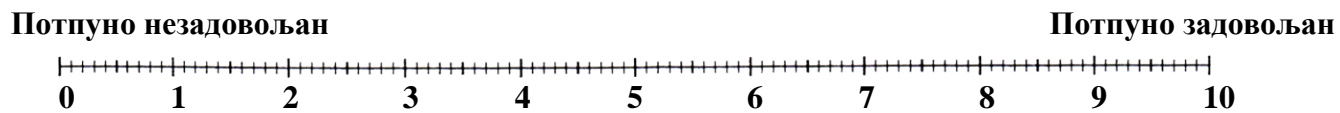
Најбоље здравствено стање  
које можете замислити



Најгоре здравствено  
стање које можете замислити

**Задовољство животом (SWB)**

71. Испитаник треба да означи на скали колико је задовољан/задовољна властитим животом у целини:





### Прилог бр. 3 Дозвола EuroQol Group за коришћење EQ-5D-5L

Dear Ms/Mr. Mile Despotovic,

Thank you for registering your research at the EuroQol Group Foundation's website.

As the study you registered involves low patient numbers (253) you may use the EQ-5D-5L instrument (Paper version) free of charge. Please note that separate permission is required if any of the following is applicable:

- Funded by a pharmaceutical company, medical device manufacturer or other profit-making stakeholder;
- Number of respondents over 5000
- Routine Outcome Measurement;
- Developing or maintaining a Registry;
- Digital representations (e.g. PDA, Tablet or Web)

Please find attached the Serbian (Serbia) EQ-5D-5L version (word format). A brief user guide is downloadable from the EuroQol website ([www.euroqol.org](http://www.euroqol.org)).

Please note that currently we do not have value sets associated with the EQ-5D-5L system. Valuation studies to elicit values for the EQ-5D-5L are just beginning in a number of countries. In the meantime, the EuroQol Group has developed a “crosswalk” between the EQ-5D-3L value sets and the new EQ-5D-5L descriptive system, resulting in interim value sets for the new EQ-5D-5L descriptive system. Please find all information about the crosswalk from EQ-5D-5L data to the EQ-5D-3L value sets online at the EuroQol website (<http://www.euroqol.org/about-eq-5d/valuation-of-eq-5d/eq-5d-5l-value-sets.html>).

Kind regards,

Mandy van Reenen

Communications Officer

T: +31 88 4400190

E: [vanreenen@euroqol.org](mailto:vanreenen@euroqol.org)

W: [www.euroqol.org](http://www.euroqol.org)

## Прилог 4. Табеларни приказ трансформације примарних података

### Личне карактеристике испитаника

#### Демографске карактеристике испитаника

Од демографских карактеристика испитаника у овом раду праћени су пол и старост. Категорије одговора добијене као примарни податак из упитника, као и категорије трансформисане у току обраде приказане су у табели.

**Табела Демографске карактеристике**

Обележје	Примарни податак*		Обрада**	
	Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
Пол	Мушки	1	Мушки	1
	Женски	2	Женски	2
Старост (година рођења)	65-69 година	1	65-69 година	1
	70-74 година	2	70-74 година	2
	75-79 година	3	75-79 година	3
	80-84 године	4	80-84 године	4
	85 и више година	5	85 и више година	5

\* Податак добијен анкетом, „сиров“ податак \*\*Податак добијен трансформацијом примарно добијених података

#### Социјално-економске карактеристике испитаника

Социјално-економске карактеристике испитаника које су праћене у овом истраживању су: образовање, занимање до пензионисања, дужина пензијског стажа, извор прихода, висина прихода из свих извора. Категорије одговора добијене као примарни податак из упитника, као и категорије трансформисане у току обраде приказане су у табели.

