

**UNIVERZITET U NOVOM SADU
MEDICINSKI FAKULTET NOVI SAD**

KLJUČNA DOKUMENTACIJSKA INFORMACIJA

Redni broj:
RBR

Identifikacioni broj:
IBR

Tip dokumentacije:
TD Monografska publikacija

Tip zapisa:
TZ Tekstualni štampani materijal

Vrsta rada:
VR Doktorska disertacija

Autor:
AU Eržebet Ač Nikolić

Mentor/Ko-mentor:
MN Vera Grujić

Naslov rada:
NR Uticaj pojedinih komponenti zdravlja na kvalitet života starih

Jezik publikacije:
JP srpski (latinica)

Jezik izvoda:
JI srpski/engleski

Zemlja publikovanja:
ZP Jugoslavija

Uže geografsko područje:
UGP Vojvodina

Godina:
GO 2002.

Izdavač:
IZ Autorski reprint

Mesto i adresa:
MS 21000 Novi Sad, YU, Hajduk Veljkova 3.

Fizički opis rada:
FO 7 poglavlja, 150 strana, 147 literaturnih citata, 48 grafikona, 87 tabele, 2 priloga

Naučna oblast:
OB Medicina

Naučna disciplina:
DI Socijalna medicina

Predmetna odrednica/ključne reči:
PO zdravlje, kvalitet života, stari

UDK

613.98:612.67

Čuva se:

ČU

U biblioteci Medicinskog fakulteta u Novom Sadu,
21000 Novi Sad, YU, Hajduk Veljkova 3.

Važna napomena:

VN

Izvod:

ID

Kvalitet života u vezi sa zdravljem kod starih je najznačajniji aspekt kvaliteta života uopšte, a merenje kvaliteta života ima značajno mesto u praksi zdravstvene zaštite i naučnoistraživačkom radu. Cilj istraživanja je bio da se primenom modifikovanog McMaster Health Index Questionnaire utvrde fizička, socijalna i emotivna dimenzija kvaliteta života starih, kao i da se definiše validni instrument za procenu kvaliteta života u vezi sa zdravljem kod starih u našim uslovima. Istraživanje je sprovedeno u periodu 1998-2000 u obliku studije preseka, putem anketnog upitnika na uzorku stanovništva Novog Sada starosti 60 i više godina (n=373). Inicijalni anketni upitnik je poslužio za analizu pojedinih domena zdravlja a iz njega su korelacionim analizama izdvojeni ajtemi za šest skala: fizičko funkcionisanje, samozbrinjavanje, osećanje u vezi korisnosti u društvu, osećanja u vezi života, socijalno funkcionisanje i samoprocena. Za svaku skalu i za ukupni indeks kvaliteta života (QOL-OLD indeks) je izračunat transformisani skor (ranga 0-100) kao i uticaj pojedinih skala na ukupni indeks kvaliteta života u odnosu na zdravlje. Indeks kvaliteta života QOL-OLD (ranga 0-100) predstavlja sumarnu numeričku vrednost dobijenu iz svih šest domena. Za svaku skalu kao i za sumarni Indeks utvrđena je pouzdanost i validnost pomoću svetski prihvaćenih kriterijuma za Cronbach Alpha vrednost. Analizom je izdvojeno šest skala koje imaju uticaj na kvalitet života starih i utvrđeno je da je uticaj fizičkog zdravlja, posmatran kroz skalu fizičkog funkcionisanja i skalu samozbrinjavanja, dominantan i čini 39,3% u globalnom kreiranju indeksa kvaliteta života. Svaki domen kao i ukupni QOL-OLD indeks je analiziran u odnosu na neke sociodemografske determinante za koje se pokazalo da imaju uticaj na pojedine domene kao i na ukupni kvalitet života u odnosu na zdravlje kod starih. Izdvajanjem ajtema iz modifikovanog McMaster Health Index Questionnaire dobijen je skraćeni i validan upitnik za procenu kvaliteta života starih u populaciji ali iza procenu kvaliteta života kod pojedinaca iste starosti.

UNIVERSITY OF NOVI SAD
MEDICAL FACULTY NOVI SAD
KEY WORDS DOCUMENTATION

Accession number:
ANO
Identification number:
INO
Document type:
DT Monographic publication
Type of record:
TR Textual material, printed
Contents code:
CC Ph.D. thesis
Author:
AU Eržebet Ač Nikolć
Menthor/co-menthor:
MN Vera Grujić
Title:
TI Influence of some components of health on
the quality of life in the elderly
Language of text:
LT Serbian
Language of abstract:
LA Serbian/English
Country of publication:
CP Yugoslavia
Locality of publication:
LP Vojvodina
Publication year:
PY 2002.
Publicher:
PU Author reprint
Publication place:
PP 21000 Novi Sad, YU, Hajduk Veljkova 3.
Physical description:
PD 7 chapters, 150 pages, 147 literature
citations, 48 diagrams, 87 tables, 2
suplements
Scientific field:
SF Medicine
Scientific discipline:
SD Social medicine
Subject/key words:
SKW health, qualitz of life, aged
UDC 613.98:612.67
Holding data:
HD Library of Medical Faculty Novi Sad, 21000
Novi Sad, YU, Hajduk Veljkova 3.

Note:

N

Abstract:

AB

Health related quality of life of the elderly is the most important aspect of quality of life concept in general, and it's measurement has an important place in health care practice and scientific work. The aim of this study was to determine physical, social and emotional dimension of health related quality of life among elderly, using modified McMaster Health Index questionnaire, as well as to construct valid instrument for health related quality of life assessment among elderly for our territory. Cross sectional study was performed during 1998-2000. through poll, on the Novi Sad population sample aged 60 and above (n=373). Initial questionnaire was used for the purpose of analysis of certain health domains, and by using correlation analysis to extract items for six scales: physical functioning, selfcare, social usefulness, emotions about life, social functioning and self perception. Transformed score (range 0-100) was calculated for each scale separately and for total health related quality of life index (QOL-OLD) as well as percentage influence of each scale on QOL-OLD index. Health related quality of life index (QOL-OLD) presents summar numeric value calculated from all six domains. For each scale and for QOL-OLD validity and reliability was determined using Cronbach alpha value. Analysis extracted six scales which influence quality of life among elderly, and results showed that physical health, covered with physical functioning scale and selfcare scale, has dominant influence (39,3%) in creating global QOL-OLD index. Each domain and QOL-OLD index was analyzed considering some socio-demographic determinants which showed impact on single domains and on total QOL-OLD index. Extracting items from initial modified McMaster Health Index Questionnaire enabled construction of shortened and valid questionnaire for assessment health related quality of life among elderly in the population but also for individuals of same age.

Accepted by the Scientific Board on:

ASB

Defended on:

DE

Thesis defend board:

DB

President: _____
member: _____
member: _____
member: _____

Hipokrat je smatrao da svaka obrazovana osoba mora nešto da zna o zdravlju i da je briga zajednice neophodna za kontrolu bolesti kao i njeno izbegavanje.

Hipokrat

1. U V O D

1.1 KRETANJE BROJA STANOVNIKA

Interes za vitalne podatke kao što su broj stanovnika i promene koje se dešavaju u jednom društvu u smislu promena starosne strukture prisutan je kroz celu istoriju ljudskog društva. Razlozi za ovaj interes su se kroz istoriju menjali u zavisnosti od trenutnih kretanja stanovništva pa su i zaključci u vezi tih analiza zavisili o konkretnim problemima pojedinih država.

Već su u V - VI veku pre naše ere Kineski filozofi (Konfucija) raspravljali o odnosu broja stanovnika i količine raspoložive hrane koja se može dobiti sa obradive zemlje, te je limitirajući faktor za porast stanovništva ustvari bila raspoloživa hrana.

Grčki filozofi Aristotel i Platon raspravljaju i razmatraju koji je to optimalan broj stanovnika Grčke države da bi se očuvalo stečeno bogatstvo. Oni daju i predloge za očuvanje broja stanovnika u smislu mehaničkog kretanja tj. iseljavanja suvišnog stanovništva u Grčke kolonije.

U Rimskom carstvu dominantna je ideja o velikom broju stanovnika radi očuvanja vojne moći Rimskog carstva. Oni i favorizuju porodice sa velikim brojem dece a diskriminišu one bez dece.

U srednjem veku rasprave o stanovništvu su uglavnom u sferi filozofije. Tu bi se mogao izdvojiti Nikola Makijaveli (Nicolo Machiavelli) koji u svom delu "Vladar" (1513. godine) kaže da je brojno stanovništvo izvor vladareve moći. Iz tog vremena značajan je i doprinos Djovani Botera (Giovanni Botero) koji je tvrdio da stanovništvo teži rastu do krajnjih granica ljudske plodnosti dok su sredstva za njegovo održavanje ograničena i da predstavljaju granicu porasta stanovništva (1589. godina). Ovo učenje o stanovništvu je kasnije preuzeo i Malthus (1).

Značajne promene u gledištima na broj stanovnika nastaju u XVII veku, koji karakteriše početak kapitalističke ere, ubrzan tehnološki razvoj, otkrivanje novih zemalja (Australije, Aljaske i Amerike), uvođenje novih poljoprivrednih kultura koje postaju izdašniji izvor hrane (krompir, kukuruz). Sve ovo učinilo je da se sa više optimizma gleda na porast broja stanovnika. Moć pojedinih zemalja merila se brojem stanovnika. Pojedine zemlje čak i sprovode stimulativnu populacionu politiku, čemu doprinosi Merkantilističko shvatanje u ekonomiji.

Da bi se moglo planirati u oblasti društvenih i ekonomskih kretanja ukazala se potreba za evidentiranjem osnovnih komponenti koje utiču na broj stanovnika (natalitet i mortalitet). Prva statistička istraživanja u sferi demografije vezuju se za ime Johana Graunta, koji je 1662. godine objavio studiju "Prirodna i politička opažanja na temelju računa o smrtnosti" u kojoj je na osnovu izveštaja o sahranjivanju i uzroku umiranja i krštenju na teritoriji Londona, analizirao stope nataliteta, stope mortaliteta, stope fertiliteta, polnu strukturu i uzroke smrti. Ovo je bila prva analiza stanja stanovništva potkrepljena statističkim podacima (1).

Prvu sistematsku raspravu o stanovništvu dao je 1742. godine Johan Peter Susmilch u delu "Božanski poredak u promenama ljudske rase koji pokazuje njezino rađanje, smrt i obnavljanje", koji pravilnost demografskih pojava vidi kao božanski sled stvari. Značaj njegovog rada je što je prvi ukazao na velike razlike u stopi prirasta stanovništva i utvrdio da je vremenski interval pod kojim se stanovništvo neke teritorije udvostruči veoma različit.

Krajem XVIII i početkom XIX veka najviše prihvaćena teorija o stanovništvu je Malthusova teorija. Suština maltuzijanske teorije o stanovništvu je ta, da bedu i siromaštvo radničkih slojeva objašnjava njihovom prevelikom reprodukcijom i navodi da "stanovništvo raste geometrijskom progresijom a sredstva prehrane aritmetičkom progresijom" (2).

Kroz istoriju ljudskog roda zapaža se da je broj stanovnika u smislu nedovoljnog rasta ili naglog povećanja bila značajna tema za rukovodeće strukture u društvima i uvek je bila interesantna i značajna tema za rasprave na filozofskom, sociološkom, demografskom i drugom nivou.

U modernom svetu strah od prenaseljenosti zamenjen je strahom od izumiranja. Stoga će univerzalni cilj u budućnosti mnogih zemalja, a nekih već u sadašnjosti, biti dostizanje

stacionarnog stanovništva tj. stanovništva čiji se broj ne menja i gde su natalitet i mortalitet u ravnoteži (1).

Prvi podaci o broju svetske populacije odnose se na 1650. godinu. Pre toga imamo procenu Colina Clarka o kretanju broja svetskog stanovništva od 14. godine naše ere (1).

Tabela 1. Broj stanovnika (u milionima)

Godina	Svet	Evropa*
14.	256	39,5
350.	254	27,6
600.	237	19,3
800.	261	29,2
1000.	280	39,2
1200.	384	51,5
1500.	427	67,8
1600.	498	83,4

* Evropa, uključivši Azijski deo Sovjetskog Saveza

Izvor: Wertheimer- Baltić A.: Demografija stanovništva i ekonomski razvitak, Zagreb 1982.

Uočljivo je da je broj stanovnika prvih 800 godina stagnirao, od 800-te godine počinje rast broja stanovnika do 1650. godine, a od tada se brzina porasta broja stanovnika stalno uvećavala (tabela 1,2).

Prema proceni stanovništva koju su dali Carr-Sannders i Willcox, a koja je prihvaćena i od strane Ujedinjenih Nacija (UN), zapaža se da je rast svetske populacije posle 1650. godine naglašeniji a posle 1850. godine taj uspon se još više povećava da bi posle 1950. godine započeo nezapamćen rast (tab. 2,3). Brzina porasta stanovništva od 1920. godine ide različito u razvijenim i nerazvijenim zemljama, kao posledica razlika u godišnjim stopama rasta. Prirodni priraštaj koji je do 1920. godine bio znatno viši u razvijenim zemljama postaje znatno viši u nerazvijenim zemljama. Između 1960. i 1970. u razvijenom svetu prirodni priraštaj je 1,0% a u nerazvijenim zemljama 2,3% i dalje nastavlja da raste a u razvijenim zemljama da opada.

Tabela 2. Procena svetskog stanovništva (u milionima)

Godina	Svet	Razvijene zemlje	Nerazvijene zemlje
1650.	507	106	401
1750.	711	147	564
1800.	912	200	712
1850.	1131	302	829
1900.	1590	510	1079

Procena po Carr-Saundersu i Willcoxu

Tabela 3. Procena UN o broju stanovnika u milionima

Godina	Svet	Razvijene zemlje	Nerazvijene zemlje
1920.	1679	713	966
1930.	2009	671	1338
1940.	2042	730	1312
1950.	2506	857	1649
1960.	2995	976	2019
1970.	3621	1084	2547
1980.	4401	1183	3218
1990.	53346	1282	4064
2000.	6407	1368	5039

Izvor: Wertheimer- Baltic A.: Demografija stanovništva i ekonomski razvitak, Zagreb 1982.

Osnovni vitalno demografski pokazatelji prikazani na sledećoj tabeli (tab. 4) ukazuju da danas 4/5 populacije živi u manje razvijenim delovima sveta u kojima je prirodni priraštaj još uvek izrazito visok i da Evropa sa pravom nosi naziv "stari" kontinent sa procentualnim učešćem starih 65 i više godina još 1993. godine bilo 12,9% u ukupnoj populaciji (3).

Tabela 4. Osnovne demografske karakteristike svetskog stanovništva u 1993. godini

	Broj stanovnika (000)	%			‰		
		0-14	15-64	65+	Prirodni priraštaj	Natalitet	Mortalitet
Svet	5.572.049	32,1	61,5	6,4	1,7	26,0	9,2
Afrika	702.024	44,9	52,0	3,1	2,9	43,0	53,8
Amerika	751.683	29,7	62,5	7,9	1,5	21,9	7,6
Azija	3.360.915	32,6	62,2	5,2	1,8	26,3	8,3
Evropa	729.480	20,3	66,9	12,9	0,2	12,7	10,5
Okeanija	27.497	26,1	64,5	9,4	1,5	19,4	8,0

Izvor: World Health Statistics, WHO, Geneva 1994. god.

Jugoslavija, po demografskim pokazateljima prirodnog kretanja stanovništva, potpuno se uklapa u evropske trendove, sa prirodnim priraštajem od 0,5% i procentom starih 65 i više godina od 12,0% u 1999. godini koji je za celih 3,4% veći nego 1990. godine (4).

Evropa je kontinent sa najvećim procentualnim učešćem starih u ukupnoj populaciji, ali izraženo u apsolutnim brojevima u Evropi živi manje od 1/4 svetske populacije starih 65 i više godina tj. od ukupno 371 milion starih u svetu, 100 miliona živi u Evropi i 36 miliona u Severnoj Americi. Ostalih 135 miliona živi u ekonomski nerazvijenom delu sveta (5).

Istorijski razvoj stanovništva pokazuje nekoliko razvojnih etapa koje karakteriše određeni nivo i odnos komponenti prirodnog kretanja stanovništva tj. nataliteta i mortaliteta. Prirodno kretanje stanovništva, njegov intenzitet i međusobni odnos nataliteta i mortaliteta svojstveni su određenim ekonomskim i društvenim uslovima zemalja koje su u svom demografskom razvoju prošle kroz određenu etapu ili etape.

Teorija demografske tranzicije (ili teorija demografskih prelaza), razvoj stanovništva prikazuje kao proces etapnog razvoja koji je uslovljen određenim stadijumima društveno-ekonomskog razvoja. U formulisanju teorije demografske tranzicije značajnu ulogu su imali Warien S. Thompson i Frank W. Notestein 1929. godine. Oni su svoju teoriju zasnovali na etapama razvoja uglavnom stanovništva zapadne i severozapadne Evrope, uzimajući u obzir radi generalizacije podele razvitka stanovništva u etapama, određene specifičnosti i zemalja u razvoju kao i nerazvijenih zemalja.

Danas je najšire prihvaćen troetapni model demografskog razvoja stanovništva čiju su osnovu dali Notestein i Thompson. Reč je o sledeće tri etape:

I Predtranziciona etapa,

II Etapa demografske tranzicije

- a) podetapa rane tranzicije
- b) centralna tranziciona podetapa
- c) podetapa kasne tranzicije

III Posttranziciona etapa.

Predtranziciona etapa obeležena je sa veoma visokim stopama nataliteta i mortaliteta koje su faktički dovodile do veoma niskog ili čak nultog prirodnog priraštaja.

Druga etapa je etapa demografske tranzicije sa velikim promenama u prirodnom kretanju stanovništva koje su išle različitom dinamikom. U početku ove etape - rana tranzicija, stopa mortaliteta opada i to naglo, a stopa nataliteta stagnira na visokim vrednostima što je karakterisano visokim prirodnim priraštajem i mladim stanovništvom. U drugoj podetapi, centralna tranziciona podetapa, pad nataliteta u odnosu na pad mortaliteta je znatno brži i prirodni priraštaj se smanjuje. Stopa nataliteta počinje da stagnira na niskom nivou. Treću podetapu, kasnu tranziciju karakteriše nizak prirodni priraštaj i porast broja starih osoba sa pojavom negativnog maskuliniteta tj. povećava se broj žena.

Treću etapu, posttranzicionu etapu, karakterišu niske stope mortaliteta i niske stope nataliteta sa praktično nultim prirodnim priraštajem.

Demografska tranzicija znači predstavlja razvojni proces društva u kojem se smanjuju mortalitet i natalitet i sledstveno tome prirodni priraštaj (1).

Predtranziciona i posttranziciona zona predstavljaju dva stabilna tipa reprodukcije stanovništva različitog nivoa. Prva sa visokim stopama nataliteta i mortaliteta a druga sa niskim stopama nataliteta i mortaliteta. Promene koje su se desile u reprodukciji stanovništva, a samim tim i u svim drugim demografskim karakteristikama društva - starosnoj, polnoj strukturi, specifičnim stopama smrtnosti, fertiliteta i drugim, je toliko revolucionarna da mnogi demografsku tranziciju nazivaju "demografskom revolucijom".

Teorija demografske tranzicije koja je bazirana na iskustvu razvijenih zemalja ne može biti identična u ekonomski nedovoljno razvijenim zemljama i to se odnosi na razlike u intenzitetu, redosledu i vremenskom razdoblju delovanja pojedinih faktora na snižavanje mortaliteta i nataliteta.

Razvijene zemlje su u demografsku tranziciju ušle početkom XIX veka sa stopama nataliteta oko 30‰ i sa stopama mortaliteta preko 20‰ tako da prirodni priraštaj u tim zemljama nikad i nije prelazio 10‰ - 15‰. Nerazvijene zemlje ulaze u demografsku tranziciju posle razvijenih zemalja sa znatno višim stopama nataliteta (40‰ i više) i sa nižim stopama mortaliteta (do 15‰). Kao

rezultat ovakvog kretanja dolazi do naglog porasta prirodnog priraštaja u tim zemljama (preko 25‰) i taj fenomen se naziva "demografska eksplozija".

Demografska tranzicija u centralnoj Srbiji i Vojvodini započinje sa niskim natalitetom, što nije svojstveno nerazvijenim zemljama i ulazi u podetapu centralne tranzicije. Vojvodina 1931. godine beleži stopu nataliteta od 30‰ a već 1939. stopa nataliteta pada na 20‰ . U kasnu tranzicionu etapu Vojvodina ulazi između 1956-1958. godine kada je i stopa mortaliteta pala ispod 20‰. Pred kraj šezdesetih godina proces tranzicije je završen u Vojvodini a i u centralnoj Srbiji.

U posttranzicionom periodu u našoj zemlji kao i u svim zemljama nastaje intenzivan proces starenja stanovništva (6).

1.2. STARENJE STANOVNIŠTVA

Starenje stanovništva je jedan od najvećih izazova sa kojim se svet susreće u XXI veku.

Smatra se da je maksimalni životni vek čoveka 116 godina, a očekivano trajanje života u većini razvijenih zemalja je oko 80 godina. Obzirom da maksimalni životni vek čoveka u velikoj meri zavisi od genoma postavlja se pitanje kako doživeti godine koje su nam date genskim zapisom.

Olshanski tvrdi da, ako bi se kardiovaskularne bolesti uklonile kao uzrok smrti ljudski vek bi se produžio za 7 godina, sledećih 7 godina dobili bi eradikacijom malignih neoplazmi, a uvođenjem vakcinacija produženo je očekivano trajanje života za 28 godina. Kada bi se ovo ostvarilo, još uvek ne bi očekivano trajanje života bilo 100 godina, ali suština i nije u tome nego je suština da bi prihvatanje zdravih navika života od celokupnog stanovništva omogućilo kvalitetan život, jer kvalitet života nadmašuje značaj dužine života (7).

Produžetak očekivanog trajanja života ljudi na 80 i više godina je jedan od najvećih dobitaka XX veka, ali samo produžen život bez poboljšanja kvaliteta života i aktivnog života u četvrtom životnom dobu sam za sebe nije dovoljan dobitak. Zato je cilj zdravstvene politike Evrope za XXI vek ostvariti aktivno starenje. Aktivno starenje je proces u kome se svi ljudi podstiču da preduzmu mere radi boljeg zdravlja i prosperiteta u kasnijim godinama za sebe i svoju zajednicu (8).

Simplificiranje tog kompleksnog fenomena svelo bi se na to - omogućiti ljudima u starosti da vode aktivan i društveno koristan život, što u isto vreme predstavlja korist i za zajednicu kao celinu obzirom na smanjenje kontingenta radno-aktivnog stanovništva, a cela strategija Svetske zdravstvene organizacije (SZO) se može formulisati kroz jedan osnovni cilj - ostvariti puni zdravstveni potencijal za sve.

Starenje populacije je globalni fenomen koji zahvata sve zemlje sveta. Po Mittelmarku stare čak i one, čija je populacija danas predstavljena standardnom starosnom piramidom (9). U Evropi je procenat starih 65 i više godina između 13,2% i 17,9%. Za sledećih dvadeset godina očekuje se u Evropi da će na svako novorođeno dete biti 15 osoba starih 65 i više godina. Takođe se očekuje u istom periodu nagli porast ljudi u starosnoj kategoriji 65 i više godina, a najveći porast u mnogim zemljama Evrope, biće među kategorijom "starih-starih" (80 i više godina). Očekuje se da će u Evropi procenat starih 80 i više godina porasti u kategoriji starih sa 22% na 30% (10, 11, 12).

Kod ovakvog kretanja stanovništva dolazi i do poremećaja odnosa radno-aktivnog stanovništva i izdržavanog stanovništva, a u kategoriji izdržavanog stanovništva sve više raste procentualno učešće starih a smanjuje se učešće mladih (do 19 godina).

Po Davidoviću period između 1945-1960. godine je period "baby-buma", dok se godine koje dolaze između 2000-2020. mogu nazvati "staračkim bumom" (6).