**Табела Социјално-економске карактеристике испитаника**

Обележје	Примарни податак		Обрада	
	Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
Образовање	Без школе и/или непотпуна ОШ	1	Без школе и/или непотпуна	1
	Основна школа	2	Основна школа	2
	Средња школа	3	Средња школа	3
	Виша и/или висока школа	4	Виша и/или висока школа	4
Тренутни радни статус	Запослен у предузећу/установи	1	Запослен у предузећу/установи	1
	Земљорадник	2	Земљорадник	2
	Ради код куће(домаћица)	3	Ради код куће(домаћица)	3
	Незапослен	4	Незапослен	4
	Пензионер	5	Пензионер	5
Занимање до пензионисања	Био запослен у предузећу/установи	1	Био запослен у предузећу/установи	1
	Био земљорадник	2	Био земљорадник	2
	Радила код куће (домаћица)	3	Радила код куће (домаћица)	3
	Никад није био/ла запослен/на	4	Никад није био/ла запослен/на	4
	Друго	5	Друго	5
Колико дуго је у пензији	Мање од једне године	1	Мање од једне године	1
	Једна до три године	2	Једна до три године	2
	Три до пет година	3	Три до пет година	3
	Шест до десет година	4	Шест до десет година	4
	Једанаест и више година	5	Једанаест и више година	5
Извор прихода	Без сопствених прихода	1	Без сопствених прихода	1
	Породична пензија	2	Породична пензија	2
	Сопствена пензија	3	Сопствена пензија	3
	Приходи од ренте	4	Приходи од ренте	4
	Социјална помоћ	5	Социјална помоћ	5
Колике месечне приходе има	До 10.000 дин	1	До 10.000 дин	1
	Од 10.000 до 19.999	2	Од 10.000 до 19.999	2
	Од 20.000 до 29.999	3	Од 20.000 до 29.999	3
	Од 30.000 до 39.999	4	Од 30.000 до 39.999	4
	40.000 дин и више	5	40.000 дин и више	5
Колики део прихода троши на исхрану	Мање од 30%	1	Мање од 30%	1
	Од 30% до 50%	2	Од 30% до 50%	2
	Од 51% до 70%	3	Од 51% до 70%	3
	Више од 70%	4	Више од 70%	4

## Начин живота

Од обележја начина живота праћене су присуство религијских уверења код испитаника, упражњавање религијских ритуала (одласци у Цркву), чланство у организацији, удружењу или клубу, садржај слободног времена, комуникација с рођацима и (ближим и даљим) пријатељима на недељном нивоу. Категорије одговора добијене као примарни податак из упитника, као и категорије трансформисане у току обраде приказане су у табели.

**Табела Карактеристике начина живота испитаника**

Обележје	Примарни податак		Обрада	
	Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
Да ли је религиозан	Да Не	1 2	Да Не	1 2
Да ли иде у цркву	Да, редовно Да, ретко, али бих волео/ла да могу ићи чешће Не, а волео/ла би да иде Не, нисам исао/ла ни раније	1 2 3 4	Да, редовно Да, ретко, али бих волео/ла да могу ићи чешће Не, а волео/ла би да иде Не, нисам исао/ла ни раније	1 2 3 4
Да ли је члан неке организације, клуба, друштва, удружења	Да, и активно учествује Да, али није активан/на у раду, иако би то волео/ла Не, био/ла раније члан, али никада много активан/на Не, нити ме то занима	1 2 3 4	Да, и активно учествује Да, али није активан/на у раду, иако би то волео/ла Не, био/ла раније члан, али никада много активан/на Не, нити ме то занима	1 2 3 4
Садржај слободног времена	Ради у пољу (на њиви) или око куће (на плацу) Ради у кући Брине о деци Дружи се с пријатељима Бави се хобијем Брине о кућном љубимцу Чита штампу, гледа ТВ Не ради ништа Нема слободно време Друго, навести шта	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Активно Активно Активно Активно Активно Активно Пасивно Пасивно Пасивно Пасивно	1 1 1 1 1 1 2 2 2 2
Број блиских рођака и/или пријатеља са којима комуницира или се посећује на недељном нивоу	Број пријатеља/рођака	Број	1 2 3-4 5 6 и више	1 2 3 4 5
Број комшија, познаника, бивших колега са посла (без чланова домаћинства, рођака и блиских пријатеља) са којима комуницира недељно бар једном телефоном или се посећује	Број пријатеља/рођака	Број	1 2 3-4 5 6 и више	1 2 3 4 5

## Здравствене карактеристике

Здравствене карактеристике праћене су кроз ставове према здрављу, стилу живота (факторима ризика из понашања), здравственим (медицинским или биолошким) ризицима, стресу које испитаник има, болестима које су дијагностиковане, односу према здравственој заштити.

### Ставови према здрављу

Ставови према здрављу анализирани су према процени одговорности човека за здравље и могућности утицаја на сопствено здравље. Категорије одговора добијене као примарни податак из упитника, као и категорије трансформисане у току обраде приказане су у табели.

**Табела Ставови испитаника према здрављу**

Обележје	Примарни податак		Обрада	
	Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
Човек је сам одговоран за своје здравље	Слаже се	1	Слаже се	1
	Делимично се слаже	2	Делимично се слаже	2
	Не слаже се	3	Не слаже се	3
	Нема став	4	Нема став	4
Ако човек води рачуна о здрављу, може га сачувати	Слаже се	1	Слаже се	1
	Делимично се слаже	2	Делимично се слаже	2
	Не слаже се	3	Не слаже се	3
	Нема став	4	Нема став	4

**Стил живота - ризици из понашања**

Ризици из понашања анализирани су према бихевиоралним карактеристикама (навикама пушења, испијања кафе, конзумирања алкохола, навикама у физичкој активности, прекомерној исхрани и досољавању хране).

Категорије одговора добијене као примарни податак из упитника, као и категорије трансформисане у току обраде приказане су у табели

**Табела Стил живота испитаника (ризиви из понашања)**

Обележје	Примарни податак		Обрада	
	Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
Пушење	Да, актуелно	1	Да, актуелно	1
	Да, раније, сада не	2	Да, раније, сада не	2
	Не, никада	3	Не, никада	3
Испијање кафе	Да, сама/сам	1	Да, сама/сам	1
	Да, у друштву	2	Да, у друштву	2
	Не	3	Не	3
Алкохол	Да, актуелно, неумерено	1	Да, актуелно, неумерено	1
	Да, актуелно, умерено	2	Да, актуелно, умерено	2
	Да, раније, сада не	3	Да, раније, сада не	3
	Не, никада	4	Не, никада	4
Физичка активност	Никаква	1	Никаква	1
	Умерена, примерена годинама	2	Умерена, примерена годинама	2
	Прекомерна за његове године	3	Прекомерна за његове године	3
Прекомерна исхрана	Да, једе више него што треба	1	Да, једе више него што треба	1
	Не	2	Не	2
Досољавање хране	Да, досољава увек	1	Да, досољава увек	1
	Да, досољава понекад	2	Да, досољава понекад	2
	Не досољава	3	Не досољава	3

**Здравствени (медицински или биолошки) ризици**

Здравствени ризици (који се у доступној литератури апострофирају и као „биолошки ризици“) анализирани су према дијагностикованом повишеном крвном притиску, повишеном нивоу холестерола у крви, повишеном нивоу триглицерида у крви, повишеном нивоу шећера у крви и према гојазности. Категорије одговора добијене као примарни податак из упитника, као и категорије трансформисане у току обраде приказане су у табели.

**Табела Дијагностиковани биолошки ризици испитаника**

Обележје	Примарни податак		Обрада	
	Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
Повишен крвни притисак	Да, али не лечим	1	Да, али не лечим	1
	Да, али лечим	2	Да, али лечим	2
	Не	3	Не	3
	Не знам	4	Не знам	4
Холестерол	Да, али не лечим	1	Да, али не лечим	1
	Да, али лечим	2	Да, али лечим	2
	Не	3	Не	3
	Не знам	4	Не знам	4
Триглицериди	Да, али не лечим	1	Да, али не лечим	1
	Да, али лечим	2	Да, али лечим	2
	Не	3	Не	3
	Не знам	4	Не знам	4
Повишен шећер у крви	Да, али не лечим	1	Да, али не лечим	1
	Да, али лечим	2	Да, али лечим	2
	Не	3	Не	3
	Не знам	4	Не знам	4
Гојазност	Да, али не лечим	1	Да, али не лечим	1
	Да, али лечим	2	Да, али лечим	2
	Не	3	Не	3
	Не знам	4	Не знам	4