Starenje stanovništva kao svetski problem, učinilo je da se sve veći broj stručnjaka i naučnika bavi njime ali interesovanje da se pobedi starost, kod pojedinca, kao predvorje smrti, bilo je interesantno čovečanstvu od davnina. Traganja za besmrtnošću i za izvorima mladosti poznati su u svim starim civilizacijama. Jevrejska mitologija govori o jezeru mladosti a kineska o reci mladosti. Alhemičari su koristili razne eliksire mladosti kao što su vulkanska lava i leptirova krila (13).

Danas je nauka, naročito medicinska nauka jasno dokazala da su dužina života kao i očekivanje što boljeg kvaliteta života uslovljeni sa jedne strane genomom, a sa druge strane načinom življenja jer zdravi načini života omogućavaju maksimalno iskorišćavanje genetskog potencijala. Da bi ovo imalo efekta neophodno je takvo ponašanje od što većeg broja ljudi. Ono neće učiniti ljude besmrtnima ali će učiniti da većina ljudi živi dugo i što je još značajnije živi kvalitetno, tj. da starost telesno i duhovno bude krepka a da se pri tome trajanje života što više

približi fiziološkim granicama, što drugim rečima znači svakom čoveku obezbediti starost vrednu življenja.

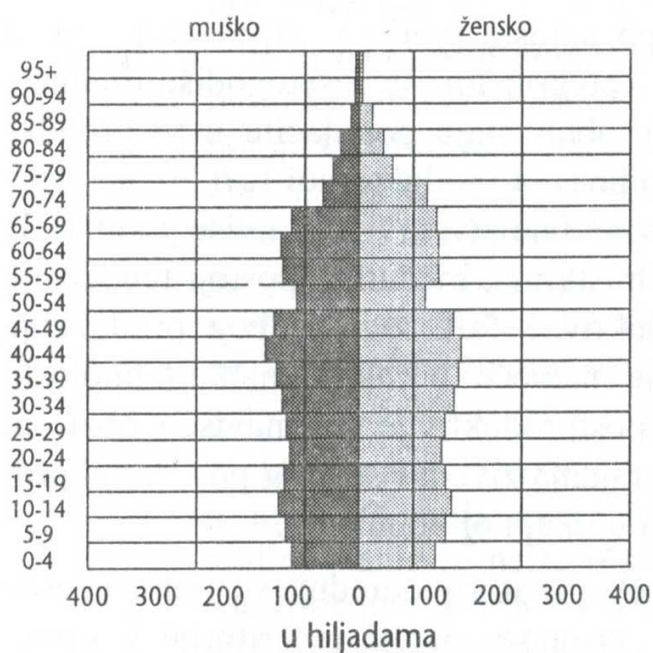
Starenje i starost se može posmatrati kao starenje jedinke i starenje društva. Starenje jedinke je produženje trajanja života pojedinca a starenje društva ili demografsko starenje je ustvari promena odnosa najmlađih i najstarijih kategorija stanovništva u korist starih. Sve je veće procentualno učešće starih u ukupnoj populaciji i kod nas i u svetu i ovakvi procesi starenja društva dovode do većeg interesovanja laika i stručnjaka za procese starosti i starenja.

U dvadesetom veku razvija se nauka pod nazivom gerontologija. Prvi je taj naziv uveo 1902. godine Mičnikov podrazumevajući pod tim naučni pristup istraživanjima procesa starenja. Danas je to znatno šire područje, prema definiciji Ujedinjenih Nacija Gerontologija je nauka o procesima starenja morfološkim, fiziološkim, psihološkim i socijalnim aspektima staračke dobi. U osnovi gerontologije je težnja da se odgovori na pitanje: kako doživeti starost i sprečiti da ona dovede do bitnijeg pada kvaliteta života. Medicinska gerontologija se naziva Gerijatrija i bavi se teorijom i praksom dijagnostikovanja i lečenja bolesti u involutivnom periodu čoveka (14).

Starenje stanovništva kao fenomen je zahvatio i našu zemlju. Stanovništvo Vojvodine bročano se smanjuje, indikatori koji ukazuju na starost stanovništva pokazuju izraziti proces starenja stanovništva Vojvodine. Broj stanovnika Vojvodine se u periodu od 1981. do 1991. godine smanjio u apsolutnom iznosu sa 2.034.772 na 2.013.890 a u strukturi stanovništva Srbije Vojvodina je 1981. godine činila 21,8% stanovnika a 1991. godine 20,6% (15).

Ako pogledamo starosnu piramidu Vojvodine, (grafikon. 1) ona ima sve karakteristike razvijenih zemalja sa veoma uskom bazom. Sličan oblik piramide je zastupljen i kod stanovništva Srbije ali ipak sa nešto širom bazom.

Grafikon 1. **Struktura stanovništva po polu i starosti u 1991. godini u Vojvodini**



Izvor: Zdravstveno stanje stanovništva Srbije 1986-1996. Institut za zaštitu zdravlja Srbije, "Dr M.J. Batut", Beograd, 1998.

Svi pokazatelji starosti stanovništva Srbije i Vojvodine ukazuju da se radi o starom stanovništvu koje je ušlo u fazu demografskog starenja još osamdesetih godina XX veka (16).

Starih 80 i više godina u ukupnoj populaciji Vojvodine 1991. godine je bilo 1,4%, a 1998. godine 2%. Starih 80 i više godina u populaciji starih 60 i više godina 1998. godine je bilo 11,20% (17).

Prosečna starost stanovništva Vojvodine i Srbije iskazana kao aritmetička sredina ima stalan rast. Granična vrednost je 30 godina. U Vojvodini je prosečna starost još 1948. godine prešla granicu od 30 godina i tada je iznosila 30,6 godina, da bi prema zadnjem popisu dostigla vrednost od 37,7 godina (tab. 5) (18).

Tabela 5. Pokazatelji starenja stanovništva od 1948 do 1991 godine

Godina	Centralna Srbija		Vojvodina	
	index starenja	prosečna starost	index starenja	prosečna starost
1948.	0,205	28,9	0,269	30,6
1961.	0,300	31,0	0,356	32,3
1991.	0,702	37,6	0,709	37,7

Izvor: Panev G.: Demografske determinante starenja stanovništva SR Jugoslavije, Modelski pristup, Stanovništvo, jul-decembar, Beograd, 1991.

Tabela 6. Pokazatelji starosti stanovništva Srbije i Vojvodine u 1991. godini

	Prosečna starost		Zrelost (%)	Indeks starenja	Biološki tip (%)		
	M	Ž			0-14 god.	15-49 god.	50+ god.
Vojvodina	36,0	38,9	11,8	0,709	19,2	48,95	31,85
Srbija	33,9	36,0	11,1	0,702	22,1	49,8	28,1

Uočava se razlika u prosečnoj starosti između muškaraca i žena. Prosečna starost žena Vojvodine (38,9 godina) je veća za 2 do 3 godine u odnosu na prosečnu starost muškaraca (36,0) (tabela 6).

Indeks starosti koji predstavlja broj osoba starih 60 i više godina u odnosu na osobe od 0-19 godina. Granična vrednost je 0,400. U Vojvodini je taj indeks još osamdesetih godina bio preko 0,400, da bi 1991. godine dostigao vrednost od 0,709 što takođe ukazuje na starenje stanovništva ovog područja (tabela 6) (19).

Biološki tip stanovništva po Sündbergu uključuje podelu stanovništva prema procentualnom učešću pojedinih starosnih grupa (0-14 godina, 15-49 godina i 50 i više godina) u ukupnom stanovništvu, a Vojvodina prema ovoj podeli spada u regresivni biološki tip sa učešćem starih 50 i više godina od preko 30% (tabela 6).

Kao značajan indikator u proceni starosti stanovništva je i zrelost stanovništva, koja predstavlja procentualno učešće starih 65 i više godina u ukupnoj populaciji i prema tome stanovništvo se deli na:

- mlado sa < 4% starih 65 i više godina
- zrelo sa 4 - 7% starih 65 i više godina
- staro 7 - 10 % starih 65 i više godina
- vrlo staro > 10% starih 65 i više godina

Sa 11,8% starih 65 i više godina (1991. godine) u ukupnom stanovništvu Vojvodina spada u grupu vrlo starog stanovništva. U Evropi 1995. godine učešće starih 65 i više godina je bilo 14%, za Svet 6% a za Severnu Ameriku 13% (20).

Starenje stanovništva je ustvari glavna karakteristika završne faze demografske tranzicije i kako kaže Panev, Jugoslavija a sa njom na čelu Vojvodina ima sve odlike "demografski razvijene zemlje". Stanovništvo Vojvodine je demografski staro sa prosečnom starošću od 37 godina, indeksom starosti 0,709, procentualnim učešćem starih 65 i više godina od 12%, i sve većim učešćem starih 80 i više godina koje je dostiglo već 2% u ukupnoj populaciji.

Produženje životnog veka upotrebom savremene tehnologije i mogućnošću da se smrt odloži bez stvarnog ozdravljenja ili poboljšanja zdravlja jeste dobitak ali je od većeg značaja pitanje kvaliteta života u tim dobijenim godinama. Starenje je pozitivno iskustvo, ali duži život mora biti udružen sa dokazima za poboljšanje kvaliteta života onih koji dožive starost. Da bi stari bili zdravi, cela populacija, bez obzira na uzrast, mora biti svesna značaja zdravlja. Svi ciljevi Strategije SZO "Zdravlje za sve u XXI veku" kako globalni, tako i regionalni evropski, usmereni su na unapređenje zdravlja, očuvanje dugovečnosti ali i dobrog kvaliteta života (10). SZO u svojim dokumentima govori o aktivnom starenju. Aktivno starenje je proces koji optimizira mogućnosti za fizičku, socijalnu i mentalnu dobrobit kroz život, u cilju održavanja zdravog života i kvaliteta života u starosti. Koncept aktivnog starenja odražava nastojanje SZO u održavanju i produžavanju nezavisnosti, socijalne korisnosti (korisnosti za društvo), emocionalne dobrobiti i psihičkog zdravlja (21, 22).

Zdravlje je ključ za aktivno starenje. Održavanje dobrog zdravlja kroz život je suština produžavanja zdravog životnog veka i osnova za kvalitetan život u starosti.

Regionalni komitet za Evropu SZO u okviru Strategije "Zdravlje za sve" ("Health for all") formuliše svoju strategiju "21 cilj za XXI vek" (22). U okviru tih ciljeva:

Cilj 5: "Zdravo starenje" glasi:

Do 2020. godine osobe stare 65 i više godina treba da imaju mogućnost da iskoriste svoj puni zdravstveni potencijal i ostvare aktivnu ulogu u društvu.

Podciljevi u okviru ovoga cilja su:

1. Obezbediti porast od bar 20% u očekivanom trajanju života i u godinama bez invalidnosti starih 65 i više godina.
2. Obezbediti takav nivo zdravlja starih 80 i više godina da se bar za 50% poveća procenat onih koji će sačuvati samostalnost u kućnom okruženju i biti u mogućnosti da zadrže mesto u društvu.

Jugoslavija i sa njom i Srbija je od početka formulisanja Rezolucije "Zdravlje za sve" ne samo podržavala tu Rezoluciju nego i učestvovala u formulisanju principa primarne zdravstvene zaštite (PZZ) kao Strategije za ostvarivanje zdravlja za sve na sastanku eksperata Svetske zdravstvene organizacije održanom u Alma Ati 1978. godine. Sam Ustav Srbije koji u svom članu 30. kaže "svako ima pravo na zdravstvenu zaštitu, deca, trudnice i stara lica imaju pravo na zdravstvenu zaštitu iz javnih prihoda ako to pravo ne ostvaruju po nekom drugom osnovu, a druga lica pod uslovima utvrđenim zakonom".

U skladu sa politkom SZO i Ustavom Srbije, definisani su: "Ciljevi i mere zdravstvene politike u Srbiji do 2010. godine" (24).

U ovom dokumentu se ističe 6 opštih ciljeva zdravstvene politike do 2010. godine:

1. produženje životnog veka stanovništva
2. unapređenje kvaliteta života ljudi
3. stalno unapređenje zdravstvenog stanja stanovništva
4. obezbeđivanje jednakosti u ostvarivanju zdravstvene zaštite
5. podizanje kvaliteta i efikasnosti zdravstvene zaštite
6. ostvarivanje zadovoljstva korisnika zdravstvene zaštite i zdravstvenih radnika.

Pored ovih opštih ciljeva definisani su i neposredni ciljevi zdravstvene politike, njih 36.

Neposredni cilj 4. "Zdravlje starih osoba" glasi: "Do 2010. godine povećati očekivano trajanje života najmanje do 75 godine za oba pola i poboljšati zdravlje i kvalitet života starih osoba".

U obrazloženju ovoga cilja stoji da je do nedavno jedan od glavnih ciljeva zdravstvene zaštite bio produženje životnog veka ljudi (dodati godine životu), sada se u cilju ističe i neophodnost poboljšanja kvaliteta života (dodati život godinama).

1.3. ZDRAVLJE I KVALITET ŽIVOTA

Zdravlje je osnovni deo kvaliteta života koji je najvažniji cilj razvoja društva. Zdravlje je u osnovi ekonomskog razvoja i integralni deo ljudskog blagostanja.

"Biti zdrav" ima različito značenje za različite ljude, a standard o tome šta se može smatrati "zdravim" varira i menja se.

Različiti

su pristupi u definisanju prirode zdravlja. Najčešće, ono se vezuje za stanje normalnosti, koje i samo može imati više značenja. U kliničkom smislu ono se vezuje za odsustvo bolesti ili onesposobljenosti, u statističkom smislu vezano je za dogovorene referentne vrednosti, a može se vezivati za norme ili ideale. Primer za to je definicija SZO koja glasi: "Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja a ne samo odsustvo bolesti i onesposobljenosti" (19). Ovu definiciju treba naravno shvatiti kao ideal kome treba težiti pre nego praktičnu definiciju, koja ukazuje i na to da je zdravlje daleko širi pojam od odsustva bolesti (19).

Prema Websterovom rečniku opis zdravlja je dat kao: "stanje neoštećenosti tela, duše i mozga" ili kao postojanje kondicije u funkcionisanju pojedinca (25).

U opisima ili definicijama zdravlja datim ovde vidimo da se zdravlje ne odnosi samo na fizičko zdravlje kao i na zdravlje duha posebno na emocionalno i intelektualno stanje kod pojedinca, već i na socijalno blagostanje koje je predmet stalnih rasprava.

Postoje stalne debate o tome kako je najbolje meriti zdravlje. Jedan od razloga za ove debate verovatno leži u samoj kompleksnosti zdravlja. Merenje zdravlja tj. način i pristupi njegovom

meranju su se menjali i stvarani su novi indikatori koji su delom bili uslovljeni promenama u zdravstvenom stanju stanovništva, a delimično su bili uslovljeni razvojem medicinske tehnologije kao i znanja u medicinskoj nauci. Rešavanje jednog problema otvara drugi problem i smanjuje korisnost postojećih zdravstvenih indikatora sa jedne strane, a sa druge ističe potrebu razrade i primene drugih koji će omogućiti praćenje ostvarivanja novih ciljeva. Na ovaj način zdravstveni indikatori su u procesu neprekidne evolucije (26).

Merenje zdravlja i utvrđivanje zdravstvenog stanja populacije u modernom društvu ima značajnu ulogu jer doprinosi utvrđivanju političkih pravaca i ciljeva u zdravstvenoj politici, kao i za praćenje efekata medicinske i zdravstvene zaštite.

Merenje zdravstvenog stanja stanovništva je odlika današnjih civilizacija i društava ali primere za praćenje tj. svođenje zaključaka o zdravstvenom stanju stanovništva nalazimo i u antička vremena (Sparta, Egipat).

Indikatori koji su služili za merenje zdravlja su u stalnom procesu evolucije, menjali su se u zavisnosti od promena u zdravstvenom stanju populacije i prevalirajućih zdravstvenih problema. Prvi značajan indikator je bio opšta stopa mortaliteta (opšta stopa smrtnosti) danas već znatno izmenjena i dopunjena, kao nedovoljno precizan indikator, standardizovanim stopama smrtnosti, ekvivalentnom stopom smrtnosti, specifičnim stopama smrtnosti i dr.

U određenom momentu razvoja društva smrtnost odojčadi postaje značajan indikator razvijenosti društva i društvene brige za zdravlje i dominantan indikator u proceni zdravstvenog stanja populacije. Vremenom se menjaju prioriteta u zdravstvenom stanju, produžava se očekivano trajanje života i mogućnost oboljevanja od masovnih nezaraznih bolesti postaje sve veća, a to su bolesti koje uglavnom dovode do invalidnosti - nesposobnosti. Interes društva se okreće prema tim bolestima i indikatorima koji mogu da ukažu koliki je stepen očekivane nesposobnosti kao i koji su rizici od oboljevanja od tih bolesti. Izraženo u merama koje se mogu kvantificirati i pomoću kojih se mogu vršiti prognoze ili procene za stanje zdravlja populacije, interesovanje za zdravlje tj. za zdravstveno stanje populacije ide sve više u smislu prihvatanja pragmatičnog stava o zdravlju kao "sposobnosti za vođenje ekonomski i socijalno produktivnog života", koji je formulisan od strane SZO (19).

Merenje zdravlja se ne može ostvariti direktno kao što može biti izmerena npr. telesna visina ili telesna težina. Zdravlje se meri indirektno i obuhvata nekoliko koraka.

U merenju zdravlja i zdravstvenog stanja kako pojedinca tako i populacije koriste se dva pristupa (19):

1. **Patološki pristup** - merenje tj. određivanje simptoma oboljenja, a u zdravstvenom stanju stanovništva to znači određivanje i procena zdravstvenog stanja putem indikatora morbiditeta i mortaliteta;
2. **Generički pristup** - merenje stanja zdravlja u sve tri komponente (fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja).

Prema tome, zdravlje se može meriti kao:

1. nivo bolesti
2. nivo zdravlja.

Zdravlje ne treba shvatati samo kao odsustvo bolesti pa se tu polazi od sledeće klauzule:

- zdravlje treba posmatrati u smislu kompleksnosti i multidimenzionalnosti;
- zdravlje znači odsustvo simptoma bolesti ili onesposobljenosti;
- zdravlje predstavlja unutrašnju ravnotežu i ravnotežu sa okolinom;
- zdravlje kao pozitivno valorizovano prihološko iskustvo.

Osnovno je danas da se pri proceni zdravlja ide na jedan holistički pristup, sadržan u izrazu potpunost i neodstupanje od nečega, za razliku od bolesti koja znači odstupanje od određenih normi i ima tendenciju da varira (27).

Millerova postavka o životnim sistemima nam omogućava da bolje sagledamo dimenzije zdravlja u ovako kompleksnom načinu posmatranja.

Prema Milleru životni sistem predstavlja oblik hijerarhije međusobno zavisnih delova u kojem je viši nivo izgrađen od nižih podsistema.

Pojedinac je deo porodice koja je deo lokalne zajednice a ova šire zajednice itd., a sa druge strane svaka individua je sačinjena od manjih komponenti koje su u međusobnoj interakciji. Te komponente čine sistemi i lokomotorni, cirkulatorni itd. a ove organi itd.

Unutar takve hijerarhije zdravlje može biti definisano kao dinamička ravnoteža ili proces koji održava tu ravnotežu unutar bilo kog nivoa, od pojedinih organa, individue, porodice, zajednice (19).

U normalnim uslovima kada su individue adaptirane spoljnoj sredini imamo unutrašnju dinamičku ravnotežu. Ako postoji izlaganje nepovoljnim faktorima, ti faktori prelaze određene nivoe i dovode do iscrpljivanja adaptivnog mehanizma, dolazi do remećenja ravnoteže i do bolesti.

Da li će neka osoba da održi ravnotežu zavisi i od intenziteta delovanja faktora i dužine dejstva na individuu ali i od sposobnosti individue (njenog potencijala) i ustvari taj potencijal je važan kao zdravstveni resurs, koji omogućava očuvanje zdravlja. Ovakvo posmatrano zdravlje ima dve dimenzije značajne i za zdravlje pojedinca i za zdravlje zajednice a to su:

1. zdravstvena ravnoteža i
2. zdravstveni potencijal

Zdravstvena ravnoteža je održavanje fizičke, psihičke i socijalne ravnoteže. Takvo stanje se doživljava kao stanje dobrog zdravlja. Ono se može utvrditi fiziološkim i psihološkim parametrima koji variraju u okviru utvrđenih normi što se tiče pojedinca. Što se tiče zajednice zdravstvena ravnoteža je dinamički ekvilibrijum u odnosu na karakteristike određenih grupa a može se izraziti pomoću određenih epidemioloških indikatora kao što su stabilnost morbiditeta, veza između nataliteta i mortaliteta, zahtevi za zdravstvenom zaštitom i njeno korišćenje (19).

Ovako posmatrano zdravlje ima drugu značajnu dimenziju, zdravstveni potencijal. To je sposobnost individue ili poseban tip interakcije između individue i njene sredine koja je potrebna da se održi ravnoteža ili da se ponovo uspostavi ako je ona narušena. Zdravstveni potencijal za pojedinca znači npr. dobar nutritivni status, imunološku rezistenciju na infektivni agens, fizičku kondiciju, zdrave životne navike, emocionalnu stabilnost i dr.

Za zajednicu zdravstveni potencijal predstavlja npr. adekvatne uslove za život i rad ljudi, pristupačnu zdravstvenu zaštitu, odgovarajuću zdravstvenu politiku i dr.

Mnogi faktori utiču na zdravstveni potencijal. Oni koji ga podržavaju su zdravstveni resursi dok oni koji ga ugrožavaju su zdravstveni rizici.

Osnovna uloga današnje moderne zdravstvene zaštite je povećati zdravstveni potencijal korišćenjem zdravstvenih resursa i ukloniti ili smanjiti zdravstvene rizike.

Zdravstvena ravnoteža i zdravstveni potencijal su osnova za definisanje zdravlja u smislu radne definicije SZO.

Zahtevi za informacijama u vezi zdravlja su veće sada nego bilo kada pre u svetu, stoga se i mere zdravlja razvijaju velikom brzinom.

Od vremena kada je SZO definisala zdravlje počinje da raste interes i za kvalitet života, koji danas ima značajno mesto u praksi zdravstvene zaštite i naučno istraživačkog rada. Interesovanje je stimulirano uspehom u produženju života, ali i činjenicom da ljudi žele da žive a ne samo da prežive (26).

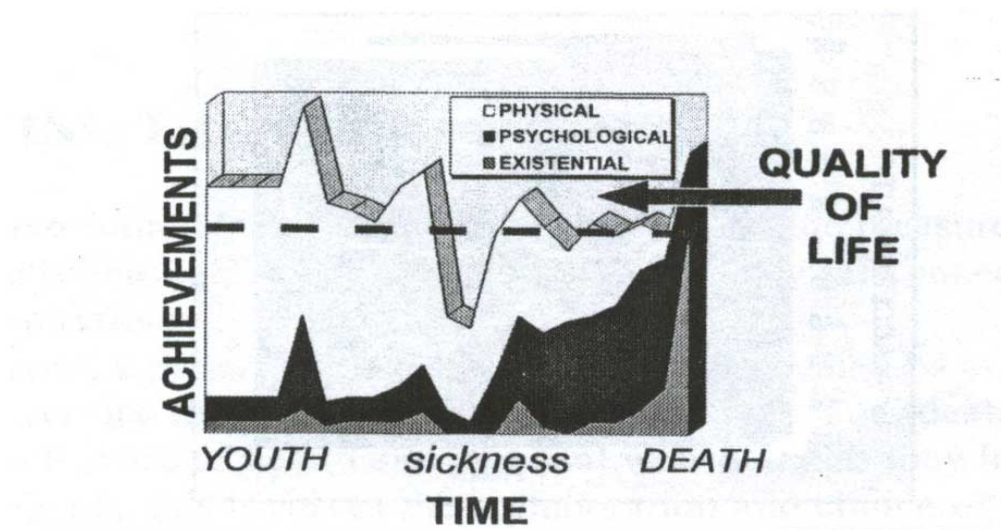
U poslednjim dekadama XX veka sve više se koristi termin kvalitet života ali se pri primeni tog termina mora paziti jer je on mnogo širi pojam od pojma zdravlja. Pored određenog stanja zdravlja on obuhvata i po autorima iz osamdesetih godina kao što su John E. Wan Jr. Campbeell, Andrews i drugi, ekonomske standarde, način vođenja života u kući, zadovoljstvo poslom, porodicom i dr.