## Стрес

Присуство стреса анализира се кроз постојање стресних догађаја. У ове сврхе коришћена је скала стреса *Holms i Rahe*, са 40 догађаја чији је стресни ефекат на старе доказан. Стрес је у овом истраживању анализиран кроз неколико обележја; то су: врста стресних догађаја, број стресних догађаја и укупна сума стреса (скор стресног ефекта свих стресних догађаја). Категорије одговора добијене као примарни податак из упитника, као и категорије трансформисане у току обраде приказане су у табели.

**Табела Доживљен стрес у последњих годину дана живота испитаника**

Обележје	Примарни податак		Обрада	
	Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
Појединачни стресни догађај*	Има/нема	1/0	Има/нема	1/0
Укупан број стресних догађаја	Има/нема	Број/0	Има/нема	Број/0
Укупан скор на скали стреса	0-1378	Број	0-69	1
			70-139	2
			140 и више	3

\* Стресни догађај (скор стреса): Смрт супружника (100), Развод (73), Ратно раздвајање (65), Хапшење или затварање (63), Смрт блиског чл.породице (63), Лична болест или повреда (53), Женидба/удаја (50), Отпуштање с посла (47), Пензионисање (45), Крај рата (45), Промене здравља члана породице (44), Трудноћа (40), Сексуалне тешкоће (39), Принова у породици (39), Преуређење посла (39), Промена финансијског стања (38), Нове свађе са супружником (35), Велика хипотека (32), Скидање хипотеке, враћање дуга (30), Промена одговорности на послу (29), Сепарација детета (29), Проблеми са законом (29), Истакнуто лично достигнуће (28), Супружник добија/губи посао (26), Почетак или завршетак школовања (26), Промене животних услова (25), Промене личних навика (24), Проблем са шефом (23), Промене услова рада (20), Промене услова становања (20), Промене у школи (20), Промене у начину забаве (19), Промене у црквеним активностима (19), Промене у социјалним активностима (18), Мања хипотека или зајам (17), Промене броја чл.породице (15), Промене у исхрани (15), Одмор (13), Божић (12), Мање повреде закона (11)

## Здравствено стање

За самопроцену здравља коришћено је стандардизовани инструмент EQ-5D-5L; он се састоји од 5 питања која тестирају покретљивост (мобилност), способност бриге о себи, могућност вршења уобичајених дневних активности, постојање болова (неудогности) и депресивности (анксиозности). Свако питање оцењивано је на петостепеној скали од 1 (најбоље могуће стање) до 5 (најгоре могуће стање). Обележја здравствено стања која конструишу инструмент за мерење здравља (квалитета живота) EQ-5D-5L, категорије одговора и начин шифрирања пре и после обраде приказани су у табели.

**Табела Обележја здравствено стања**

Обележје	Примарни податак		Обрада	
	Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
Покретљивост	Нема проблем при ходању	1	Има мале проблем при ходању	1
	Има мале проблем при ходању	2	Исто	1
	Има средње проблеме при ходању	3	Има средње проблеме при ходању	2
	Има тешке проблеме при ходању	4	Има тешке проблеме при ходању	3
	Не може да се креће	5	Исто	3
Брига о себи	Нема проблеме при умивању и облачењу	1	Има мале проблеме при умивању и облачењу	1
	Има мале проблеме при умивању и облачењу	2	Исто	1
	Има средње проблеме при умивању или облачењу	3	Има средње проблеме при умивању или облачењу	2
	Има велике проблеме при умивању или облачењу	4	Има велике проблеме при умивању или облачењу	3
	Не може да се сам/ма умије или обуче	5	Исто	3
Уобичајене активности (рад, учење, рад у домаћинству, породичне или слободне активности)	Нема проблема при вршењу уобичајених активности	1	Има мале проблеме при вршењу уобичајених активности	1
	Има мале проблеме при вршењу уобичајених активности	2	Исто	1
	Има средње проблеме при вршењу уобичајених активности	3	Има средње проблеме при вршењу уобичајених активности	2
	Има велике проблеме при вршењу уобичајених активности	4	Има велике проблеме при вршењу уобичајених активности	3
	Не може уопште да обавља уобичајене активности	5	Исто	3
Бол / Неудгодност	Нема ни болове ни неудобности	1	Има лаке болове и неудобности	1
	Има лаке болове и неудобности	2	Исто	1
	Има средње болове и неудобности	3	Има средње болове и неудобности	2
	Има велике болове и неудобности	4	Има велике болове и неудобности	3
	Има изузетно велике болове и неудобности	5	Исто	3
Анксиозност / Депресивност	Није уопште анксиозан/на или депресиван/на	1	Лагано је анксиозан/на или депресиван/на	1
	Лагано је анксиозан/на или депресиван/на	2	Исто	1
	Средње је анксиозан/на или депресиван/на	3	Средње је анксиозан/на или депресиван/на	2
	Веома је анксиозан/на или депресиван/на	4	Веома је анксиозан/на или депресиван/на	3
	Изузетно много је анксиозан/на или депресиван/на	5	Исто	3

Као индикатори позитивног здравља у овом истраживању користиће се промене у понашању које воде остварењу пуног здравственог потенцијала. То су промене у физичкој активности, као и различити параметри менталног здравља (присуство осећања усамљености и оптимизма, промене у нарави). Ова обележја приказана су у табели.

**Табела Други индикатори здравственог стања испитаника**

Обележје	Примарни податак		Обрада	
	Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
Промене у физичкој активности	Да	1	Да	1
	Не	2	Не	2
	Не знам	3	Не знам	3
Смањење физичке активности	Веома смањена	1	Веома смањена	1
	Средње смањена	2	Средње смањена	2
	Незнатно смањена	3	Незнатно смањена	3
Осећај усамљености	Израженији	1	Израженији	1
	Исти као пре	2	Исти као пре	2
	Мање изражен	3	Мање изражен	3
	Не знам	4	Не знам	4
Осећај оптимизма	Да	1	Да	1
	Делимично	2	Делимично	2
	Не	3	Не	3
	Не знам	4	Не знам	4
Промене у нарави	Да	1	Да	1
	Не	2	Не	2
Садржај промена	Брже реагујем	1	Брже реагујем	1
	Уопште не реагујем	2	Уопште не реагујем	2
	Спорије реагујем	3	Спорије реагујем	3
	Не знам	4	Не знам	4

## Болести које су дијагностиковане

Дијагностиковане болести анализирани су са аспекта могућности да наведе број и врсте болести од којих тренутно болује, укључујући и однос према њој (да ли се лечи или не), као и болести које је имао раније, заједно са односом према њој сада-

**Табела Болести од којих испитаници сада болују**

Обележје	Примарни податак		Обрада	
	Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
Болести срца	Да, али се не лечи	1	Да	1
	Да, али се лечи уредно	2	Да	1
	Да, лечи се уредно	3	Да	1
	Не	4	Не	2
Болести срца и крвних судова	Да, али се не лечи	1	Да	1
	Да, али се лечи уредно	2	Да	1
	Да, лечи се уредно	3	Да	1
	Не	4	Не	2
Шећерна болест	Да, али се не лечи	1	Да	1
	Да, али се лечи уредно	2	Да	1
	Да, лечи се уредно	3	Да	1
	Не	4	Не	2
Болест жучне кесе	Да, али се не лечи	1	Да	1
	Да, али се лечи уредно	2	Да	1
	Да, лечи се уредно	3	Да	1
	Не	4	Не	2
Опструктивна болест плућа (астма, емфизем)	Да, али се не лечи	1	Да	1
	Да, али се лечи уредно	2	Да	1
	Да, лечи се уредно	3	Да	1
	Не	4	Не	2
Болести бубрега и мокраћних канала	Да, али се не лечи	1	Да	1
	Да, али се лечи уредно	2	Да	1
	Да, лечи се уредно	3	Да	1
	Не	4	Не	2
Малигне болести	Да, али се не лечи	1	Да	1
	Да, али се лечи уредно	2	Да	1
	Да, лечи се уредно	3	Да	1
	Не	4	Не	2
Депресија	Да, али се не лечи	1	Да	1
	Да, али се лечи уредно	2	Да	1
	Да, лечи се уредно	3	Да	1
	Не	4	Не	2
Други психички поремећаји	Да, али се не лечи	1	Да	1
	Да, али се лечи уредно	2	Да	1
	Да, лечи се уредно	3	Да	1
	Не	4	Не	2
Болести простате	Да, али се не лечи	1	Да	1
	Да, али се лечи уредно	2	Да	1
	Да, лечи се ажурно	3	Да	1
	Не	4	Не	2