Radi boljeg razumevanja šta je kvalitet života dat je pregled nekih definicija kvaliteta života i rasprava u vezi tih definicija.

Alvan Feinstein postavlja dilemu da li je kvalitet života stanje zdravlja ili stanje duha. Osoba procenjuje svoj kvalitet života kao reflektujuće osećanje dobrobiti i drugih subjektivnih (ličnih) reakcija na svoje stanje zdravlja i na mnoge druge nemedicinske karakteristike života. Te karakteristike mogu da uključe porodične odnose, socijalne i društvene aktivnosti, duhovnost, kreativnost, ekonomsku sigurnost, nade, strahove, razočarenja, žalost ili radost. Te nemedicinske karakteristike ljudske egzistencije mogu da stvore kod određenih ljudi osećaj da imaju odličan kvalitet života uprkos velikoj fizičkoj nesposobnosti ili suprotno osoba može da da lošu procenu kvaliteta života bez obzira što ima odlično stanje zdravlja (28).

Premda je objektivna dimenzija zdravstvenog stanja važna za definisanje zdravlja (puls, krvni pritisak, laboratorijske analize i dr.) percepcija zdravlja i očekivanja prevode tu objektivnu procenu u doživljen kvalitet života. To za posledicu ima da osobe sa istim zdravstvenim stanjem mogu imati vrlo različite kvalitete života.

Što je zdravlje više oštećeno njegov uticaj na kvalitet života je značajniji tj. postaje dominantna komponenta od uticaja na kvalitet života. Robert J. D. Georg je to pokazao na sledećem grafikonu koji je nazvao Domeni dostignuća.



Grafikon 2. The domains of achievement

Izvor: Robert J.D. George: Quality of care for cancer and AIDS. In: Jay A. Levy, Claude J., Bez G. eds. Plenum Press, New York 1997)

U većini slučajeva ljudi ako su psiho-fizički zdravi, neće samo zbog toga biti srećni i to samo po sebi neće usloviti visoku ocenu kvaliteta života, ali gubitak psihičkog ili fizičkog zdravlja će dovesti do opadanja kvaliteta života dok god se ne pronađu mehanizmi kompenzacije izgubljenog (grafikon 2) (29).

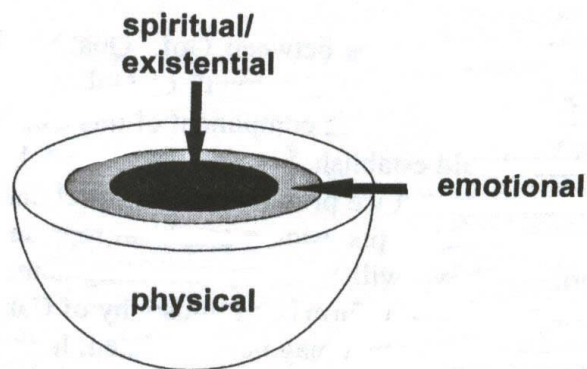
Po Robertsu razumljivo je da svako od nas u odnosu na svoje težnje definiše šta smatra da je **savršen život**. Tu bi po njemu u definisanju savršenog života bilo uključeno puno stvari ali je isto tako činjenica ako to posmatramo kroz životni vek savršeni život će se svesti na tri kategorije:

- one u odnosu na **fizičko zdravlje** - ciljevi unutar naše profesije ili fizičke aktivnosti npr. mogućnost da se ostvari što viši standard u datoj sredini, biti zaposlen ili ne i dr.

- stvari kojie se odnose na naše **emocije** kao što su priroda i kvalitet veza u porodici, na poslu, među prijateljima i dr.
- takozvani **spiritualni domen**, naša iskustva sa doživljavanjem sveta i kako da uđemo u taj svet sa što više respekta i razloga (30).

Odnos ove tri kategorije Roberts predstavlja "jajetom" gde sredinu čini spiritualni domen obavijen emocionalnom komponentom a oko njega kao ljuska je fizička komponenta zdravlja. Samo ravnoteža čini intaktnost ova tri dela i čini savršenu harmoniju.

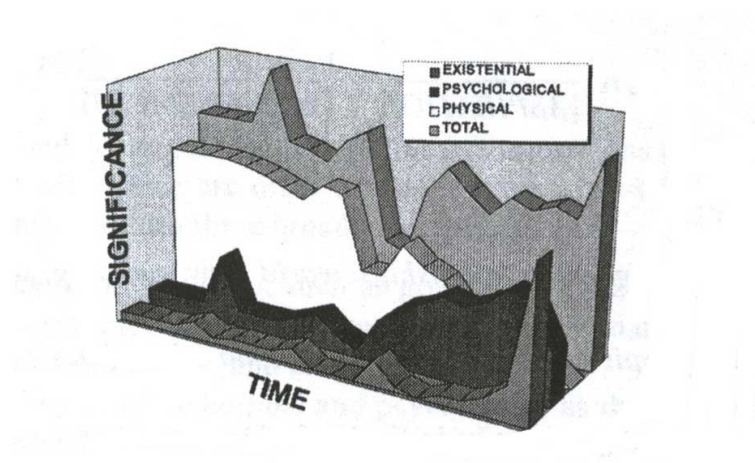
Grafikon 3. The Egg. A symbolic model of the three personal elements that ar relevant in the care of the dying



Izvor: Robert J.D. George: Quality of care for cancer and AIDS. In: Jay A. Levy, Claude J. Bez G. eds. Plenum Press, New York 1997.

Može se reći da je prava mera kvaliteta života razlika između težnje i dostignuća što je samo po sebi teško merljivo. Zato se kvalitet života izražava indirektno merenjem komponenti dostignutih fizičkih sposobnosti, emocionalnog i egzistencijalnog zdravlja. Roberts takođe naglašava da gubitak jedne dimenzije pojačava značaj druge i efikasno može da nadomesti izgubljeno. Isto tako se značajnost pojedinih komponenti menja tokom života (grafikon 4).

Grafikon 4. The domain plots of Quality of Life



Izvor: Robert J.D. George: Quality of care for cancer and AIDS. In: Jay A. Levy, Claude J. Bez G. eds. Plenum Press, New York 1997.

Andrews je još 1976. godine smatrao da kvalitet života ne zavisi samo od fizičkog stanja, međuljudskih odnosa i socijalnog statusa već i od toga kako je to procenjeno od strane same osobe ali i drugih (31).

Wenger i njegove kolege definišu kvalitet života kao dostignute sposobnosti, ograničenja, simptomi i psihosocijalne karakteristike koje određuju sposobnost pojedinca da funkcioniše i izvede zadovoljavajuću formu različitih uloga u životu (32).

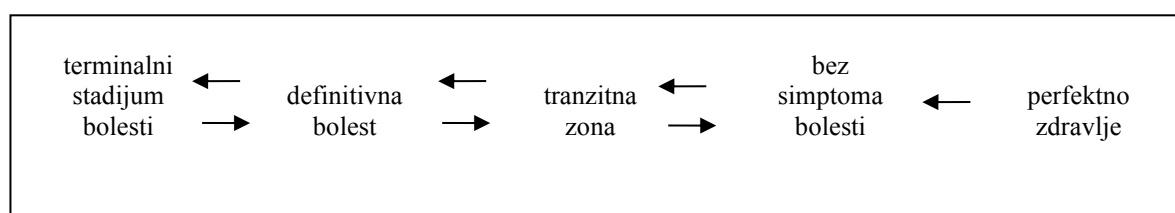
Kvalitet života u vezi zdravlja može se definisati optimalnim nivoima mentalnog, fizičkog, radnog i socijalnog funkcionisanja, uključujući odnose sa okolinom kao i percepciju zdravlja, fizičku kondiciju, životnu satisfakciju i blagostanje (33).

SZO godine 1993. definiše kvalitet života kao percepciju pojedinca o sopstvenom položaju u životu u kontekstu kulture i sistema vrednosti u kojima živi kao i prema svojim ciljevima, očekivanjima, standardima i interesovanjima. To je širok koncept koga čine: fizičko zdravlje pojedinca, psihološki status, materijalna nezavisnost, socijalni odnosi i njihovi odnosi prema značajnim karakteristikama spoljašnje sredine (33).

Sve više se pokazuje značajnost merenja kvaliteta života i ono sve više postaje neophodno i često uslovljava primenjivanje neke medicinske tehnologije, terapije, vrste zdravstvene zaštite u zavisnosti od toga kakav će biti kvalitet života onih na kojima se to primenjuje (34).

Pitanje o tome šta je zdravlje a šta kvalitet života, da li su to sinonimi ili suprotno: da ako zdravlje uslovljava i kvalitet života da je onda besmisleno kod zdravih meriti kvalitet života. Takvog mišljenja je W. Spitzer koji smatra da se zdravlje meri i treba ga meriti kod zdravog stanovništva a kvalitet života kod bolesnih (35).

Spitzer daje "spektar zdravstvenog statusa" koji se može prikazati na sledeći način:



Po njemu ima smisla meriti kvalitet života samo kod onih koji su udaljeni od perfektnog zdravlja (36).

Suprotno ovom mišljenju ako se poistovete pojmovi zdravlja i kvaliteta života gubi se svrha merenja kvaliteta života kod osoba koje su zbog bolesti ili povrede izgubile deo svojih ranijih sposobnosti. SZO prihvatajući globalnu strategiju "Zdravlje za sve do 2000. godine", indirektno prihvata i pragmatičan stav o zdravlju kao sposobnosti pojedinca da vodi ekonomski i socijalno produktivan život", daje više prostora, veću značajnost merenju kvaliteta života, jer ustvari sama definicija ukazuje na značajnost vođenja ekonomski i socijalno produktivnog života (19).

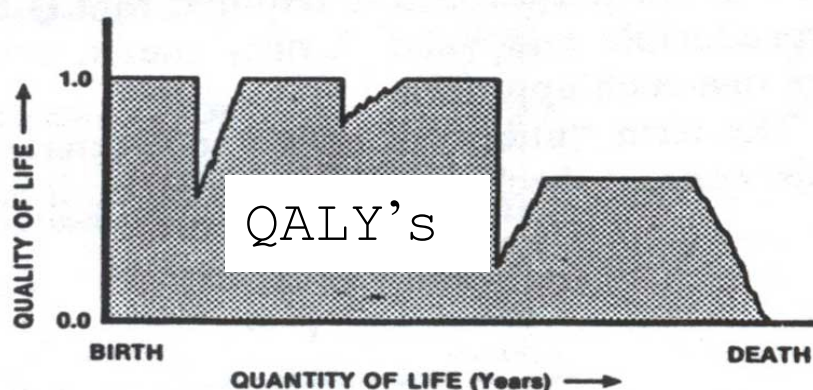
Pored pojma kvaliteta života neki autori (Wood - Dauphine) uvode i pojam reintegracije u normalan život. Po njima je reintegracija u normalan život ustvari reintegracija fizičkih, psihičkih i socijalnih karakteristika pojedinca u harmoničnu celinu tako da on može obavljati ispunjen život posle bolesti koja izaziva onesposobljenost ili posle traume. Bitnih razlika između indeksa reintegracije i indeksa kvaliteta života nema (37, 38).

Kvalitet života je koncept koji se može procenjivati sa različitih tački gledišta. Instrumenti za njegovo merenje mogu da obuhvate jednu ili više dimenzija kvaliteta života pri čemu vrsta informacija koja je potrebna diktira koji instrument treba da bude upotrebljen (39).

Torens ima poseban pristup u merenju kvaliteta života i to kroz prizmu korisnosti. Većina autora se slaže da je takav pristup primenljiv i treba ga primeniti tamo gde postoji više metoda u kliničkom tretmanu da bi se utvrdila korisnost i odredila bolja metoda (42).

Rečeno je već da život ima dve osnovne dimenzije ili komponente kvantitet i kvalitet života. Veza te dve komponente je prikazana na sledećem grafikonu (40) (grafikon 5).

Kvantitet života je broj godina od rođenja do smrti a kvalitet života se može iskazati kvalitetom u svakoj tački života od rođenja do smrti. Ako bi osoba tokom celog života uvek imala isti nivo zdravlja, osenčen prostor na grafikonu bi bio u vidu pravougaonika, što znači da bi broj godina života odgovarao broju godina kvalitetnog života. Osenčen prostor se dobija kao proizvod kvaliteta života izražen kroz korisnost ("utility") od 0,0 - 1,0 i kvantiteta izraženog u broju godina života. Taj prostor predstavlja godine kvalitetnog života QALY (Quality adjusted life Years). Tumačenje odnosa kvantiteta i kvaliteta života već je široko u primeni naročito u zdravstvenoj zaštiti kao model za cost-effectiveness i cost-utility analize. Kvalitet outcome (rezultata) programa se meri sa QALY's (41).



Grafikon 5.

Mnogi faktori utiču na kvalitet života pojedinca. Zdravlje je samo jedan od tih faktora. Zdravlje posmatramo kao centralni faktor koji utiče na kvalitet života direktno ili indirektno, npr. povišenje serum holesterola izazivajući druga oštećenja u organizmu indirektno utiče na kvalitet života. Fizičko i psihičko funkcionisanje može direktno uticati na kvalitet života. Npr. oštećeno fizičko funkcionisanje (npr. paraliza) direktno utiče na kvalitet života i ono što zovemo kvalitet života u vezi sa zdravljem (Health related quality of life). Isto tako je jasno da ako individua ima emocionalne probleme to dovodi do emocionalne disfunkcije a ova do ugrožavanja kvaliteta života.

Ovo do sada izneto je u skladu sa definicijom zdravlja koju je dala SZO a koja se odnosi na fizičko i psihičko funkcionisanje. Ali kao i uvek, ostaje sporna treća komponenta zdravlja socijalno blagostanje. Neki autori smatraju da je socijalno blagostanje van domena i nadzora zdravlja i zdravstvene službe pa prema tome treba da bude i isključeno pri proceni kvaliteta života u odnosu na zdravlje (31).

Mnoge komponente života koje su van domena zdravlja utiču na samo zdravlje, a i one same čine kvalitet života (ekonomija, politika, kultura, okruženje, duhovni život). Te komponente ne treba proučavati kada se ocenjuje kvalitet života u odnosu na zdravlje, ali neke komponente socijalnog zdravlja morale bi biti uključene kao što su socijalni kontakti, zadovoljstvo mestom u društvu i druge (31).

Kvalitet života čine naravno mnoge komponente, odnosno sve činjenice i detalji koji čine nečiji život utiču i na kvalitet života direktno ili indirektno. Ovde se bavimo samo onim činjenicama koje predstavljaju deo zdravlja po definiciji SZO. To je fizičko, psihičko i socijalno blagostanje, s tim da je poslednja komponenta zdravlja najspecifičnija za područje, starost, kulturološki uticaj, ekonomski uticaj sredine, kulturno nasleđe i druge faktore uže i šire društvene zajednice.

Portugalska konferencija o kvalitetu života naglasila je dualitet koncepta kvaliteta života i neophodnost razlikovanja između globalnog koncepta kvaliteta života koji se primenjuje u epidemiološkim istraživanjima sa jedne strane i koncepta specifičnog za određena klinička stanja sa druge strane. Dimenzije kvaliteta života koje čine klinički koncept opisane su kao onesposobljenost i nelagodnost kako je to rekao dr Troidl, dok je dr Margolese upotrebio još jednu dimenziju - distress koja bi se kod nas mogla prevesti kao nevolja, muka, jad i slično. Ovaj termin po Miettineniu treba razlikovati od neugodnosti koja se odnosi na fizičke simptome (kao što je bol) a distress se odnosi više na mentalne probleme. U ovom svetlu kliničari jasno ukazuju da sa medicinske tačke gledišta kvalitet života je predmet interesovanja samo toliko ukoliko je pod uticajem bolesti ili medicinskih procedura. Po njima "sreća" nije medicinska stvar. Epidemiološka perspektiva podrazumeva kvalitet života u globalnom smislu kao što je "sreća" ali treba da uzme u obzir specifične koncepte i skale koje su u vezi sa određenim domenom zdravlja, odnosno bolesti. Bez toga istraživanje kvaliteta života u medicini bilo bi nespecifično i ne bi se moglo povezati sa kvalitetom života u odnosu na zdravlje (43).

Pionirima u istraživanju značajnosti proučavanja zdravlja kroz kvalitet života smatraju se Rachu Rosser, Milton Weinstein sa Harvarda, lekari Univerziteta u Torontu i MacMaster, koji su još sedamdesetih godina počeli istraživanja na ovom polju. Većina ovih autora je proučavala kvalitet života u vezi zdravlja kod osoba kod kojih je došlo do narušavanja zdravlja zbog bolesti ili povreda. Tako je većina rezultata njihovih istraživanja o kvalitetu života vezana za određeno stanje narušenog zdravlja.

Danas u literaturi, posebna pažnja se posvećuje problemu merenja kvaliteta života. Sam termin merenje opisuje se kao procedura koja određuje vrednost objekata, ličnosti, odgovora, događaja, uključujući pri tom određena pravila, odnosno to je proces primene standardnih instrumenata ili skala na objekat (predmet) istraživanja ili događaj. Pre samog merenja neohodno je odrediti: svrhu merenja, sadržaj merenja i izvršiti selekciju mernih procedura (44).

Merenje kvaliteta života ima svoje korene u tri tradicije:

- tradicija istraživanja sreće,
- tradicija istraživanja socijalnih indikatora,
- tradicija istraživanja zdravlja (45).

Autori koji se bave merenjem kvaliteta života u odnosu na zdravlje prepoznajući njegovu multidimenzionalnost nastavljaju da tragaju za instrumentom koji kombinuje dve ili više dimenzija zdravlja kao suma objektivnog stanja i subjektivnog doživljavanja toga stanja (39).

Značajan doprinos u merenju kvaliteta života dao je Torrance koji prikazujući korisnost od merenja zdravlja preko kvaliteta života ukazuje na značajnu upotrebnu vrednost procene kvaliteta života - preko ocene korisnosti.

Ocena korisnosti se praktično poklapa sa ocenom zdravlja ali ona ide i ispod nule u nekim slučajevima, kada se oceni da je korisnost života takva.

Zdravstveno stanje	Korisnost
Zdrav	1,00
Život sa PMS	0,99
Sporedni efekti hipertenzije	0,45-0,99
Srednje anginozne tegobe	0,90
.	.
.	.
.	.
.	.
Kvadriplegija	< 0,00
Koma (besvesno stanje)	< 0,00

Zdravlje ili zdravstveno stanje u slučajevima upotrebe za procenu kvaliteta života se procenjuje u svetlu toga kako zdravlje utiče na sposobnost individue da funkcioniše u fizičkom, mentalnom, emocionalnom, socijalnom ponašanju a ne u svetlu stvarnih dijagnoza, laboratorijskih nalaza, rezultata dijagnostičkih procedura. U ovakva istraživanja procene zdravlja radi utvrđivanja kvaliteta života u vezi sa zdravljem može se uključiti opis:

- fizičkog zdravlja u smislu fizičke funkcionalnosti
- psihičkog zdravlja
- emocionalnog zdravlja
- samoprocene zdravlja
- samoopsluživanja
- zadovoljstva životom
- socijalne funkcije.

Opis zdravlja podrazumeva opise svake od ovih tačaka u određenom momentu vremena odnosno stepen funkconisanja u određenom momentu (39).

U savremenim svetskim istraživanjima u medicini, kvalitet života je važan aspekt rezultata mera zdravstvene zaštite i zajedno sa dužinom života čini osnovu za utemeljenje određenih mera u zdravstvenoj zaštiti (43).

Koristeći iskustvo velikog broja autora koji su radili procenu kvaliteta života, John E Ware Jr. daje jednu tabelu (šema 1) u kojoj su dati najznačajniji aspekti zdravlja i varijable u vezi određene dimenzije zdravlja koje znatno utiču na kvalitet života kao i mogućnost načina procene tih varijabli. Varijable koje će biti upotrebljive, determinisane su vrstom istraživanja, populacionom grupom, aspektom posmatranja (bolesni-zdravi) i drugo. Validnost kao i sadržaj indikatora se u zavisnosti od toga i procenjuju (47).

Postoje različita shvatanja o tome koje dimenzije zdravlja moraju biti uključene u analizi zdravlja kada se procenjuje kvalitet života. Po W. Spitzer-u to su:

- fizička funkcija
- socijalna funkcija
- mentalni status
- težina simptoma
- lična percepcija zdravlja

Ličnu percepciju Spitzer izdvaja kao veoma značajan indikator koji se često poklapa sa kliničkim nalazom mada nije uvek tako (45).

Spilkerova istraživanja ukazuju da se ocena globalnog kvaliteta života dobija sintezom stanja bolesnika izvedenih iz najmanje četiri oblasti:

- fizičko stanje
- psihičko stanje
- socijalno stanje
- ekonomsko stanje

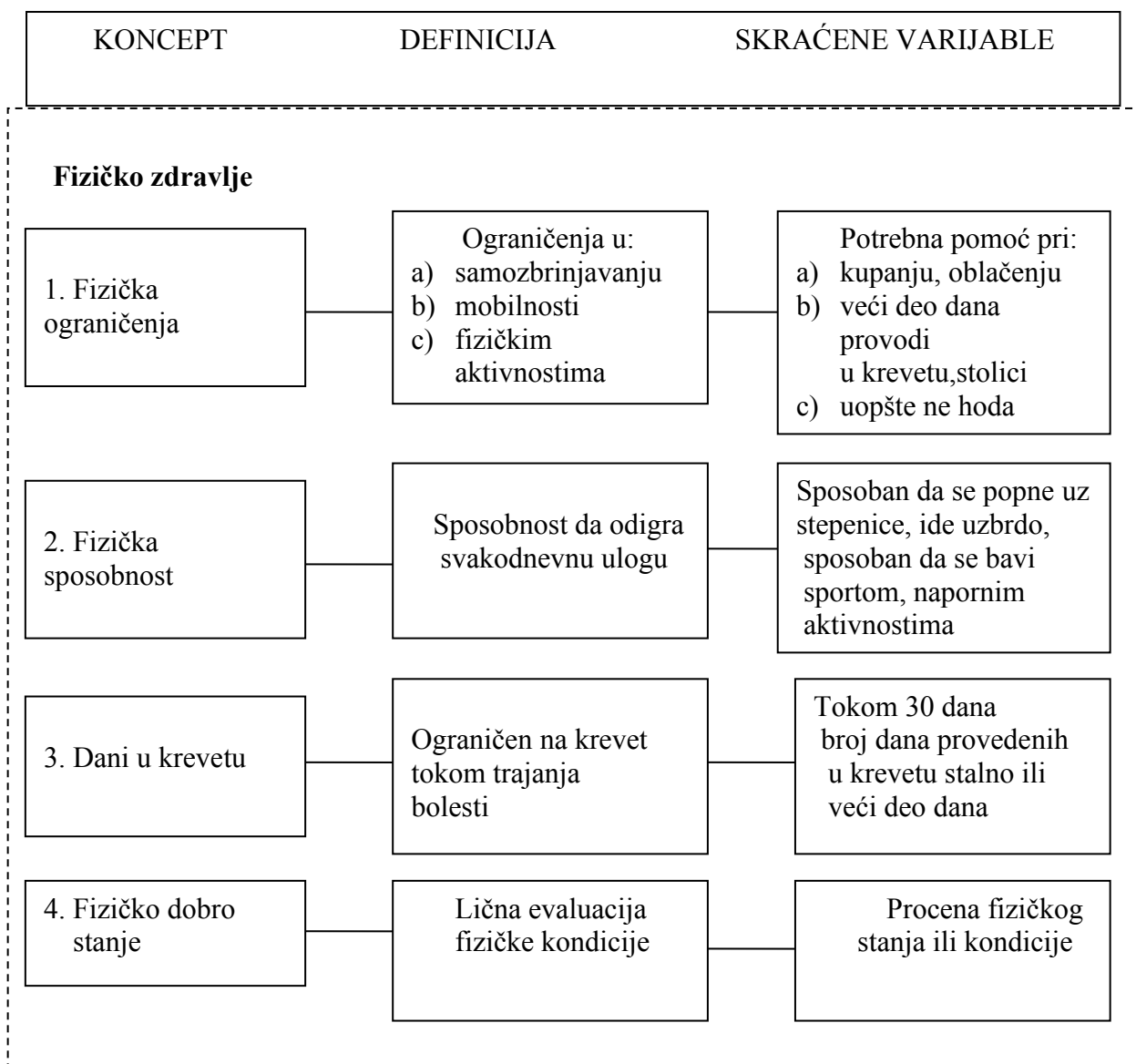
Da bi se dobila globalna ocena kvaliteta treba utvrditi stanje bolesnika u svakoj oblasti, a svaka od njih ima svoje komponente (35).

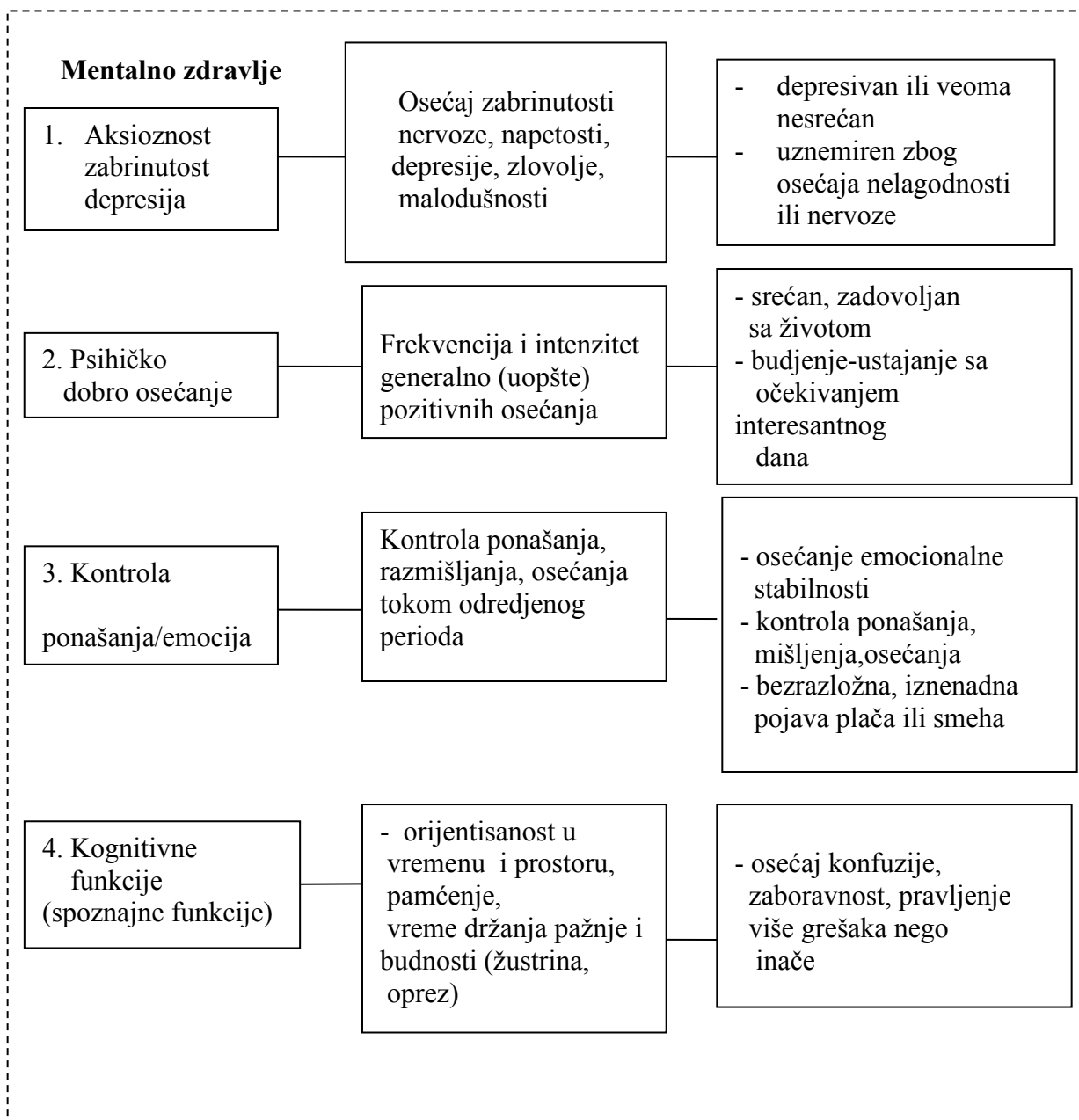
Po Schipph-u kvalitet života će proisteći iz procene ili sinteze stanja u četiri široke oblasti :

- fizičko stanje (pokretljivost, sposobnost obavljanja određenih poslova, rad i dr.)
- psihičko stanje (stabilnost, depresija, nervoza, san, uzbuđenost i dr.)
- socijalna interakcija (odnosi unutar porodice, društveni život, putovanja, rekreacija i dr.)
- somatske senzacije (bol, gušenje, mučnina, malaksalost i dr.) (46).

Ako život ima dve dimenzije: kvalitet i kvantitet, onda je posmatrano na pojedincu kvantitet života dužina života, vreme od rođenja do smrti. Kvantitet života meren u populaciji izražava se indikatorima kao što su: očekivano trajanje života, stopa mortaliteta, specifična stopa smrtnosti i drugi. Ovi indikatori će nam sa druge strane malo reći o kvalitetu života. Da bi se ocenio kvalitet života neophodan je drugi set indikatora. Indikatori koji se koriste za merenje kvaliteta života kod pojedinca i u populaciji su isti. Za konstruisanje upitnika o kvalitetu života Ware daje sledeće ajteme koje se mogu koristiti za pojedine sfere zdravlja (šema 1.) (47).

Šema 1.





Socijalno zdravlje

1. Interpersonalni kontakti

- a) frekvencija-učestalost poseta prijateljima i rođacima
- b) učestalost telefonskog kontakta sa prijateljima /rođacima za vreme određenog perioda

- a) broj poseta prijatelja - izlazak redje u posete ljudima
- b) broj telefonskih kontakata sa prijateljima/rođacima

2. Socijalni resor

Kvalitet i kvantitet socijalnih veza mreža

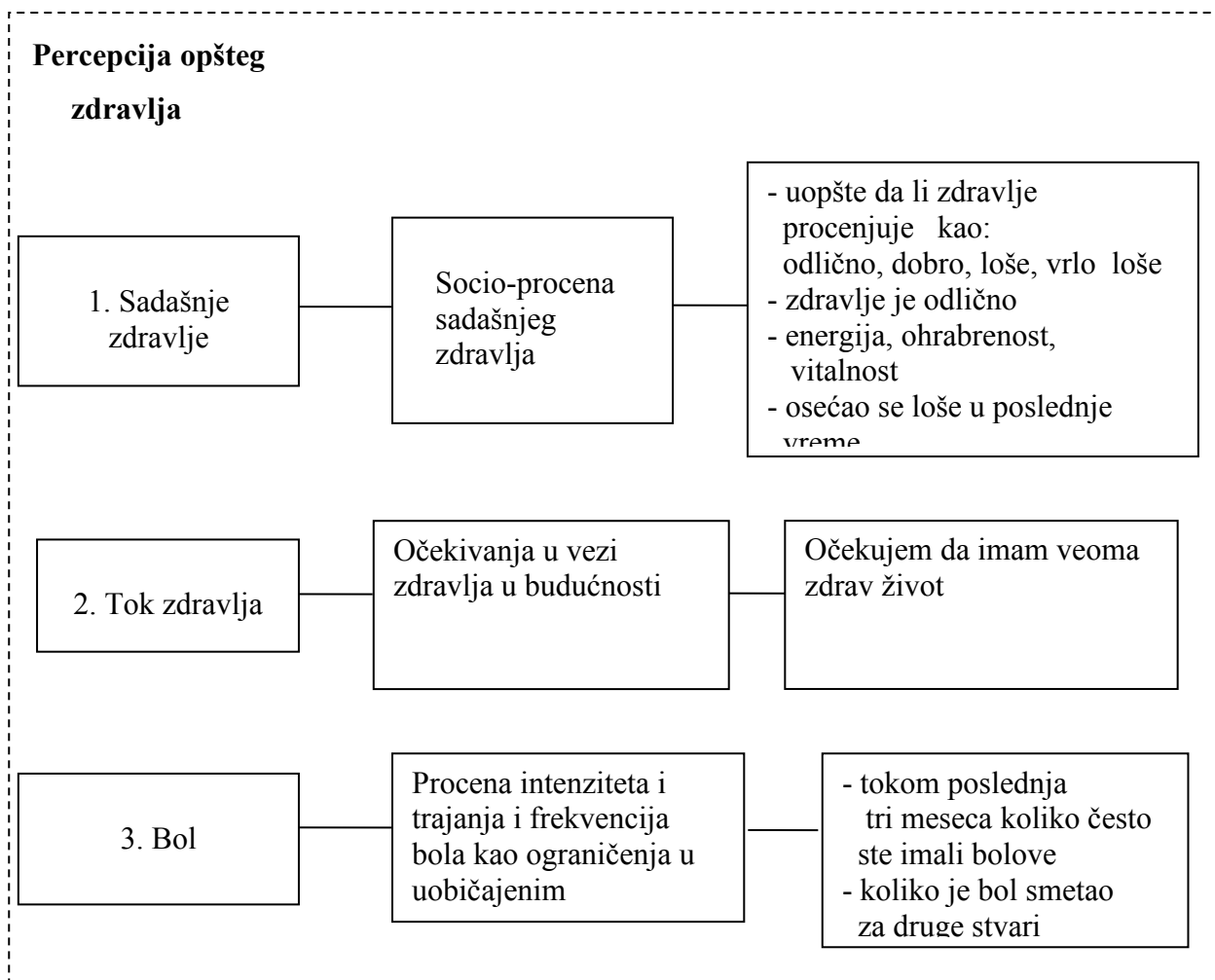
Broj bliskih prijatelja, osoba sa kojima može da razgovara

Uloga

1. Funkcionisanje (uloge)

Bez ograničenja u ulogama uobičajenih aktivnosti (posao, kućni poslovi, škola) uzrokovano lošim (slabim) zdravljem

- ograničenja u vrsti i broju većih aktivnosti
- skraćeno radno vreme
- zdravstveni problemi na poslu
- nesposobnost obavljanja posla zbog bolesti



Instrumenti za merenje kvaliteta života su upitnici koji mogu biti:

- generički (opšti), primenjuju se u opštoj populaciji, nisu specifični za određenu bolest i
- specifični, mogu se koristiti za određeno stanje, za određenu bolest ili određenu vrstu tretmana (45, 48).

Upitnici moraju biti testirani na validnost i na pouzdanost (49).

Validnost (validity) ili valjanost ili nepobitnost označava efikasnost sa kojom upitnik meri ono što istraživač želi. Ako bi validnost uporedili sa pucanjem u metu ona bi označavala koliko blizu u proseku će pogodak doći do mete. Generalna definicija validnosti kaže da je to stepen tačnosti zaključka koji se može izvući iz izmerenog skora ili šta rezultat znači.

Postoji mnogo načina merenja validnosti a koji će biti primenjen zavisi od svrhe istraživanja.

Procena validnosti:

- sadržajna validnost ili sveobuhvatnost upitnika da bi se utvrdilo da li pitanja odražavaju cilj koji je dat u definiciji onoga što se proučava (istražuje);
- senzitivnost - uglavnom se koristi kod kliničkih istraživanja. Senzitivnost govori li upitnik može da odvoji osobe koje imaju neko specifično stanje ili ne;
- različite statističke metode se koriste za utvrđivanje upitnika a jedna od njih je upoređivanje sa **zlatnim standardom**. Novi instrument i već ustanovljen se zajedno analiziraju na uzorku ljudi i rezultati se upoređuju.

Za merenje bola, kvaliteta života i depresije ne postoji zlatni standard pa se validnost procenjuje:

- korelacionom analizom - određivanje koeficijenta korelacije
- faktorskom analizom - obično se koristi da se utvrdi unutrašnja struktura indeksa, tj. formiranje određenih komponenti od kojih svaka reflektuje različite aspekte zdravlja.

Pouzdanost (reliability) - osetljivost znači da, ako bi pouzdanost simbolički predstavili sa pucanjem u metu onda ona predstavlja stepen disperzije pogodaka. Ili, pouzdanost znači sposobnost upitnika da odredi stepen promene neke varijable koja nastaje kao rezultat greške u odnosu na stvarne fluktuacije koje se u njoj dešavaju. Pouzdanost se može odrediti na više načina:

- određivanjem interne konzistentnosti doslednosti, davanja odgovora na postavljena pitanja. Obično se meri koeficijentom interne konzistentnosti korelacija jedne polovine odgovora sa drugom. Kao dobar rezultat se smatra Pearsonov koeficijent između 0,65 do 0,95.
- test-retest metoda za utvrđivanje pouzdanosti podudaranja odgovora u dva ili više testiranja
- Utvrđivanje Crombach alpha koeficijenta.

2. CILJEVI

2.1. OSNOVNI CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Primenom modifikovanog McMaster Health Index Questionnaire utvrditi sledeće dimenzije kvaliteta života starih:

- **fizička:** fizička aktivnost, mobilnost, sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti;
- **socijalna:** socijalni kontakti i socijalne uloge;
- **emotivna:** samopoštovanje, puzdanje, emotivno funkcionisanje.

2.2. POSEBNI CILJEVI ISTRAŽIVANJA

- Od istraživanja se očekuje i odgovor o postojanju razlika u kvalitetu života ispitanika u odnosu na socioekonomske i demografske karakteristike (mesto življenja, pol, starost, bračno stanje, nivo obrazovanja);
- Utvrđivanje postojanja razlike u kvalitetu života opšte populacije i osoba smeštenih u domu za stare;
- Evaluacijom upitnika definisati validni instrument za procenu kvaliteta života starih osoba u našim uslovima.

3. HIPOTEZE

- Zadovoljstvo sadašnjim životom kod starih osoba je na relativno visokom nivou;
- Premda je starost praćena multimorbiditetom, stare osobe su uglavnom zadovoljne svojim sadašnjim zdravstvenim stanjem;
- Sposobnost za samostalno izvođenje aktivnosti svakodnevnog života kod starih osoba u visokom procentu je očuvano;
- Socijalni kontakti sa prijateljima i rođacima u starosti su redukovani;
- Pozitivni afekti kao što su zadovoljstvo i sreća slabe u starosti;
- Kvalitet života starih osoba smeštenih u domovima za stare je niži od kvaliteta života starih u opštoj populaciji.

4. METODOLOGIJA RADA

Specifični instrument za merenje kvaliteta života kod starih u populaciji je retkost i u svetskim istraživanjima a kod nas do sada istraživanje kvaliteta života starih u populaciji nije rađeno. Samom istraživanju prethodilo je formulisanje generičkog upitnika za ispitivanje kvaliteta života starih uzimajući u obzir specifičnosti teritorije u kulturološkom i ekonomskom smislu.

4.1. UZORAK I NAČIN RADA

Istraživanje je sprovedeno na uzorku stanovništva Novog Sada starosti 60 i više godina oba pola (N = 600) izabranih metodom slučajnog izbora pomoću tablica slučajnih brojeva iz spiska građana Novog Sada, a drugu grupu ispitanika čine štićenici Gerontološkog centra u Novom Sadu (N = 150), pri čemu su isključeni polupokretni i nepokretni štićenici ovih domova.

Istraživanje je sprovedeno u periodu od 1998. godine do 2000. godine u obliku studije preseka.

Način distribucije anketa i prikupljanja podataka u populaciji vršen je putem poštanske ankete. Prvo je distribuirano 400 anketa a potom još 200 anketa. U konačnu obradu iz ove grupe ušlo je 266 anketa.

U Gerontološkom centru anketiranje je izvršeno putem intervjua koji su sprovele medicinske sestre ovog centra. U konačnu obradu od 150 anketa ušlo je 107.

Pre glavnog istraživanja sprovedena je pilot studija na 50 osoba starih 60 i više godina. Pilot studijom je proveren instrument u smislu: (1) razumljivosti od strane osoba koje ga popunjavaju i to metodom samopopunjavanja ali i intervjua; (2) obuhvatnosti instrumenta - da li pitanja pokrivaju sve domene koji su izdvojeni i u kojoj meri; (3) mogućnosti obrade i analize dobijenih podataka. Pilot istraživanje je urađeno na jednom području grada, te po tom kriterijumu uzorak ovih 50 osoba nije reprezentativan, dok su po drugom kriterijumu različitosti u smislu nivoa edukacije, polne strukture i drugih različitosti ove osobe reprezentativne te su mogle da služe kao uzorak u pilot istraživanju. Posle završenog pilot istraživanja korigovane su formulacije nekih pitanja gde su se pojavile nejasnoće, što se tiče obuhvata pojedinih domena utvrđeno je da su pitanja dovoljna i da je moguće dobiti željeni uvid u svaki domen, te da se analizom ovako formulisane ankete može dobiti

željeni obim svakog domena koji je formulisan i koji treba da uđe u konačnu ocenu QOL-OLD Indeksa. Instrument je proveren i utvrđena je njegova primenljivost i kao upitnika kojeg će anketirani sami popunjavati i kao upitnik koji će biti popunjen putem intervjua. Konačna verzija instrumenta je data u prilogu 1.

Glavno istraživanje je obuhvatilo 373 osobe stare 60 i više godina. Uzorak je stratifikovan po:

- mestu življenja (dom, kuća)
- polu (muško-žensko)
- starosti (stari od 60 do 74 godine i stari 75 i više godina)
- stepenu edukacije (bez škole, nepotpuna osnovna, završena osnovna škola, srednja školska sprema, viša škola i visoka škola)
- bračnom stanju (oženjen/udata, razveden/a, udovac/ica, neoženjen/neudata i vanbračna zajednica)

Inicijalna verzija upitnika sadrži 80 pitanja za sve anketirane i još 9 pitanja za osobe koje žive u domovima za stare.

Prilikom obrade svaka skala/domen se analizirana u odnosu na sve sociodemokratske determinante, te su se mogle izdvojiti značajne varijable od uticaja na pojedine domene, kao i utvrditi značajnost pojedinih varijabli na sveukupni QOL-OLD indeks.

4.2. INSTRUMENT

Upitnik predstavlja modifikovan i dopunjen McMaster Health Index Questionnaire, sastoji se iz više delova:

- opšti deo obuhvata lične podatke o starima sa ukupno 8 pitanja (starost, pol, školska sprema, zanimanje, izvor prihoda, bračno stanje)
- drugi deo upitnika čini 30 pitanja u vezi fizičkog zdravlja i postojanja bolesti
- treći deo upitnika obuhvata emocionalno zdravlje sa ukupno 26 pitanja
- četvrti deo upitnika obuhvata subjektivnu procenu i socijalne aktivnosti starih sa ukupno 16 pitanja
- peti deo upitnika predviđen je samo za stare osobe koje žive u domovima za stare sa ukupno 9 pitanja.

Inicijalna verzija upitnika ima 80 pitanja za sve anketirane i još 9 za osobe koje žive u domovima za stare. Iz svih pitanja formulisano je 6 skala/domena. Na osnovu toga šta pitanja pokrivaju svrstana su u sledeće domene.

1. skala fizičkog funkcionisanja (FF)
2. skala samozbrinjavanja (SC)
3. skala osećanja u vezi korisnosti u društvu (KD)
4. skala osećanja u vezi života (ŽI)
5. skala socijalnog funkcionisanja (SF)
6. skala samoprocene (SP).

U skalama su ostala samo ona pitanja koja su korelacionom analizom pokazala statistički značajnu povezanost sa skalom u celini i sa ostalim pitanjima u okviru domena. Konačna verzija upitnika sa odabranim pitanjima koja najbolje prezentuju kvalitet života sadrži 36 pitanja svrstanih u ovih 6 skala/domena i data je u šemi 2.

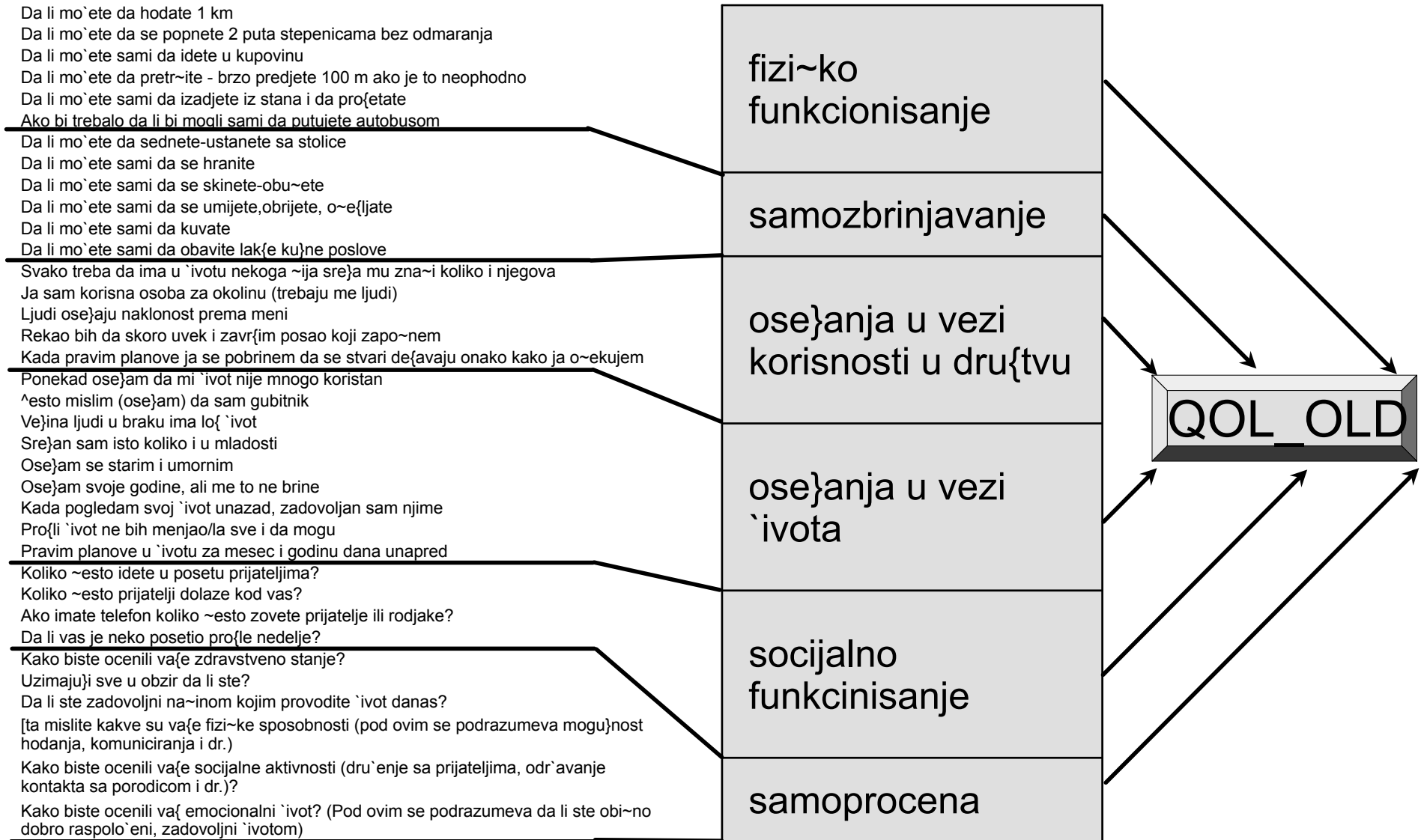
U cilju formiranja jedinstvene numeričke vrednosti, a na koju imaju uticaja svi navedeni domeni, primenom faktorske analize, izdvojen je samo jedan faktor koji predstavlja ukupan kvalitet života starih osoba koji je nazvan QOL-OLD indeks a dobija se linearnom kombinacijom vrednosti svih 6 domena po formuli

$$\text{QOL-OLD} = 0,205 \text{ FF} + 0,188 \text{ SC} + 0,080 \text{ KD} + 0,163 \text{ ŽI} + 0,148 \text{ SF} + 0,216 \text{ SP}$$

Uticaj pojedinih domena je izračunat na osnovu regresionog koeficijenta i on ustvari predstavlja procentualno učešće pojedinih domena u ukupnom QOL-OLD indeksu ili procenat učešća pojedinih domena na indeks.