**Табела Болести од којих су испитаници боловали раније**

Обележје	Примарни податак		Обрада	
	Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
Инфаркт срца	Да, и редовно се контролише	1	Да	1
	Да, али се контролише нередовно	2	Да	1
	Да, ли се не контролише	3	Да	1
	Не	4	Не	2
Апоплексија(слог)	Да, и редовно се контролише	1	Да	1
	Да, али се контролише нередовно	2	Да	1
	Да, ли се не контролише	3	Да	1
	Не	4	Не	2
Цереброваскуларне кризе	Да, и редовно се контролише	1	Да	1
	Да, али се контролише нередовно	2	Да	1
	Да, ли се не контролише	3	Да	1
	Не	4	Не	2
Малигне болести	Да, и редовно се контролише	1	Да	1
	Да, али се контролише нередовно	2	Да	1
	Да, ли се не контролише	3	Да	1
	Не	4	Не	2
Болести простате	Да, и редовно се контролише	1	Да	1
	Да, али се контролише нередовно	2	Да	1
	Да, ли се не контролише	3	Да	1
	Не	4	Не	2
Нека друга	Да, и редовно се контролише	1	Да	1
	Да, али се контролише нередовно	2	Да	1
	Да, ли се не контролише	3	Да	1
	Не	4	Не	2

### Здравствена заштита

Однос према здравственој заштити анализиран је са становишта процене друштвене бриге о здрављу, процене доступности и приступачности здравствених услуга, као и са аспекта коришћења специјалистичке здравствене заштите. Категорије одговора добијене као примарни податак из упитника, као и категорије трансформисане у току обраде приказане су у табели-

**Табела Однос испитаника према здравственој заштити**

Обележје	Примарни податак		Обрада	
	Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
Перцепција бриге институција локалне заједнице о здрављу и квалитету живота старих	Да, континуирано брину, човек може да се ослони на њих	1	Да	1
	Да, повремено, али човек не може бити сигуран да ће увек добити потребну помоћ	2	Да	1
	Не	3	Не	2
	Не знам, немам став	4	Не	2
Да ли може да корисити услуге здравствене заштите увек кад му је то потребно	Може	1	Може	1
	Не може увек, постоје ограничења везана за здр. службу	2	Не може увек	2
	Не може увек, постоје ограничења везана за породицу	3	Не може увек	2
	Не може уопште	4	Не може уопште	3
Колико пута је био/ла код лекара специјалисте у последњих годину дана	Није било потребе	1	Није било потребе	1
	Једанпут до двапут	2	Једанпут до двапут	2
	Три или више пута	3	Три или више пута	3



## Породичне карактеристике

Породичне карактеристике су праћене на основу података о брачном стању, броју деце, члановима породичног домаћинства с којима испитаник живи, односима са децом и укућанима. Категорије одговора добијене као примарни податак из упитника, као и категорије трансформисане у току обраде приказане су у табели.