- FF - 20,5%
- SC - 18,8%
- KD - 8,0%
- ŽI - 16,3%
- SF - 14,8%
- SP - 21,6%.

Pitanja, skale/domeni i QOL_OLD



4.3. OBRADA PODATAKA I STATISTIČKE METODE

Podaci prikupljeni tokom ankete su kontrolisani na validnost, kodirani i unošeni u posebno kreiranu bazu podataka na pesonalnom računaru. Nakon unosa, obrada podataka je obuhvatala:

1. prikaz rezultata za svako pitanje iz upitnika u odnosu na mesto stanovanja i pol (univarijantna analiza χ^2 , t-test)
2. odabir pitanja i formiranje domena/skala na osnovu matrica korelacija, ICC i vrednosti Crombach alpha (31, 50, 51, 52, 53) kao i izračunavanje vrednosti domena (54).
3. kreiranje modela za integralnu numeričku ocenu (indeks) kvaliteta života na osnovu definisanih domena (QOL-OLD) (55, 56)
4. analizu dobijenih vrednosti domena i QOL-OLD indeksa u odnosu na: mesto stanovanja, pol, starost, stepen edukacije i bračno stanje (ANOVA).

Aktivnosti koje su sprovedene tokom obrade podataka su:

- rekodiranje (veća vrednost kodiranog odgovora predstavlja bolje stanje zdravlja)
- određivanje ispitanika koji su odgovorili na bar polovinu pitanja iz svake skale
- izračunavanje algebarskog zbira vrednosti pitanja iz pojedinih domena/skala
- - Crombach alpha (mera interne konzistentnosti domena/skale) (kriterijum $0,70 < \alpha < 0,90$) (52)
- vrednosti koeficijenta alfa ako se pitanje izostavi iz domena (kriterijum: vrednost alfa ne sme značajno da se poveća izostavljanjem pitanja iz skale).
- transformacija vrednosti skala u odnosu na skalu od 0 do 100 po formuli

$$\text{transformisani skor} = 100 * (\text{DSV} - \text{MMV})/\text{MOV}$$

DSV - dobijena vrednost skale

MMV - minimalno moguća vrednost skale

MOV - mogući opseg vrednosti skale (MAX-MIN)

- provera opsega dobijenih srednjih vrednosti
- izračunavanje vrednosti za sumarnu skalu kvaliteta života QOL-OLD na osnovu vrednosti koeficijenata linearne regresije dobijenih faktorskom analizom

Za vrednosti domena i QOL-OLD indeksa izračunati su i prikazani: broj jedinica uzorka, srednja aritmetička vrednost, standardna devijacija, minimalna i maksimalna vrednost i 95% interval poverenja. Dobijene vrednosti skala i sumarnog indeksa QOL-OLD su komparirane sa aspekta mesta stanovanja, starosti, pola, stepena edukacije i bračnog stanja (t-test), a ANOVA metodom je vršena komparacija srednjih vrednosti u odnosu na mesto stanovanja, pol, starost, bračno stanje, nivo obrazovanja. Za sve testove su navedeni nivoi statističke značajnosti (p vrednosti).

Za statističku obradu podataka korišćen je program SPSS for Windows. Podaci su prikazani tabelarno i grafički (Harvard graphics 98), a kompletan rad je obrađen u tekst procesoru Word 2000.

U svrhu kreiranja konačnog upitnika za procenu kvaliteta života starih osoba podaci o odgovorima ispitanika na sva postavljena pitanja iz upitnika (Prilog A) su analizirani i izvršeno je psihometrijsko testiranje konačnog upitnika (Prilog B).

U toku izbora pitanja za konačnu verziju upitnika vršena je analiza distribucija odgovora na svako pitanje ("efekat poda ili tavanice" ili jednoobraznost odgovora) kako bi se otkrila pitanja koja ne doprinose informaciji o kvalitetu života starih osoba. Na osnovu podataka iz literature, razgovora sa ispitanicima i konsultacija sa kolegama relevantnih specijalnosti (socijalni medicinari, psiholozi i lekari iz Doma za stare) pitanja su grupisana u deo A - fizička aktivnost, B - psihološki aspekt i emocionalno zdravlje, C - socijalne aktivnosti i samoprocena.

Na osnovu ovako grupisanih pitanja izračunate su matrice korelacije svih odgovora na pitanja iz pojedinih delova upitnika. Na osnovu dobijenih vrednosti formirane su grupe pitanja za koje je vršena analiza pouzdanosti skala i dodatna selekcija pitanja na osnovu (55, 56):

- vrednosti iz novoformirane matrice korelacije (kriterijum $r > 0,20$)
- vrednosti korelacije svakog pitanja sa ukupnom vrednosti cele skale (kriterijum $r > 0,20$)
- prosečne vrednosti ICC (Intraclass Correlation) (kriterijum $ICC > 0,70$) koeficijenta pouzdanosti

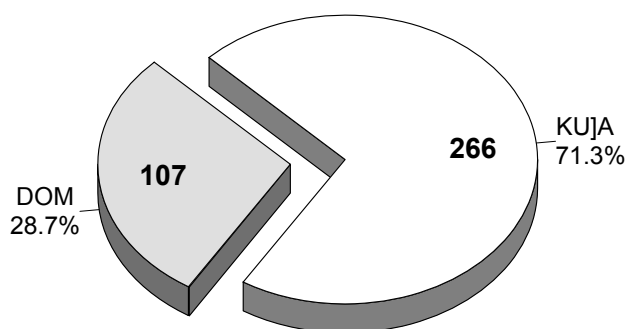
Korišćenjem navedenih kriterijuma formirano je šest skala/domena sa ukupno 36 pitanja. Pomoću tih pitanja dobija se upitnik koji je kraći ali dovoljno pouzdan za procenu kvaliteta života stariju populaciju (prilog B).

5. REZULTATI

5.1. OPŠTE KARAKTERISTIKE UZORKA

Istraživanje je sprovedeno na teritoriji opštine Novi Sad na 373 osobe stare 60 i više godina, od toga 107 (28,7%) osoba iz doma za stare 266 (71%,3) iz populacije (grafikon 6).

DISTRIBUCIJA ISPITANIKA U ODNOSU NA MESTO STANOVANJA



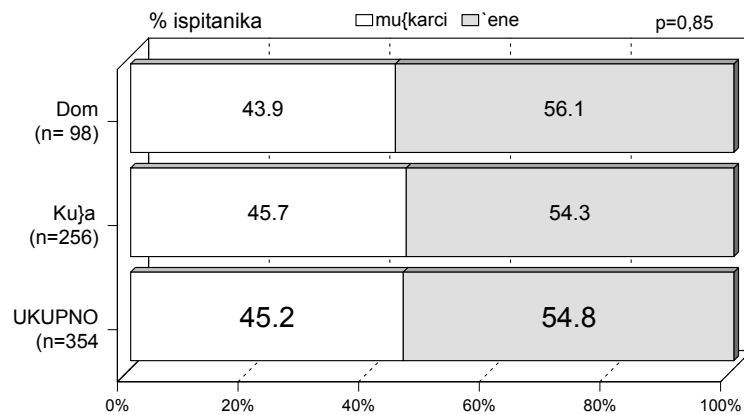
N= 373 ispitanika

Grafikon 6.

Najveći broj ispitanika (71%) je iz Novog Sada a ostali iz prigradskih naselja: Begeč, Budisava, Bukovac, Čenej, Futog, Kać, Kisač, Kovilj, Ledinci, Petrovaradin, Rumenka, Sremska Kamenica, Stepanovićevo, Veternik. Prigradska naselja po tipu više spadaju u ruralni tip naselja a sam grad Novi Sad spada u čisto urbani tip naselja. Osobe iz doma koje su ušle u uzorak su iz dva doma, sa Limana i Novog Naselja.

Od 373 anketiranih bilo je 160 (45,2%) muškaraca i 194 (54,8%) žena (grafikon 7). Razlike u polnoj strukturi između osoba u domu i u poplaciji nisu značajne ($\chi^2 = 0,36$; $p = 0,85$).

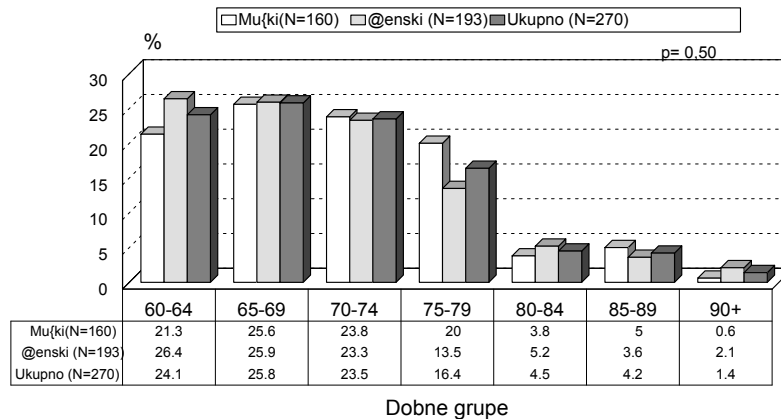
DISTRIBUCIJA ISPITANIKA PO POLU I MESTU STANOVANJA



Grafikon 7.

Ne postoji značajna razlika u distribuciji po starosti između muškaraca i žena. U obe grupe oko 3/4 anketiranih su starosti do 74 godine a 1/4 starosti 75 i više godina (grafikon 8).

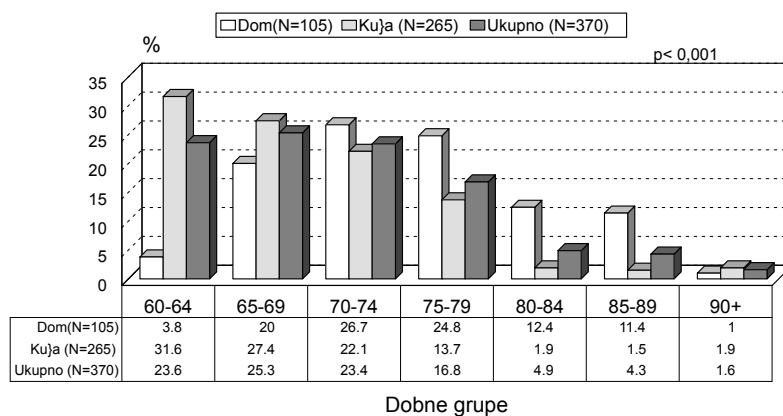
STAROSNA DISTRIBUCIJA U ODNOSU NA POL ISPITANIKA



Grafikon 8.

Prosečna starost svih anketiranih je 70,7 godina (SD=7,16). Osobe u domu su prosečno stare 75,1, a osobe u populaciji 69,9 godina i ta razlika u starosti je statistički značajna (F=64,3; p<0,001). Raspon godina ispitanika je bio od 61 do 92 godine (grafikon 9).

STAROSNA DISTRIBUCIJA U ODNOSU NA MESTO STANOVANJA



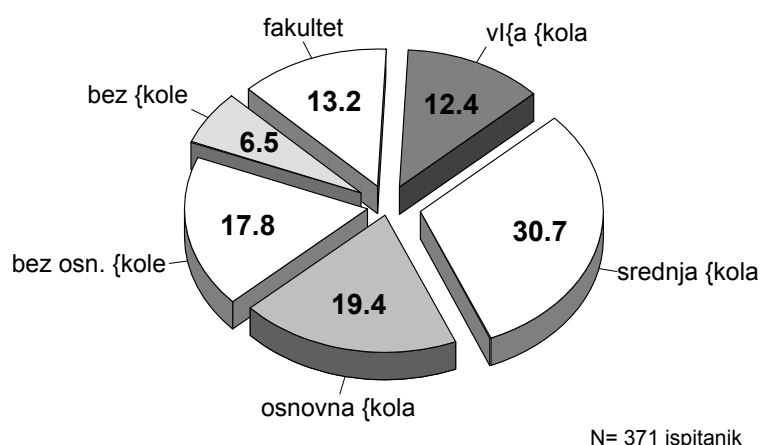
Grafikon 9.

Najveći broj anketiranih ima završenu srednju školu 114 (30,7%) a više od četvrtine visoku i višu školu 95 (25,6%). Postoji statistički značajna razlika u nivou obrazovanja ($\chi^2= 23,1$; $p<0,001$) između osoba iz doma i onih iz populacije. Značajno je viši nivo obrazovanja osoba koje su u domu (tabela 7, grafikon 10).

Tabela 7. Distribucija ispitanika po školskoj spremi (u %)

Školska sprema	Dom (N= 106)	Kuća (N= 265)	Ukupno (N= 371)
Bez škole	-	9,1	6,5
Nepotpuna osnovna škola	9,4	21,1	17,8
Završena osnovna škola	20,8	18,9	19,4
Srednja školska sprema	33,0	29,8	30,7
Viša škola	17,9	10,2	12,4
Visoka škola - fakultet	18,9	10,9	13,2
Ukupno	100,0	100,0	100,0

STEPEN OBRAZOVANJA (u procentima)



Grafikon 10.

Po zanimanju kao domaćin odnosno domaćica izjasnilo se oko petine anketiranih (tabela 8), sa po 10% su zastupljena zanimanja: kvalifikovan radnik, visokokvalifikovan radnik, administrativni radnik, stručnjak i rukovodilac. Uočava se da među osobama koje su u domu znatno veći procenat rukovodilaca (21,2%), odnosno osobe sa zanimanjima za koja je potreban viši nivo obrazovanja.

Tabela 8. Zanimanje ispitanika u odnosu na mesto stanovanja (u %)

Zanimanje	Dom (N= 104)	Kuća (N= 264)	Ukupno (N= 368)
Zemljoradnik	1,9	4,9	4,1
Nekvalifikovani radnik	2,9	6,8	5,7
Polukvalifikovani radnik	4,8	4,5	4,6
Kvalifikovani radnik	11,5	12,5	12,2
Visokokvalifikovani radnik	8,7	10,6	10,1
Administrativni radnik	12,5	11,4	11,7
Stručnjak	12,5	12,1	12,2
Rukovodilac	21,2	7,6	11,4
Domaćica	16,3	25,0	22,6
Drugo	7,7	4,6	5,4
Ukupno	100,0	100,0	100,0

Najčešći izvor prihoda starih osoba je penzija (86,1%), 2,2% njih prima socijalnu pomoć, a 6,3% ima neki drugi izvor prihoda (tabela 9).

Tabela 9. Izvor prihoda ispitanika u odnosu na mesto stanovanja (u %)

Izvor prihoda	Dom (N= 104)	Kuća (N= 264)	Ukupno (N= 368)
Plata	-	4,5	3,3
Penzija	82,7	87,5	86,1
Arenda	-	3,0	2,2
Socijalna pomoć	4,8	1,1	2,2
Drugo	12,5	3,9	6,2
Ukupno	100,0	100,0	100,0

Svaka druga osoba (53,5%) je u kategoriji oženjen/udata (tabela 10). Posmatrano po polu zapaža se da je 71% muškaraca u braku dok su žene prisutnije u kategoriji udovica (46,4%). Razlika u bračnom statusu između polova je statistički značajna ($\chi^2= 38,8$; $p<0,001$).

Većina (68%) osoba starih 60 i više godina u populaciji živi sa bračnim drugom ili u vanbračnoj zajednici, a samo 21,2% osoba koje su u domu, gde dominira kategorija udovac/udovica ($\chi^2=67,3$; $p=0,001$) (tabela 10).

Tabela 10. Bračno stanje ispitanika u odnosu na mesto stanovanja (u %)

Bračno stanje	Dom (N= 104)	Kuća (N= 266)	Ukupno (N= 370)
Oženjen/udata	20,2	66,5	53,5
Razveden/a	12,5	6,4	8,0
Udovac/ica	60,6	23,7	34,1
Neoženjen/neudata	5,7	1,9	3,0
Vanbračna zajednica	1,0	1,5	1,4
Ukupno	100,0	100,0	100,0

Najveći procenat osoba koje žive u domu (78,8%) su u statusu udovaca/udovica, razvedenih, neoženjenih/neudatih. Samoća i usamljenost najverovatnije spadaju u značajne faktore koji su uticali i na donošenje odluke o odlasku u dom gde osobe koje žive same (85,8%) dominiraju. Međutim, ne treba zanemariti ni podatak da svaka peta stara osoba živi sama i u populaciji (tabela 11).

Tabela 11. Podaci sa kim žive ispitanici u odnosu na mesto stanovanja (u %)

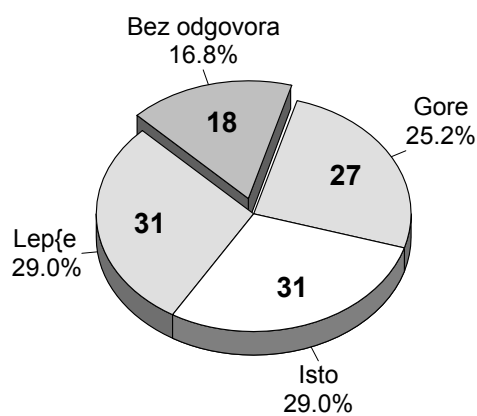
Sa kim živite	Dom (N= 106)	Kuća (N= 266)	Ukupno (N= 372)
Sami	7,5	20,7	17,0
Sa bračnim drugom	14,2	66,2	51,3
Decom	-	9,0	6,7
U domu	78,3	-	22,0
Drugo	-	3,0	2,2
Vanbračna zajednica	-	1,1	0,8%
Ukupno	100,0	100,0	100,0

5.2. OSOBE U DOMU

U domu je anketirano 107 osoba, od toga su 43,9% muškarci i 56,1% žene, prosečna starost tih osoba je 75,1 godina. (SD = 6,97 godina). Najveći broj štićenika je u domu od 1 do 4 godine, njih 68%, a 27% boravi u domu od 5 do 8 godina. Prosečan broj godina provedenih u domu anketiranih osoba je 3,5 godine (SD= 2,8).

Skoro 30% ispitanih misli da im je lepše u domu nego što im je bilo van doma. Isto toliko misli da im se nije ništa promenilo, ali četvrtina navodi da im je gore u domu nego da žive van njega, a oko 17,0% nije htelo da da nikakav odgovor (grafikon 11).

DA LI VAM JE LEP[E OD KADA STE U DOMU?

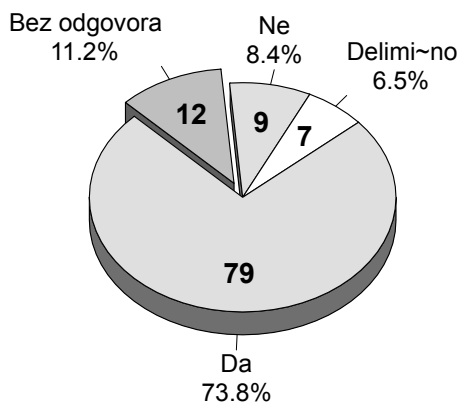


N= 107 ispitanika

Grafikon 11.

Skoro tri četvrtine ispitanika je u domu došlo svojom ličnom željom 73,8%, delimično je to želelo njih 6,5% a 8,4% je smešteno u dom a da to nisu želeli. Odgovor na ovo pitanje nije htelo da dâ 11,2% ispitanika (grafikon 12).

DA LI JE DOLAZAK U DOM VAŽA @ELJA?

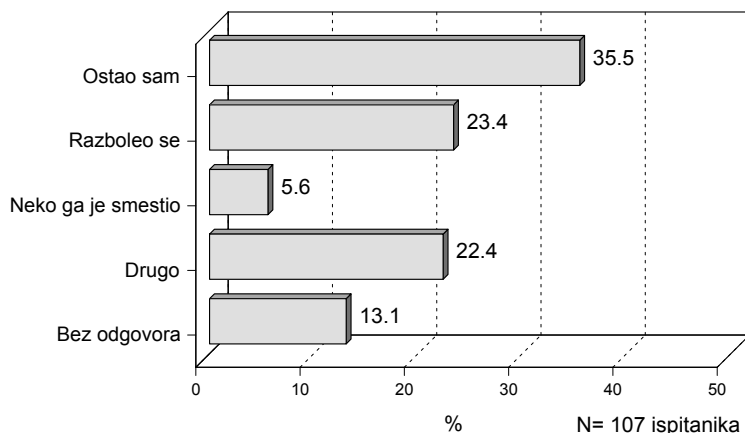


N= 107 ispitanika

Grafikon 12.

Najčešći razlozi odlaska u dom su samoća (35,5%) i bolest (23,4%). Analizirajući sve podatke dolazimo do zaključka da su ta dva razloga često udružena (grafikon 13).

RAZLOZI ZA DOLAZAK U DOM

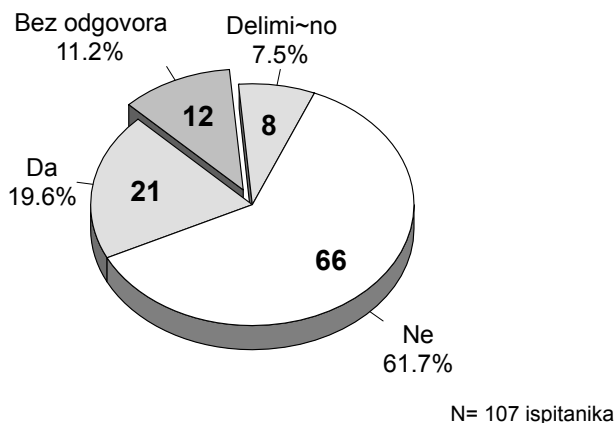


N= 107 ispitanika

Grafikon 13.

Više od četvrtine želi da ode iz doma da živi kao što je i ranije živelo, dok se skoro dve trećine adaptiralo na život u domu i ne želi da ode iz doma (grafikon 14).

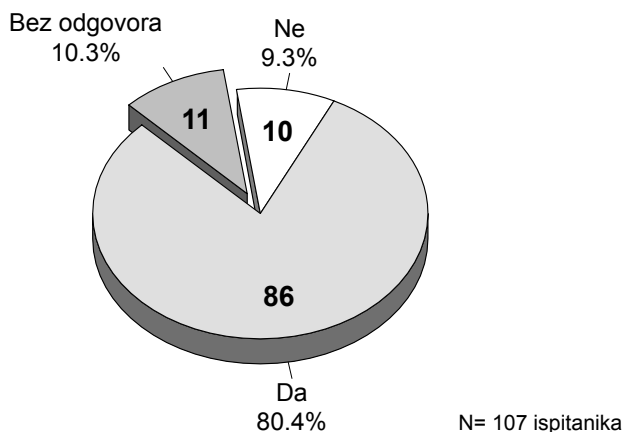
@ELI DA NAPUSTI @IVOT U DOMU



Grafikon 14.

Od svih štićenika doma 9,3% odgovara da nema nikog van doma, što znači da je od svih osoba u domu svaka deseta potpuno sama, nema rodbinu ili prijatelje van doma sa kojima bi mogla da održava komunikaciju (grafikon 15).

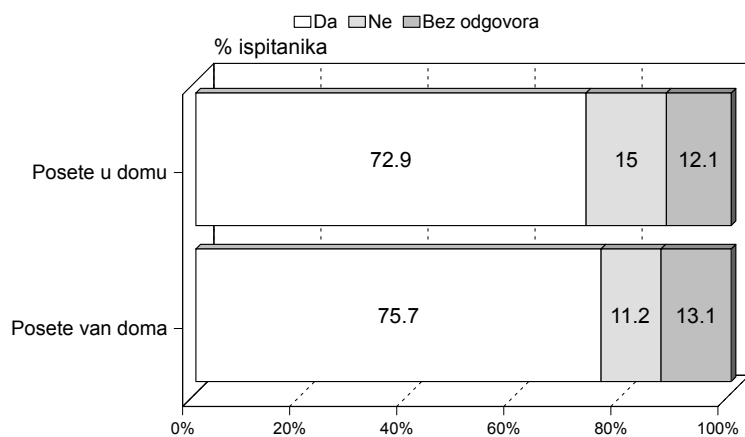
PRIJATELJI ILI DECE VAN DOMA



Grafikon 15.

Skoro tri četvrtine osoba u domu primaju posete (prijatelji, rodbina) a 75,7% starih i sami idu u posete van doma. Preko jedne desetine starih osoba koje žive u domu nemaju nikakvu komunikaciju sa osobama van doma (grafikon 16).