**Табела Породичне карактеристике испитаника**

Обележје	Примарни податак		Обрада	
	Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
Брачно стање	Неожењен/неудата	1	Неожењен/неудата	1
	Ожењен/удата, у ванбрачној заједници	2	Ожењен/удата, у ванбрачној заједници	2
	Разведен/разведена	3	Разведен/разведена	3
	Удовац/удовиц	4	Удовац/удовиц	4
Број деце, рођене и/или усвојене	Нема деце, никад их није имао/ла	1	Нема деце, никад их није имао/ла	1
	Имао, сада нема	2	Имао, сада нема	2
	Има једно	3	Има једно	3
	Има двоје	4	Има двоје	4
	Има троје и више	5	Има троје и више	5
Са ким живи у породичном домаћинству	Сам/сама	1	Сам/сама	1
	Са брачним/ванбрачним партнером	2	Са брачним, ванбрачним партнером	2
	Са брачним, ванбрачним партнером и децом	3	Са брачним, ванбрачним партнером и децом	3
	Са брачним, ванбрачним партнером, децом и унуцима	4	Са брачним, ванбрачним партнером, децом и унуцима	4
	Са децом	5	Са децом	5
	Са децом и унуцима	6	Са децом и унуцима	6
	Са рођацима/ старатељима	7	Са рођацима/ старатељима	7
	У старачком дому	8	У старачком дому	8
Број чланова домаћинства	Број чланова домаћинства	Број	1	1
			2	2
			3-4	3
			5 и више	4
Односи са члановима домаћинства	Одлични	1	Одлични	1
	Добри	2	Добри	2
	Лоши	3	Лоши	3
	Ужасни	4	Ужасни	4
	Није примењиво питање	5	Није примењиво питање	5

## Карактеристике места живљења

Истраживане су место живљења (тип насеља), као и услови становања, и то: објекат у коме живи, површина стамбеног простора, одвојен спаваћи део од дневног боравка и тоалета, прикључак на електромрежу, водовод и канализацију, начин на који се објекат греје, поседовање радио апарата, телевизора, телефона и интернета. Категорије одговора добијене као примарни податак из упитника, као и категорије трансформисане у току обраде приказане су у табели.

**Табела Карактеристике места живљења**

Обележје	Примарни податак		Обрада	
	Категорије	Шифра	Категорије	Шифра
Тип насеља у коме живи	Град	1	Град	1
	Приградско насеље	2	Приградско насеље	2
	Село	3	Село	3
Објекат у коме живи	Кући са двориштем	1	Кући са двориштем	1
	Помоћној згради у дворишту	2	Помоћној згради у дворишту	2
	Стану	3	Стану	3
	У старачком дому	4	У старачком дому	4
	Друго (навести где)	5	Друго (навести где)	5
Површина простора у коме станује (у м <sup>2</sup> )	Број квадратних метара стамбене површине	Број		
Простор у коме станује има одвојене делове за спавање, дневни боравак и обедовање, тоалет	Да	1	Да	1
	Не	2	Не	2
Простор у коме станује има прикључак на електромрежу	Да	1	Да	1
	Не	2	Не	2
Простор у коме станује има прикључак на водовод и канализацију	Да	1	Да	1
	Не	2	Не	2
За загревање простора у коме станује користе се	Инсталација за парно грејање, централно или етажно	1	Инсталација за парно грејање, централно или етажно	1
	Пећи на струју	2	Пећи на струју	2
	Пећи на течно гориво	3	Пећи на течно гориво	3
	Пећи на чврсто гориво	4	Пећи на чврсто гориво	4
	Не загрева се	5	Не загрева се	5
Да ли поседује или има приступ радио апарату	Да	1	Да	1
	Да, али га не користи	2	Да, али га не користи	2
	Не	3	Не	3
Да ли поседује или има приступ телевизору	Да	1	Да	1
	Да, али га не користи	2	Да, али га не користи	2
	Не	3	Не	3
Да ли поседује или има приступ телефону	Да	1	Да	1
	Да, али га не користи	2	Да, али га не користи	2
	Не	3	Не	3

Све горе наведене варијабле из групе карактеристика испитаника - демографске, социјално-економске, начин живота, здравствене (ставови према здрављу, ризици из понашања, биолошки ризици, однос према здравственој заштити, болести), затим карактеристика породице и карактеристика средине у којој испитаника живи имају карактер независних варијабли.