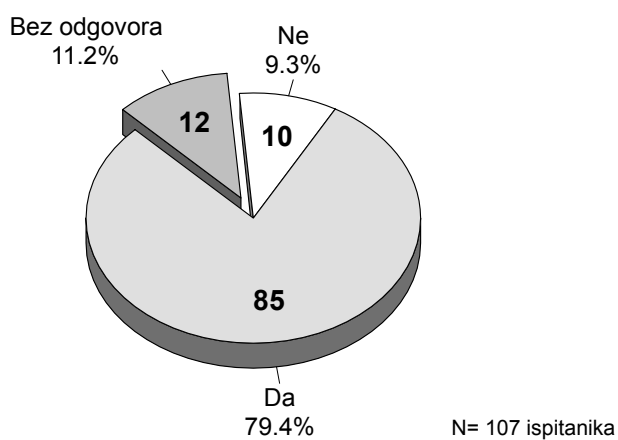
POSETE U DOMU I VAN DOMA



Grafikon 16.

Od onih koji žive u domu 79,4% navodi da je steklo nove prijatelje, dok svaki deseti štićenik doma izjavljuje da to nije ostvario (grafikon 17).

DA LI STE STEKLI NOVE PRIJATELJE U DOMU?



Grafikon 17.

5.3 FIZIČKO FUNKCIONISANJE

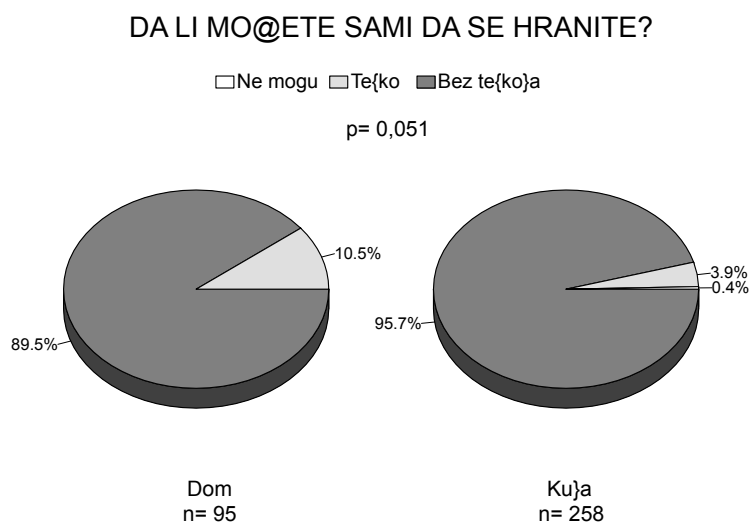
Domen fizičkog zdravlja kao komponenta kvaliteta života ispitivan je kroz fizičko funkcionisanje. Morbiditet nije obuhvaćen ovom analizom iako se postojanje bolesti, invaliditeta ili oštećenja čula reflektuje i na fizičko funkcionisanje. Opšti je utisak da je fizičko funkcionisanje u smislu mobilnosti i mogućnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti, kod starih u velikom procentu očuvano. Što se tiče razlika u fizičkom funkcionisanju između osoba u domu i u populaciji one koje postoje većinom se mogu tumačiti većom prosečnom starosti osoba u domu (tabela 12).

Tabela 12. Fizičko funkcionisanje ispitanika u odnosu na mesto stanovanja (u %)

Da li možete da?	Mesto	Ne mogu	Teško	Bez teškoća	p
Hodate 1 km	Dom	11.7	28.7	59.6	0.268
	Kuća	8.5	22.8	68.7	
	Ukupno	9.3	24.4	66.3	
Popnete se na II sprat bez odmaranja	Dom	14.4	30.0	55.6	0.395
	Kuća	14.3	23.0	62.7	
	Ukupno	14.3	24.9	60.8	
Sednete i ustanete sa stolice	Dom	1.1	20.7	78.3	0.883
	Kuća	1.2	18.3	80.5	
	Ukupno	1.1	18.9	80.0	
Sami hranite	Dom	0.0	10.5	89.5	0.051
	Kuća	0.4	3.9	95.7	
	Ukupno	0.3	5.7	94.0	
Sami obučete, skinete	Dom	0.0	13.1	86.9	0.035
	Kuća	1.5	5.8	92.7	
	Ukupno	1.1	7.8	91.1	
Sami umijete, obrijete, očešljate	Dom	1.0	12.2	86.7	0.055
	Kuća	1.1	5.0	93.9	
	Ukupno	1.1	7.0	91.9	
Obavite kupovinu	Dom	7.6	20.7	71.7	0.033
	Kuća	8.9	10.0	81.1	
	Ukupno	8.5	12.8	78.7	
Radite lakše kućne poslove	Dom	10.1	18.0	71.9	0.462
	Kuća	7.5	14.2	78.3	
	Ukupno	8.2	15.2	76.7	
Kuvate	Dom	23.5	20.6	55.9	<0.001
	Kuća	7.2	9.6	83.1	
	Ukupno	10.7	12.0	77.3	

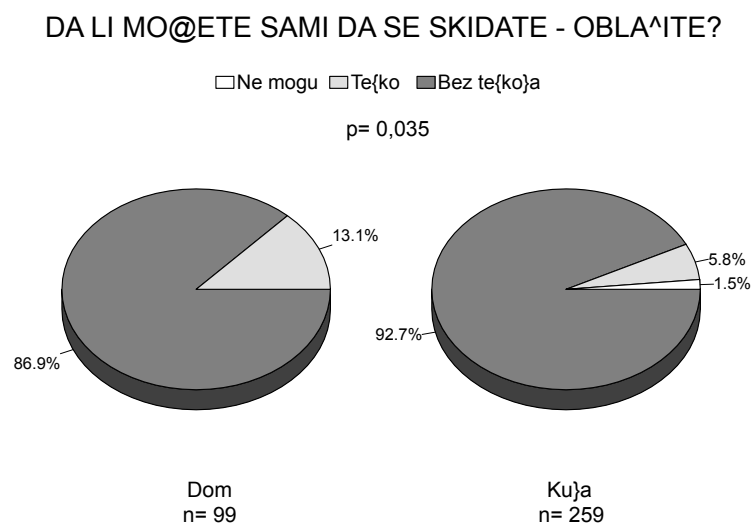
Kretanje je u velikom procentu očuvano kod starih osoba ali je značajno konstatovati da 9,3% njih ne može uopšte da pređe 1 km, dok četvrtina to može da uradi ali uz veliki napor.

Većina starih osoba može bez ikakvih teškoća da se penje ili silazi niz stepenice (60,8%) i da ustane ili sedne na stolicu (80%).



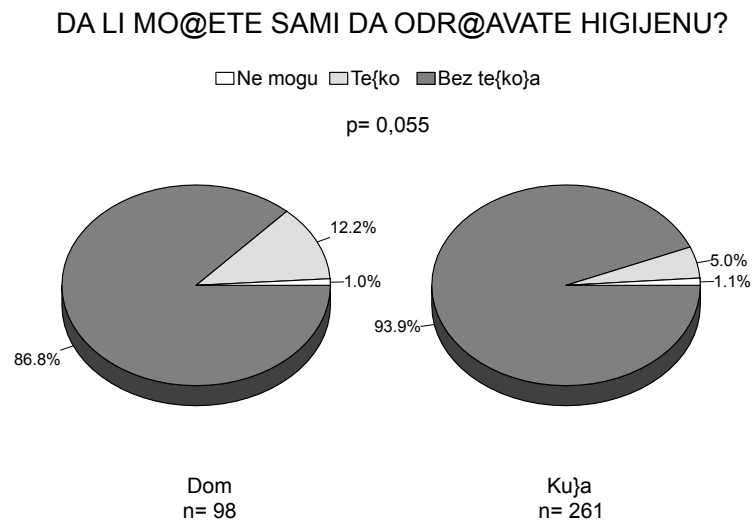
Grafikon 18.

Stare osobe u velikom procentu su sposobne da obavljaju aktivnosti samoopsluivanja kao što je mogućnost samostalnog hranjenja, ali se ipak zapaža da je veći procenat starih osoba koje u tome imaju teškoća (10,5%) među onima koji su u domu u odnosu na one koji su u sopstvenoj kući (grafikon 18).



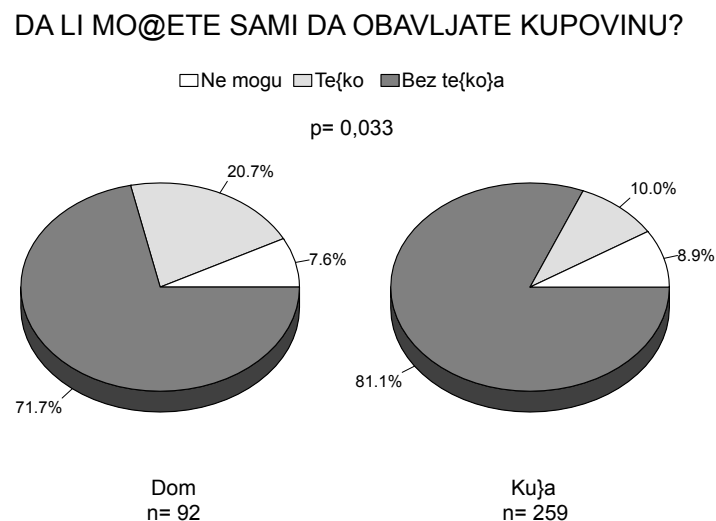
Grafikon 19.

Što se tiče obavljanja svakodnevnih aktivnosti kao što su oblačenje i održavanje lične higijene, može se reći da većina starih to čini bez većih teškoća (oko 90%) (grafikon 19, 20).



Grafikon 20.

Preko 76% ispitanika nema problema u obavljanju lakših kućnih poslova i kupovine, međutim, oko 8% starih je u tom pogledu potpuno zavisno od drugih (grafikon 21).



Grafikon 21.

Pitanje u vezi mogućnosti kuvanja često je ostalo bez odgovora od strane osoba muškog pola, ali oni koji su dali odgovor pokazuju istu distribuciju kao i za druge osnovne aktivnosti.

Život u starosti ne treba i ne sme da se svede na osnovne radnje i zato je veoma značajan stepen očuvanja fizičke kondicije i aktivnosti.

Skoro polovina starih (N=193) izjavljuje da su u mogućnosti da pretrče 100 m, s tim što postoje značajne razlike između osoba u domu i ostale populacije ($\chi^2=6,61$; $p=0,01$), i to u korist osoba koje žive u opštoj populaciji (tabela 13). Većina žena (63%) izjavljuje da nije u mogućnosti da pretrči razdaljinu od 100 m a većina muškaraca (60,5%) izjavljuje da može, što je i značajna razlika po polu ($\chi^2=18,01$; $p < 0,001$).

Tabela 13. Sposobnost ispitanika da pretrče 100 metara (u %)

Da li možete da pretrčite 100 m	Dom (N= 103)	Kuća (N= 262)	Ukupno (N= 365)
Ne	64,1	48,5	52,9
Da	35,9	51,5	47,1

Bavljenje sportom u skladu sa godinama kao što je kuglanje, trčanje ili eventualno igranje fudbala u mogućnosti je da obavlja četvrtina ispitanika. Ne postoje statistički značajne razlike u odgovorima ispitivanih grupa, ($\chi^2 = 0,00$; $p = 1,0$) (tabela 14). U isto vreme treba konstatovati da se muškarci znatno češće bave sportom i u poznim godinama života i ta razlika između polova je statistički značajna ($\chi^2 = 30,1$; $p < 0,001$).

Tabela 14. Sposobnost ispitanika da se bave sportom (u %)

Bavljenje sportom	Dom (N= 101)	Kuća (N= 263)	Ukupno (N= 364)
Ne	75,2	74,9	75,0
Da	24,8	25,1	25,0

Većina anketiranih je u mogućnosti da se samostalno kreće, da izađe van kuće (94,8%) (tabela 15). Usamljenost kao jedna od značajnih karakteristika starosti još je više izražena kod osoba koje su u nemogućnosti da se samostalno kreću van kuće. Takvih osoba u uzorku opšte populacije ima 5,2% a među onima u domu 9,7% ($\chi^2 = 4,73$; $p = 0,03$) (tabela 15).

Tabela 15. Sposobnost ispitanika da sami izađu van kuće (u %)

Da sami izađu van kuće	Dom (N= 103)	Kuća (N= 263)	Ukupno (N= 366)
Ne	9,7	3,5	5,2
Da	90,3	96,5	94,8

Od osoba koje ne mogu samostalno da izađu van kuće (N = 19), njih 12,5% uopšte ne može da hoda a 50% može da se kreće samo po sobi.

Osobe koje su sposobne da se samostalno kreću van kuće u velikom procentu su sposobne i da hodaju duže od 1 km (69,3%), ali skoro trećina ima mogućnost kretanja samo do 1 km udaljenosti.

Ograničavajući faktor u ostvarivanju komunikacije naročito u gradovima je nemogućnost korišćenja gradskog prevoza. Takvih osoba u istraživanju je bilo 40 (11%). Većina onih koji ne mogu da se voze autobusom kao prepreku za to navode da ne mogu da se popnu u autobus (42,5%) (tabela 16).

Tabela 16. Ograničavajući faktori za korišćenje gradskog saobraćaja (u %)

Uzrok	%
Ne može da hoda	25,0
Ne može da se popne u autobus	42,5
Pozli mu	10,0
Drugo	22,5

Jedna trećina ispitanika ima vozačku dozvolu i to u znatno većem procentu osobe koje su van doma (verovatno su opet godine limitirajući faktor) ($\chi^2 = 4,748$; $p = 0,030$). Od onih koji imaju dozvolu skoro 70% i vozi, a od onih koji imaju dozvolu a ne voze, polovina to ne čini jer nema auto (42,5%) (tabela 17).

Tabela 17. Vožnja automobila u odnosu na mesto stanovanja (u %)

Da li vozite?	Dom (N= 24)	Kuća (N= 97)	Ukupno (N= 121)
Da	47,7	75,3	68,6
Ne	58,3	24,7	31,4

Starost je povezana sa gubitkom, odnosno slabljenjem određenih čula, naročito vida a zaatim i sluha. Oštećenje vida i katarakta dramatično rastu sa starošću. Slabovidost u starosti se često može ukloniti odgovarajućim korektivnim sočivima (nošenje naočara) ali ako i pored toga postoje poteškoće u jasnoći viđenja, najčešći uzrok je katarakta koja se može rešiti samo operativno. Oko tričetrvtine starih osoba nosi naočare ali i pored naočara skoro polovina starih ima problem sa jasnoćom vida. Uvek ima problema da jasno vidi 51 osoba (14,5%) dok ponekad takvih problema ima 117 osoba (33,2%) ($\chi^2= 0,88$; $p= 0,64$) (tabela 18).

Tabela 18. Problemi ispitanika sa čitanjem u odnosu na mesto stanovanja (u %)

Problemi sa čitanjem	Dom (N= 101)	Kuća (N= 251)	Ukupno (N= 652)
Uvek	14,9	14,3	14,5
Ponekad	36,6	31,9	33,2
Nikad	48,5	53,8	52,3

Glavobolje posle gledanja televizije i čitanja često su uzrokovane slabovidošću, takvih problema ima 20 osoba (5,5%) uvek, a ponekad 112 starih (30,7 %) (tabela 19).

Tabela 19. Pojava glavobolje posle gledanja TV i čitanja (u %)

Glavobolja posle gledanja TV-a, čitanja	Ukupno
Uvek	5,5
Ponekad	30,7
Nikad	63,8

Gubitak ili slabljenje sluha je isto jedan od čestih pratioaca starosti. Stari ljudi često i nisu svesni da je došlo do znatnog gubitka ovog čula, tako da samo 2,8% njih nosi slušni aparat a više od trećine ima problema da dobro čuje i razume govor drugih ljudi u razgovoru (tabela 20).

Tabela 20. Problemi sa sluhom u odnosu na mesto stanovanja ispitanika (u %)

Problemi da razume govor	Dom (N= 82)	Kuća (N= 234)	Ukupno (N= 316)
Uvek	4,9	3,4	3,8
Ponekad	39,0	26,9	30,1
Nikad	56,1	69,7	66,1

Slična je distribucija i za mogućnost razumevanja govora na televiziji i radiju, oko 5% starih (N=18) ima uvek problema a 30,6% (N=110) ponekad u razumevanju govora na televiziji ili radiju.

Rezultat istraživanja pokazuje da 83,5% starih osoba ima dijagnostikovano neko hronično oboljenje, češće osobe koje žive u domu ($\chi^2= 3,82$; $p=0,05$) (tabela 21).

Tabela 21. Prisustvo hroničnih bolesti kod ispitanika (u %)

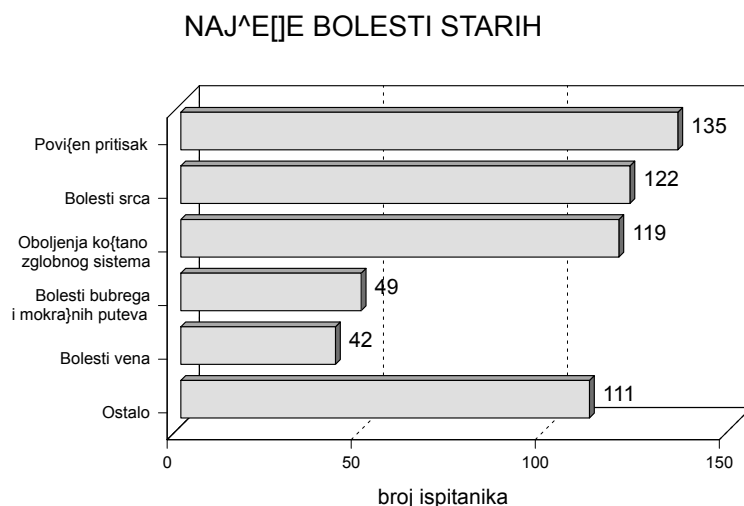
Da li bolujete od hronične bolesti	Dom (N= 101)	Kuća (N= 262)	Ukupno (N= 363)
Da	90,1	80,9	83,5
Ne	9,9	19,1	6,5

Jedna od karakteristika starosti je i multimorbidnost. Preko 75% onih koji su hronično oboleli imaju dve ili više bolesti istovremeno (tabela 22).

Tabela 22. Broj hroničnih bolesti u odnosu na mesto stanovanja ispitanika (u %)

Broj hroničnih bolesti	Dom (N= 88)	Kuća (N= 210)	Ukupno (N= 298)
Jedna	27,3	23,3	24,5
Dve	22,7	32,9	29,9
Tri	23,9	26,2	25,5
Četiri	4,5	3,8	4,0
Pet i više	21,6	13,8	16,1

Najčešće bolesti koje se javljaju kod starih su: povišen pritisak, bolesti srca, oboljenja koštano zglobnog sistema, bolesti bubrega i mokraćnih puteva, bolesti vena i ostalo (grafikon 22).



Grafikon 22.

U preko 70% slu{ajeva kod osoba kod kojih je postavljena dijagnoza postoji i propisana terapija od strane lekara, s tim {to bolji zdravstveni nadzor imaju osobe koje su u domu ($\chi^2= 7,90$; $p= 0,005$) (tabela 23).

Tabela 23. Da li je lekar prepisao lekove (u %)

Da li je lekar prepisao lekove	Dom (N= 102)	Ku{a (N= 256)	Ukupno (N= 358)
Da	81,4	65,6	70,5
Ne	18,6	34,4	29,5

Od onih koji treba da uzimaju lekove 75,3% njih uzima redovno, posebno {ti{enici doma (tabela 24).

Tabela 24. Redovno uzimanje lekova u odnosu na mesto stanovanja (u %)

Redovno uzima lekove	Dom (N= 86)	Ku{a (N= 177)	Ukupno (N= 263)
Da	82,5	71,8	75,3
Ne	17,5	28,2	24,7

Oni koji ne uzimaju redovno lekove a propisani su im od strane lekara, kao naj{e{ci razlog za to navode {to su skupi lekovi (63%), dok blizu petine navodi da lekova nema u apoteci 18,5%.

5.4. EMOCIONALNO ZDRAVLJE

Sledeća važna komponenta zdravlja je psihičko zdravlje. Diskutabilno je pitanje šta sve ulazi u komponentu psihičkog zdravlja ali je neosporno da se nivo psihičkog zdravlja najviše reflektuje kroz emocionalne reakcije, u smislu doživljavanja sebe, drugih i života uopšte, kao i kroz kognitivne sposobnosti pojedinca. Kroz set pitanja na koja se mogu dati odgovori od potpunog neslaganja preko neutralnog stava do potpunog slaganja, utvrđivane su različite sfere emocionalnog zdravlja kod starih. Pitanja su tako formulisana da se često odnose na istu komponentu emocionalnog aspekta zdravlja a to je urađeno da bi se kroz više pitanja mogla izvući ona koja najbolje reflektuju određenu sferu tog aspekta zdravlja, a i najbolje odgovaraju populacionoj grupi starih na teritoriji na kojoj je istraživanje rađeno.

Odgovori koji su ponuđeni u prvom setu pitanja imaju 5 nivoa, od potpunog slaganja sa izjavom koja je ponuđena, do potpunog neslaganja (potpuno se ne slažem, delimično se ne slažem, ne znam, delimično se slažem, potpuno se slažem).

Pitanja su tako formulisana da je u nekim pitanjima slaganje sa iznetim stavom pozitivan odgovor a neslaganje negativan i obrnuto. U analizi su pitanja prikazana kao negativan, neutralan ili pozitivan stav.

U drugom setu pitanja koja se odnose na emocionalno zdravlje postoje tri moguća odgovora: ne slažem se, ne znam, slažem se.

U analizi su ova pitanja opet klasifikovana kao negativan, neutralan i pozitivan stav.

Analiza pokazuje da 46,2% starih osoba smatra da im život nije mnogo koristan, i to značajno češće oni koji su u domu ($\chi^2=10,1$; $p=0,04$) i češće žene nego muškarci ($\chi^2=14,7$; $p=0,01$) (tabela 25). Anketirane osobe u velikom procentu (86,2%) smatraju da svako treba da ima nekoga čija sreća mu znači isto toliko koliko i njegova lična.

Korisnim se smatra 72,5% starih, i to češće osobe koje žive u svojim kućama ($\chi^2=14,4$; $p=0,01$). Osobe koje žive u domu češće misle da su gubitnici ($\chi^2=11,7$; $p=0,02$).

Stav da su mnogi ljudi nesrećni jer ne znaju šta žele od života imai 17,4% ispitanika (tabela 25). U današnje vreme kada je svako okrenut sam sebi ljudi često ne veruju jedni drugima. Tako misli oko 80% anketiranih (tabela 26).

Tabela 25. Emocionalni stavovi ispitanika u odnosu na mesto stanovanja (u %)

Pitanja	Mesto	Negativan	Neutralan	Pozitivan	p
Ponekad osećam da mi život nije mnogo koristan	Dom	57,3	14,6	28,1	0.042
	Kuća	41,7	15,5	42,4	
	Ukupno	46.2	15.2	38.5	
Svako treba da ima u životu nekoga čija sreća mu znači koliko i njegova	Dom	4,2	11,6	84,2	0.241
	Kuća	6,0	7,1	86,9	
	Ukupno	5.5	8.4	86.2	
Ja sam korisna osoba za okolinu (trebaju me ljudi)	Dom	12,4	29,2	58,5	0.006
	Kuća	9,1	13,4	77,5	
	Ukupno	9.9	17.5	72.5	
Često mislim da sam gubitnik	Dom	43,1	21,6	35,3	0.020
	Kuća	28,2	18,8	52,4	
	Ukupno	32.6	19.5	47.9	
Mnogi ljudi su nesrećni jer ne znaju šta žele od života	Dom	15,2	20,7	64,1	0.935
	Kuća	18,3	18,3	63,5	
	Ukupno	17.4	18.9	63.7	

Samo polovina starih osoba misli da prolazi kroz život onako kako to želi i tu nema većih razlika u odnosu na pol i mesto boravka.

Sa tvrdnjom da ima mnogo ljudi koji ne znaju šta da rade sa svojim životom slaže se više od polovine anketiranih starih osoba, dok četvrtina ima neutralan stav. Muškarci ($\chi^2=11,4M$; $p=0,001$) i osobe koje žive u svojim kućama ($\chi^2=14,1$; $p=0,01$) češće se ne slažu sa tim stavom.

Da je život ljudi kontrolisan zaverama drugih ljudi smatra 45% starih osoba.

Tabela 26. Emocionalni stavovi ispitanika u odnosu na mesto stanovanja (u %)

Pitanja	Mesto	Negativan	Neutralan	Pozitivan	p
U današnje vreme kada je svako okrenut sebi	Dom	77,0	7,0	16,0	0,446
	Kuća	81,1	7,1	11,8	

ljudi dolaze do toga da ne veruju jedni drugima	Ukupno	79,9	7,1	12,9	
Brzo mislim (razmišljam) donosim odluke	Dom	13,4	15,5	71,1	0,132
	Kuća	16,6	15,0	68,4	
	Ukupno	15,7	15,1	69,1	
Neki ljudi osećaju da prolaze kroz život na način koji žele a to je slučaj sa mnom	Dom	31,5	22,8	45,6	0,243
	Kuća	27,8	15,9	56,4	
	Ukupno	28,7	17,7	53,5	
Ima mnogo ljudi koji ne znaju šta da rade sa svojim životom	Dom	48,4	36,6	15,1	0,007
	Kuća	58,8	21,2	20,0	
	Ukupno	56,1	25,3	18,7	
Mnogi ljudi ne shvataju koliko im je život kontrolisan zaverama drugih ljudi	Dom	44,6	35,1	20,2	0,038
	Kuća	45,4	38,6	16,0	
	Ukupno	45,2	37,7	17,1	

Sa izjavom "ljudi osećaju naklonost prema meni", slaže se dve trećine starih osoba, ali pozitivnije mišljenje o tom stavu imaju osobe koje žive u svojim kućama nego one osobe u domu ($\chi^2= 9,39$; $p =0,05$) (tabela 27).

Kada nešto započne da radi to i uradi 85% starih, ako pravi neke planove, većina (81,8%) starih se pobrine da se to i ostvari, tj. da se desi ono što i očekuju.

Mišljenje da ljudi imaju loš život u braku ima preko polovine starih, češće žene nego muškarci ($\chi^2=11,8$; $p = 0,02$).

"Nije pošteno radati decu obzirom kakva će im biti budućnost", sa tim stavom slaže se skoro 45% starih osoba.

Više od trećine (35,2%) starih misli da su odgurnuti od dobrih stvari koji se dešavaju u životu. Osobe u domu ($\chi^2= 15,4$; $p =0,004$) i žene se češće slažu sa tom izjavom ($\chi^2= 11,3$; $p=0,02$).

Stav da je došlo takvo vreme da treba živeti za danas i samo pustiti da se sutrašnjica desi, u velikom procentu (60,7%) imaju stari.

Tabela 27. Emocionalni stavovi ispitanika u odnosu na mesto stanovanja (u %)

Pitanja	Mesto	Negativan	Neutralan	Pozitivan	p
Ljudi osećaju naklonost prema meni	Dom	10,6	32,6	56,9	0,052
	Kuća	7,6	23,2	69,2	
	Ukupno	8,4	25,8	65,8	

Rekao bih da skoro uvek završim posao koji započnem	Dom	12,5	4,2	83,3	0,635
	Kuća	7,4	5,4	87,1	
	Ukupno	8,8	5,1	86,1	
Kada pravim planove ja se pobrinem da se stvari dešavaju onako kako ja očekujem	Dom	6,3	13,7	80,0	0,290
	Kuća	7,6	9,9	82,5	
	Ukupno	7,2	11,0	81,8	
Većina ljudi u braku ima loš život	Dom	50,5	28,0	21,5	0,892
	Kuća	54,0	24,0	22,0	
	Ukupno	53,1	25,1	21,9	
Nije pošteno radati decu obzirom kakva će im biti budućnost	Dom	48,9	18,9	32,2	0,345
	Kuća	42,9	18,6	38,5	
	Ukupno	44,5	18,7	36,8	
Neki ljudi osećaju kao da ih drugi odguruju od dobrih stvari i ja tako osećam	Dom	38,8	31,1	30,1	0,004
	Kuća	33,8	24,7	41,5	
	Ukupno	35,2	26,5	38,3	
Ja sam obično oprezan	Dom	12,7	11,6	75,8	0,684
	Kuća	9,0	9,4	81,5	
	Ukupno	10,0	10,0	80,0	
U današnje vreme ljudi moraju da žive za danas i da puste da se sutrašnjica desi	Dom	65,7	12,5	21,9	0,108
	Kuća	58,7	11,1	30,1	
	Ukupno	60,7	11,5	27,9	

"Srećan sam isto kao i u mladosti", sa tim se ne slaže 47,5% starih, petina ne zna a ostali misle da su sada srećniji. Pozitivnije mišljenje o tome imaju osobe koje žive u opštoj populaciji ($\chi^2=8,1$; $p=0,02$) (tabela 28).

Veliki procenat starih smatra da bi život mogao da im bude srećniji (72,8%) i to češće osobe koje žive u svojoj kući ($\chi^2= 12,1$; $p = 0,01$).

"Ovo su najbolje godine mog života", većina anketiranih osoba ne misli tako (62%) ali je ovde interesantno istaći da se 16,4% starih osoba slaže sa tom izjavom.

Polovina anketiranih se oseća starim i umornim (48,4%). Stari su u velikom procentu (70%) svesni svojih godina ali ih to ne brine .

Svojim dosadašnjim životom zadovoljno je 57% starih i približno toliko izjavljuje da ne bi menjalo svoj prošli život čak i da ima mogućnosti.

Češće prave planove u životu za mesec i godinu dana unapred muškarci u odnosu na žene (45% muškaraca i 32,5% žena) i ta je razlika statistički značajna ($\chi^2= 6,28$; $p = 0,04$) kao i osobe koje žive u svojoj kući (42,9%) u odnosu na osobe koje žive u domu (25,2%) ($\chi^2=21,6$; $p < 0,001$).

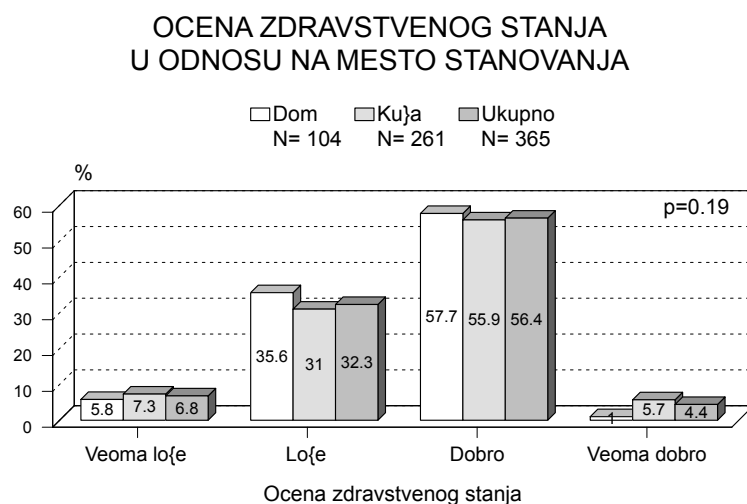
Tabela 28. Emocionalni stavovi ispitanika u odnosu na mesto stanovanja (u %)

Pitanja	Mesto	Negativan	Neutralan	Pozitivan	p
Srećan sam isto kao i u mladosti	Dom	45,8	31,8	22,4	0,617
	Kuća	48,1	19,2	32,7	
	Ukupno	47,5	22,8	29,8	
Život bi mogao da mi bude srećniji	Dom	65,3	26,5	8,2	0,007
	Kuća	75,7	12,9	11,4	
	Ukupno	72,8	16,7	10,5	
Ovo su najbolje godine mog života	Dom	55,1	29,0	15,9	0,214
	Kuća	63,2	20,7	16,2	
	Ukupno	60,9	23,1	16,1	
Osećam se starim i umornim	Dom	42,7	11,5	45,8	0,417
	Kuća	50,6	10,3	39,1	
	Ukupno	48,4	10,6	41,0	
Osećam svoje godine ali me to ne brine	Dom	15,9	20,6	63,6	0,004
	Kuća	19,9	8,3	71,8	
	Ukupno	18,8	11,8	69,4	
Kada pogledam svoj život zadovoljan sam njime	Dom	28,0	17,8	54,2	0,511
	Kuća	28,6	13,2	58,3	
	Ukupno	28,4	14,5	57,1	
Prošli život ne bih menjala sve i da mogu	Dom	22,4	32,7	44,9	0,113
	Kuća	30,5	23,3	46,2	
	Ukupno	28,2	26,0	45,8	
Pravim planove u životu za mesec i za godinu dana unapred	Dom	32,7	42,1	25,2	<0,001
	Kuća	37,6	19,5	42,9	
	Ukupno	36,2	26,0	37,8	

5.5. SAMOPROCENA ZDRAVLJA

Samoprocena zdravlja kao važna komponenta u proceni kvaliteta života, često nije u skladu sa objektivnim stanjem zdravlja, ali je odraz čovekovog ličnog doživljavanja toga stanja. Stare osobe, koje su se "saživele" sa postojanjem nekog oboljenja bez obzira na to, svoje zdravlje procenjuju kao "dobro" ili "jako dobro". Samoprocena zdravlja neće uticati da se "izbriše", "zaboravi" ili "preboli" neko hronično oboljenje ali utiče na kvalitet života te osobe sa tom bolesti.

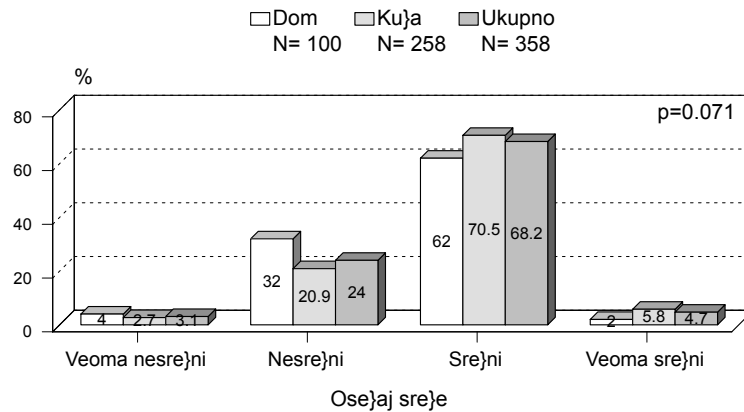
To potvrđuju i rezultati ovog istraživanja. Preko 60% starih 60 i više godina ocenjuje svoje zdravlje kao dobro ili jako dobro. Ovakvu ocenu češće daju muškarci nego žene ($\chi^2= 7,68$; $p=0,053$), dok razlika u percepciji između opšte populacije i osoba smeštenih u domovima za stare ne postoji ($\chi^2= 4,65$; $p=0,19$) (grafikon 23).



Grafikon 23.

Većina starih (72,9%) smatra da su srećni, ali je svaka treća osoba nesrećna i to više osobe koje žive u domu ($\chi^2= 7,04$; $p=0,07$) i žene ($\chi^2= 2,49$; $p=0,47$), s tim što razlika nije statistički značajna (grafikon 24).

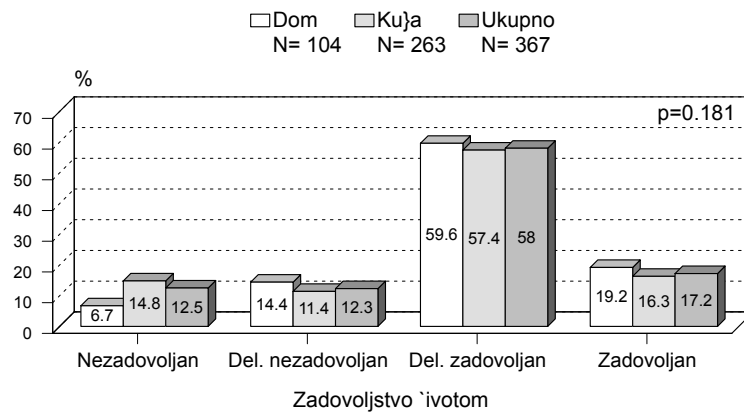
UZIMAJUJI SVE U OBZIR, DA LI STE SREJNA OSOBA?



Grafikon 24.

Osobe stare 60 i više godina su u velikom procentu zadovoljne kako provode život danas (75,2%) premda je četvrtina nezadovoljna. Značajnih razlika po polu i mestu življenja nema (grafikon 25).

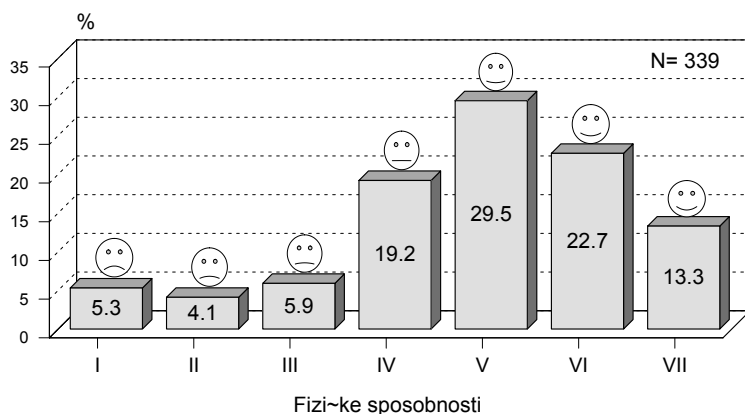
ZADOVOLJSTVO ISPITANIKA NA^INOM NA KOJI DANAS PROVODE @IVOT



Grafikon 25.

Na skali sa sedam likova (face scale) većina anketiranih je zaokružila nasmejjane likove (65,5%), kao odraz njihovog lika, koji bi prikazao zadovoljstvo njihovim sveukupnim životom. Na skali od 1 do 7 prosečna ocena zadovoljstva je 4,84. Transformisani skor u skali od 0 do 100 daje prosečnu ocenu 64,1. Na prosečnu ocenu nisu imali uticaj mesto življenja ni pol (grafikon 26).

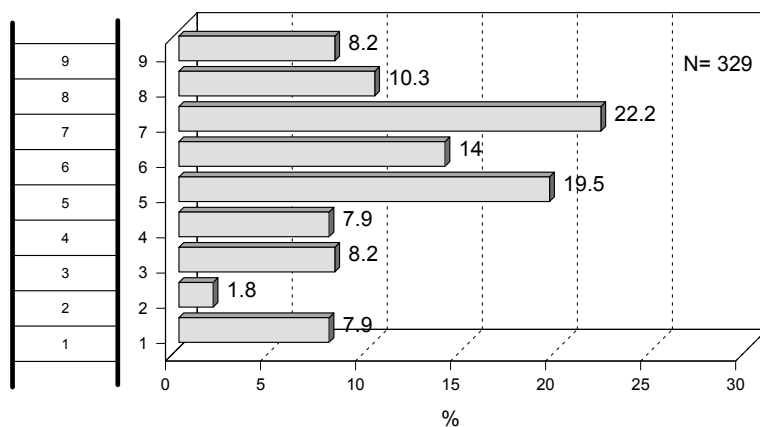
ZADOVOLJSTVO SVEUKUPNIM @IVOTOM



Grafikon 26.

Oko tri četvrtine starih je uspeh dosadašnjim životom na lestvici od 1 do 9 ocenilo 5 i više, tako da je prosečna ocena 5,58, što u transformisanom skor u iznosi 57,6 (na skali od 0 do 100). Mesto življenja ni pol nisu imali značajan uticaj na prosečnu ocenu dosadašnjim životom (grafikon 27).

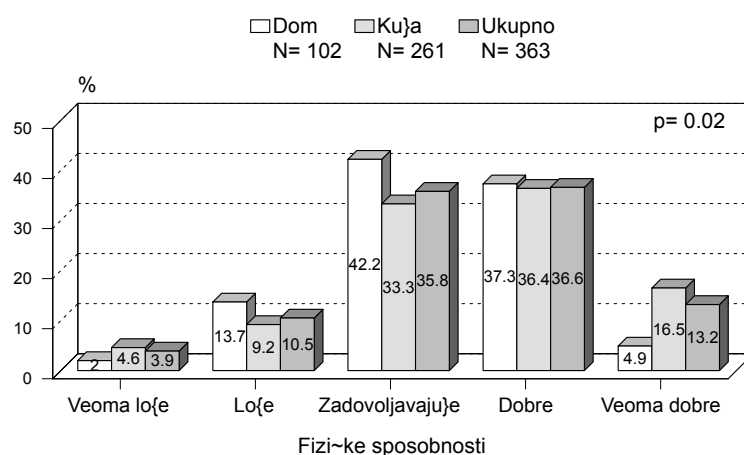
USPEH DOSADA[NJIM @IVOTOM



Grafikon 27.

Svoje fizičke sposobnosti anketirane osobe procenjuju češće kao dobre nego kao loše. Razlike u proceni fizičkih sposobnosti po polu nisu statistički značajne ($\chi^2 = 6,48$; $p = 0,166$), ali postoji značajna razlika u proceni između osoba u domu i onih koji žive u kući ($\chi^2 = 11,8$; $p = 0,02$). Znatno lošije procenjuju svoje fizičke sposobnosti osobe u domu (grafikon 28).

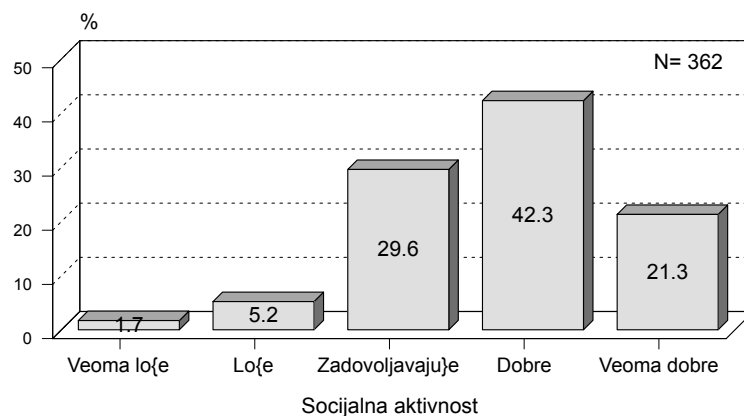
PROCENA FIZI^KIH SPOSOBNOSTI



Grafikon 28.

Svoje socijalne aktivnosti najveći procenat ispitanika procenjuje pozitivno, čak 63,6% kao dobre ili veoma dobre, 29,6% kao zadovoljavajuće a ostali kao loše. U proceni ovih aktivnosti nema značajnih razlika po polu ($\chi^2= 5,93$; $p=0,20$) ni po mestu življenja ($\chi^2= 1,16$; $p=0,88$) (grafikon 29).

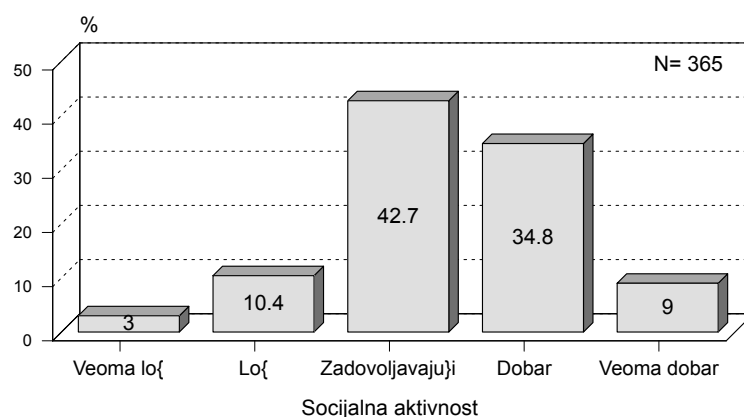
PROCENA SOCIJALNIH AKTIVNOSTI



Grafikon 29.

Svoj emocionalni život u smislu raspoloženja i zadovoljstva, 42,7% starih procenjuje kao zadovoljavajući, isto toliko kao dobar ili veoma dobar (43,8%), dok je za svaku 7. osobu loš ili veoma loš. Žene lošije procenjuju svoj emocionalni život nego muškarci ($\chi^2= 7,30$; $p=0,12$) ali ne statistički značajno (grafikon 30).

OCENA EMOCIONALNOG ŽIVOTA

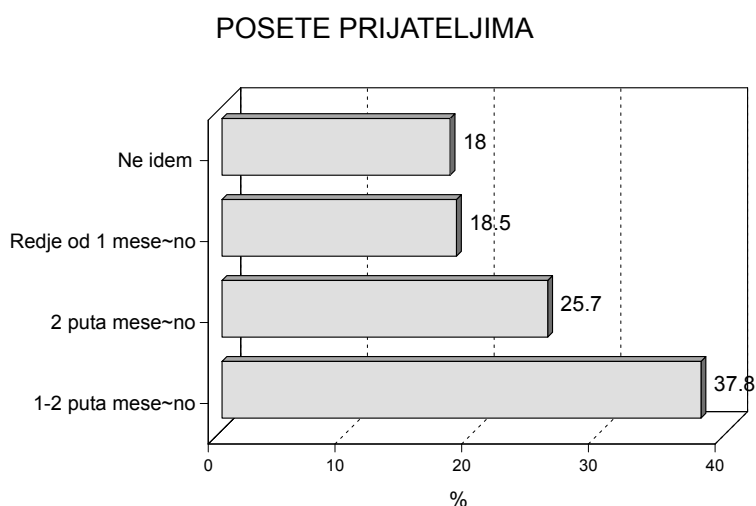


Grafikon 30.

5.6. SOCIJALNA KOMPONENTA ZDRAVLJA

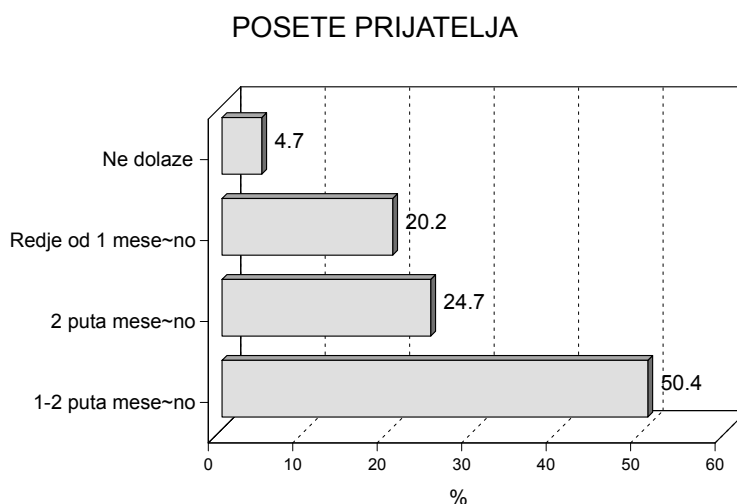
Područje socijalnih komunikacija je fundamentalno u ostvarivanju sreće u poznim godinama života. Na nju utiču subjektivni ali i mnogi objektivni faktori.

Utvrđeno je da 18% starih ne ide uopšte u posete, nešto veći procenat (18,5%) ide jednom mesečno, oko četvrtine svake druge nedelje, a svega 37,8% jedanput do dva puta nedeljno. Nema značajnih razlika u odnosu na pol ($\chi^2= 7,23$; $p=0,06$) kao ni u odnosu na mesto življenja ($\chi^2= 2,66$; $p=0,44$) (grafikon 31).



Grafikon 31.

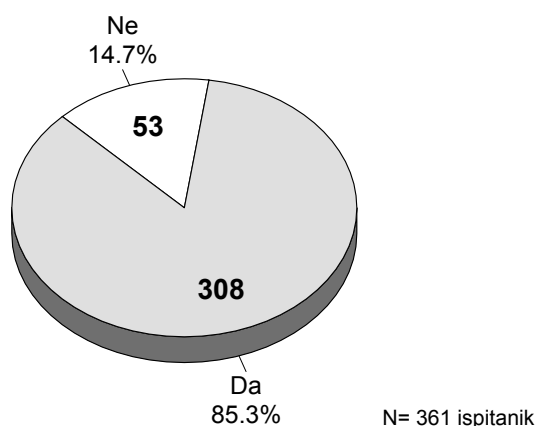
Nešto su češće posete prijatelja starim osobama. Dok 75% ima redovne posete, njih 4,7% niko ne posećuje. Muškarci imaju nešto češće posete od žena ($\chi^2= 7,75$; $p=0,051$), dok razlika po mestu življenja nije dokazana ($\chi^2= 6,34$; $p=0,09$) (grafikon 32).



Grafikon 32.

Na pitanje da li ih je tokom prošle nedelje neko posetio 14,7% anketiranih osoba je odgovorilo negativno (grafikon 33).

DA LI VAS JE NEKO POSETIO PRO[LE NEDELJE?

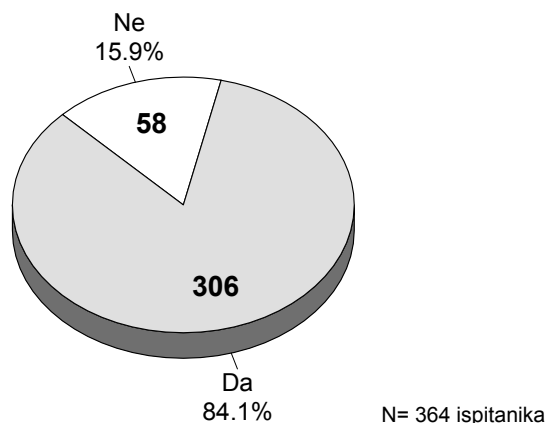


Grafikon 33.

Preko 84% starih ima telefon, ali i pored toga samo 36% ga koristi svakodnevno da bi ostvario kontakt sa prijateljima ili rođacima. Svaka četvrta. stara osoba koristi telefon 1 do 2 puta mesečno. U ostvarivanju ovakve vrste socijalnog kontakta razlike po polu nema ($\chi^2= 0,93$; $p= 0,81$),

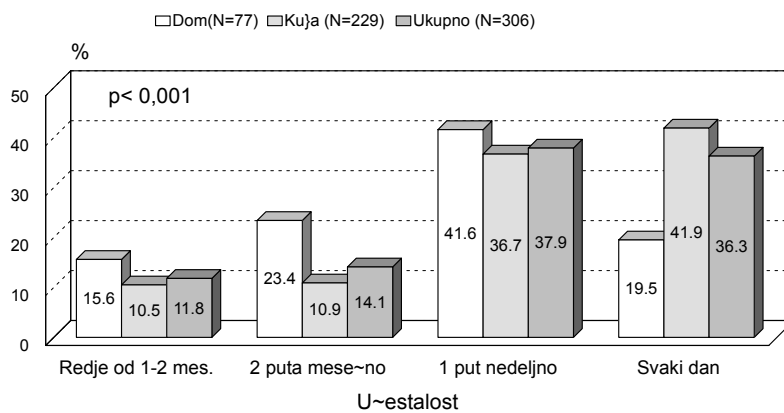
ali na ovaj način češće kontaktiraju osobe u populaciji nego stari koji žive u domovima ($\chi^2= 16,0$; $p= 0,001$) (grafikon 34, 35).

POSEDOVANJE TELEFONA



Grafikon 34.

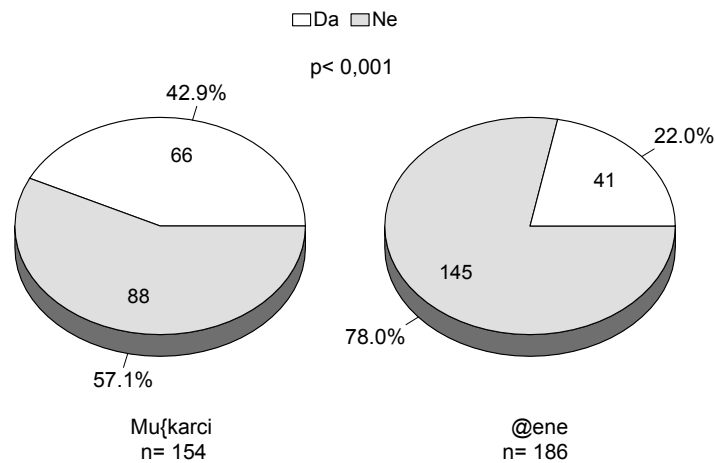
U^ESTALOST KORI[ENJA TELEFONA



Grafikon 35.

Većina starih nisu članovi udruženja, kluba ili partije (69,7%). Tu postoji značajna razlika po polu. Muškarci se češće uključuju u klubove, partije ili udruženja ($\chi^2= 15,9$; $p=0,001$) (grafikon 36).

^LANSTVO U UDRU@ENJIMA



Grafikon 36.

Najveći broj anketiranih opšte populacije (84,1%) navodi da im se tokom prethodne godine nije dogodilo ništa značajno, dok 70,2% osoba koje žive u domu navode kao značajan događaj odlazak u dom. Svaka treća anketirana osoba izjavljuje da je tokom prošle godine išla negde na put. Četvrtina onih koji su u domovima za stare je tokom prošle godine ostala bez bračnog druga (tabela 29).

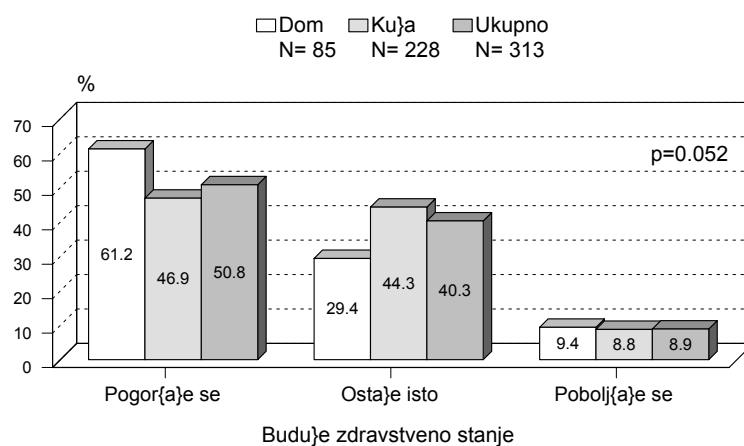
Tabela 29. Značajni događaji tokom godine (u %)

Događaji	Dom (N= 47)	Kuća (N= 207)	Ukupno (N= 254)
Odlazak u penziju	2.1	4.3	3.9
Odlazak u dom	70.2	1.0	13.8
Promena nekretnina	-	2.4	2.0
Smrt člana porodice	4.3	4.3	4.3
Bolest	-	1.9	1.6
Dobila praunuče	-	1.4	1.2
Propao posao	-	0.5	0.4
Bez događaja	23.4	84.1	72.8

Polovina starih očekuje da se tokom narednih 5 godina njihovo zdravstveno stanje pogorša, ali svaka 12 stara osoba očekuje da se poboljša a 40% se nada da će ostati nepromenjeno. Polne

razlike nisu značajne, na granici statističke značajnosti su razlike u očekivanjima kod osoba u domu koja su lošija od osoba koje su kod svojih kuća ($\chi^2= 5,91$; $p= 0,052$) (grafikon 37).

O^EKIVANJA U VEZI BUDUJEG ZDRAVSTVENOG STANJA



Grafikon 37.

5.7. SKALE / DOMENI

Jedan od cijeva ovog rada je bio da se formira opšti upitnik o kvalitetu života starih na našim prostorima, koji će uzeti u obzir sve specifičnosti koje donosi starost a da pri tome bude što je moguće kraći i u isto vreme sveobuhvatan za sagledavanje kvaliteta života starih u odnosu na zdravlje.

Odabrana pitanja koja su ušla u upitnik nisu sva pokazala neophodnost postojanja u konačnoj verziji formiranja pojedinih skala za ocenu određenih sfera zdravlja i sa njima u vezi kvaliteta života. Upitnik u celini dat je u prilogu rada, a sledi pregled pitanja koja su ušla u formiranje pojedinih skala.

Korišćenjem navedenih kriterijuma formirano je šest skala/domena sa ukupno 36 pitanja. Skale se kreću u rasponu od 0 do 100 (tabela 30).

Tabela 30.

Domen	Naziv domena/skale	Broj pitanja
FF	fizičko funkcionisanje	6
SC	samozbrinjavanje	6
KD	osećanja u vezi korisnosti u društvu	5
OŽ	osećanja u vezi života	9
SF	socijalno funkcionisanje	4
SP	samoprocena	6

I - Skala fizičkog funkcionisanja - FF

1. Da li možete da hodate 1 km?
2. Da li možete da se popnete 2 puta stepenicama bez odmaranja?
3. Da li možete sami da idete u kupovinu?
4. Da li možete da pretrčite - brzo pređete 100 m ako je to neophodno?
5. Da li možete sami da izađete iz stana i da prošetate?
6. Ako bi trebalo da li bi mogli sami da putujete autobusom?

II - Skala samozbrinjavanja - SC

1. Da li možete da sednete-ustanete sa stolice?
2. Da li možete sami da se hranite?
3. Da li možete sami da se skinete-obučete?
4. Da li možete sami da se umijete, obrijete, očešljate?
5. Da li možete sami da kuvate?
6. Da li možete sami da obavite lakše kućne poslove?

III - Skala osećanja u vezi korisnosti u društvu - KD

1. Svako treba da ima u životu nekoga čija sreća mu znači koliko i njegov
2. Ja sam korisna osoba za okolinu (trebaju me ljudi)
3. Ljudi osećaju naklonost prema meni
4. Rekao bih da skoro uvek i završim posao koji započnem
5. Kada pravim planove ja se pobrinem da se stvari dešavaju onako kako ja očekujem

IV - Skala osećanja u vezi života - OŽ

1. Ponekad osećam da mi život nije mnogo koristan
2. Često mislim (osećam) da sam gubitnik
3. Većina ljudi u braku ima loš život
4. Srećan sam isto koliko i u mladosti
5. Osećam se starim i umornim
6. Osećam svoje godine, ali me to ne brine
7. Kada pogledam svoj život unazad, zadovoljan sam njime
8. Prošli život ne bih menjao/la sve i da mogu
9. Pravim planove u životu za mesec i godinu dana unapred

V - Skala socijalnog funkcionisanja - SF

1. Koliko često idete u posetu prijateljima?
2. Koliko često prijatelji dolaze kod vas?
3. Ako imate telefon koliko često zovete prijatelje ili rođake?
4. Da li vas je neko posetio prošle nedelje?

VI - Skala samoprocene - SP

1. Kako biste ocenili vaše zdravstveno stanje?
2. Uzimajući sve u obzir da li ste (veoma srećni, srećni, nesrećni i veoma nesrećni)?
3. Da li ste zadovoljni načinom kojim provodite život danas?
4. Šta mislite kakve su vaše fizičke sposobnosti (pod ovim se podrazumeva mogućnost hodanja, komuniciranja i dr.)?
5. Kako biste ocenili vaše socijalne aktivnosti (druženje sa prijateljima, održavanje kontakta sa porodicom i dr.)?
6. Kako biste ocenili vaš emocionalni život? (Pod ovim se podrazumeva da li ste obično dobro raspoloženi, zadovoljni životom)?

Domen 1 - Skala fizičkog funkcionisanja (FF)

Kriterijume za uključivanje u domen fizičkog funkcionisanja ispunilo je 6 pitanja (Tabela 31). Rezultati dobijeni analizom matrice korelacije prikazani su u tabeli 32. Najveća korelacija je između pitanja o mogućnosti hodanja 1 km i mogućnosti odlaska u kupovinu ($r=0,69$), a najmanja između pitanja o mogućnosti trčanja i mogućnosti za samostalni izlazak iz stana ($r=0,22$).

Tabela 31. Pitanja u skali FF

Kod	Pitanje
DEOA1A	Da li možete da hodate 1 km
DEOA1B	Da li možete da se popnete 2 puta stepenicama bez odmaranja
DEOA1G	Da li možete sami da idete u kupovinu
DEOA2	Da li možete da pretrčite - brzo pređete 100 m ako je to neophodno
DEOA4	Da li možete sami da izađete iz stana i da prošetate
DEOA7	Ako bi trebalo da li bi mogli sami da putujete autobusom

Tabela 32. Matrica korelacije u skali FF

Pitanje	DEOA1A	DEOA1B	DEOA1G	DEOA2	DEOA4	DEOA7
DEOA1A	1.00					
DEOA1B	0.64	1.00				
DEOA1G	0.69	0.58	1.00			
DEOA2	0.50	0.56	0.44	1.00		
DEOA4	0.40	0.36	0.49	0.22	1.00	
DEOA7	0.54	0.42	0.58	0.28	0.49	1.00

Najveći koeficijent korelacije između pojedinog pitanja i vrednosti celokupnog domena ako bi se dotično pitanje izostavilo je za pitanje o mogućnosti hodanja 1 km ($r=0,76$), a najmanja kod pitanja o mogućnosti samostalnog boravka van stana ($r=0,48$).

Crombach alpha vrednost u slučaju izostavljanja pojedinog pitanja je izuzetno izjednačena i kreće se u opsegu od 0,76 do 0,84 i ne odstupa značajno od globalne vrednosti Crombach alpha koeficijenta za ceo domen koja iznosi 0,85. Vrednost ICC koeficijenta od 0,83 dodatno potvrđuje činjenicu o korektno izabranim pitanjima koja definišu domen fizičkog funkcionisanja starijih osoba (tabela 33).

Tabela 33. Testiranje pouzdanosti skale FF

Pitanje (kod)	Korelacija pitanja i domena	Crombach alpha ako se pitanje izostavi
DEOA1A	0.76	0.76
DEOA1B	0.70	0.78
DEOA1G	0.73	0.77
DEOA2	0.56	0.81
DEOA4	0.48	0.84
DEOA7	0.58	0.82

Domen 2 - Skala samozbrinjavanja (SC)

Psihometrijske analize su pokazale da je za definisanje domena o samozbrinjavanju bilo potrebno uključiti 6 pitanja navedenih u tabeli 34. Rezultati dobijeni analizom matrice korelacija prikazani su u tabeli 35. Najveća korelacija je između pitanja o mogućnosti samostalnog uzimanja hrane i samostalnog skidanja i oblačenja i samostalnog održavanja higijene (r preko 0,65), a najmanja između pitanja o mogućnosti samostalne ishrane i sposobnosti za kuvanje ($r=0,30$).

Tabela 34. Pitanja u skali SC

Kod	Pitanje
DEOA1C	Da li možete da sednete-ustanete sa stolice?
DEOA1D	Da li možete sami da se hranite?
DEOA1E	Da li možete sami da se skinete-obučete?
DEOA1F	Da li možete sami da se umijete, obrijete, očešljate?
DEOA1H	Da li možete sami da kuvate?
DEOA1I	Da li možete sami da obavite lakše kućne poslove?

Tabela 35. Matrice korelacije u skali SC

Pitanje	DEOA1C	DEOA1D	DEOA1E	DEOA1F	DEOA1H	DEOA1I
DEOA1C	1.00					
DEOA1D	0.45	1.00				
DEOA1E	0.54	0.66	1.00			
DEOA1F	0.48	0.67	0.70	1.00		
DEOA1H	0.40	0.30	0.45	0.47	1.00	
DEOA1I	0.47	0.35	0.56	0.52	0.64	1.00

Najveći koeficijent korelacije između pojedinog pitanja i vrednosti celokupnog domena ako bi se dotično pitanje izostavilo je za pitanje o mogućnosti samostalnog obavljanja lakših kućnih poslova ($r=0,73$), a najmanji kod pitanja o mogućnosti samostalnog konzumiranja hrane ($r= 0,55$).

Crombach alpha vrednost u slučaju izostavljanja pojedinog pitanja je visoka i izuzetno izjednačena, a kreće se u opsegu od 0,77 do 0,82 i ne odstupa značajno od globalne vrednosti Crombach alpha koeficijenta za ceo domen koja iznosi 0,87. Vrednost ICC koeficijenta od 0,82 dodatno potvrđuje činjenicu o korektno izabranim pitanjima koja definišu domen samozbrinjavanja starih osoba (tabela 36).

Tabela 36. Testiranje pouzdanosti SC

Pitanje (kod)	Korelacija pitanja i domena	Crombach alpha ako se pitanje izostavi
DEOA1C	0.61	0.79
DEOA1D	0.55	0.82
DEOA1E	0.70	0.78
DEOA1F	0.69	0.79
DEOA1H	0.61	0.81
DEOA1I	0.73	0.77

Domen 3 - Skala osećanja u vezi korisnosti u društvu (KD)

Skale psiholoških varijabli su teške za kreiranje i obično nemaju veoma dobre psihometrijske osobine. Kriterijume za uključivanje u domen o korisnosti u društvu ispunilo je samo 5 pitanja (tabela 37). Rezultati dobijeni analizom matrice korelacije prikazani su u tabeli 38.

Najveća korelacija je između pitanja o potrebi za tuđom srećom i korisnosti za okolinu ($r= 0,52$), a najmanja između pitanja o potrebi za tuđom srećom i naklonosti ljudi ($r=0,19$).

Tabela 37. Pitanja u skali KD

Kod	Pitanje
DEOB2	Svako treba da ima u životu nekog čija sreća mu znači koliko i njegova lična
DEOB3	Ja sam korisna osoba za okolinu (trebaju me ljudi)
DEOB11	Ljudi osećaju naklonost prema meni
DEOB12	Rekao bih da uvek završim posao koji započnem
DEOB13	Kada pravim planove ja se pobrinem da se stvari dešavaju onako kako ja očekujem

Tabela 38. Matrice korelacije u skali KD

Pitanje	DEOB2	DEOB3	DEOB11	DEOB12	DEOB13
DEOB2	1.00				
DEOB3	0.52	1.00			
DEOB11	0.19	0.36	1.00		
DEOB12	0.29	0.34	0.33	1.00	
DEOB13	0.21	0.21	0.31	0.45	1.00

Najveći koeficijent korelacije između pojedinog pitanja i vrednosti celokupnog domena ako bi se dotično pitanje izostavilo je za pitanje o osećaju korisnosti za okolinu ($r=0,52$), a najmanji kod pitanja o brizi za ostvarivanje planova ($r= 0,41$).

Crombach alpha vrednost u slučaju izostavljanja pojedinog pitanja je ujednačena što govori o podjednaku značaju svih pitanja, a kreće se u opsegu od 0,63 do 0,68 i ne odstupa značajno od globalne vrednosti Crombach alpha koeficijenta za ceo domen koja iznosi 0,70 i nalazi se na granici prihvatljivosti. Vrednost ICC koeficijenta od 0,70 dodatno potvrđuje činjenicu o minimalno potrebnim uslovima za prihvatanje kreiranog domena u proceni kvaliteta života starih osoba (tabela 39).

Tabela 39. Matrice korelacije u skali KD

Pitanje (kod)	Korelacija pitanja i domena	Crombach alpha ako se pitanje izostavi
DEOB2	0.44	0.66
DEOB3	0.52	0.63
DEOB11	0.42	0.67
DEOB12	0.51	0.64
DEOB13	0.41	0.68

Domen 4 - Skala osećanja u vezi života (OŽ)

Napomenute teškoće u izboru i grupisanju pitanja iz aspekta psiholoških varijabli manifestuje i domen osećanja u vezi života. Relativno velik broj pitanja je morao biti uključen da bi se dobile adekvatne karakteristike domena kao i snižavanje definisanog kriterijuma korelacije između pitanja (tabela 40). Rezultati dobijeni analizom 9 pitanja iz ovog domena prikazani su matricom korelacije u tabeli 41. Najveća korelacija je između pitanja DEOB1 i DEOB4 ($r=0,52$), a najmanja između pitanja o potrebi za tuđom srećom i naklonosti ljudi ($r=0,08$).

Tabela 40. Pitanja u skali OŽ

Kod	Pitanje
DEOB1	Ponekad osećam da mi život nije mnogo koristan
DEOB4	Često mislim (osećam) da sam gubitnik
DEOB14	Većina ljudi u braku ima loš život
DEOB19	Srećan sam isto koliko i u mladosti
DEOB22	Osećam se starim i umornim
DEOB23	Osećam svoje godine, ali me to ne brine
DEOB24	Kada pogledam svoj život unazad, zadovoljan sam njime
DEOB25	Prošli život ne bih menjao/la sve i da mogu
DEOB26	Pravim planove u životu za mesec i godinu dana unapred

Tabela 41. Matrice korelacije u skali OŽ

Pitanje	DEOB1	DEOB4	DEOB14	DEOB19	DEOB22	DEOB23	DEOB24	DEOB25	DEOB26
DEOB1	1.00								
DEOB4	0.52	1.00							
DEOB14	0.28	0.24	1.00						
DEOB19	0.35	0.31	0.21	1.00					
DEOB22	0.35	0.26	0.22	0.38	1.00				
DEOB23	0.22	0.27	0.10	0.30	0.29	1.00			
DEOB24	0.29	0.39	0.19	0.42	0.25	0.34	1.00		
DEOB25	0.16	0.23	0.19	0.35	0.16	0.25	0.49	1.00	
DEOB26	0.21	0.21	0.08	0.28	0.21	0.19	0.29	0.21	1.00

Navedeni kompromisi sa aspekta međusobne korelacije pitanja su bili neophodni kako bi se ostvarila zadovoljavajuća vrednost Crombach alpha testa kao najmerodavnijeg kriterijuma za ocenu pouzdanosti domena.

Najveći koeficijent korelacije između pojedinog pitanja i vrednosti celokupnog domena ako bi se dotično pitanje izostavilo, je za pitanja DEOB1 i DEOB4 ($r=0,55$), a najmanja kod pitanja DEOB14 ($r= 0,33$).

Crombach alpha vrednost u slučaju izostavljanja pojedinog pitanja je ujednačena što govori o podjednakom značaju svih pitanja, a kreće se u opsegu od 0,63 do 0,68 i ne odstupa značajno od globalne vrednosti Crombach alpha koeficijenta za ceo domen koja iznosi 0,69 i nalazi se na granici prihvatljivosti. Vrednost ICC koeficijenta od 0,70 dodatno potvrđuje činjenicu o minimalno potrebnim uslovima za prihvatanje kreiranog domena u proceni kvaliteta života starih osoba (tabela 42).

Tabela 42. Testiranje pouzdanosti skale OŽ

Pitanje (kod)	Korelacija pitanja i domena	Crombach alpha ako se pitanje izostavi
DEOB1	0.55	0.62
DEOB4	0.55	0.62
DEOB14	0.33	0.68
DEOB19	0.50	0.66
DEOB22	0.43	0.67
DEOB23	0.36	0.68
DEOB24	0.50	0.66
DEOB25	0.35	0.68
DEOB26	0.30	0.68

Domen 5 - Skala socijalnog funkcionisanja (SF)

Domen socijalnih aktivnosti takođe nema savršene karakteristike, ali je svakako neophodan za proučavanje i adekvatnu procenu sveukupnog kvaliteta života starih osoba.

Kriterijume za uključivanje u domen fizičkog funkcionisanja ispunilo je samo 4 pitanja (tabela 43). Rezultati dobijeni analizom matrice korelacija prikazani su u tabeli 44. Najveća korelacija je između pitanja DEOC7 i DEOC8 ($r=0,47$), a najmanja između pitanja DEOC9 i DEOC7 ($r=0,31$).

Tabela 43. Pitanja u skali SF

Kod	Pitanje
DEOC7	Koliko često idete u posetu prijateljima?
DEOC8	Koliko često prijatelji dolaze kod vas?
DEOC9	Da li vas je tokom prošle nedelje neko posetio?
DEOC11	Ako imate telefon koliko često zovete prijatelje ili rođake?

Tabela 44. Matrice korelacije u skali SF

Pitanje	DEOC7	DEOC8	DEOC9	DEOC11
DEOC7	1.00			
DEOC8	0.47	1.00		
DEOC9	0.31	0.44	1.00	
DEOC11	0.32	0.32	0.32	1.00

Dobijene vrednosti matrice korelacije predstavljaju prosečan kvalitet, dok su vrednosti Crombach alpha testa na granici prihvatljivosti zbog izuzetno malog broja pitanja iz ovog domena.

Najveći koeficijent korelacije između pojedinog pitanja i vrednosti celokupnog domena ako bi se dotično pitanje izostavilo, je za pitanja DEOC8 ($r=0,53$), a najmanja kod pitanja DEOC11 ($r=0,40$).

Crombach alpha vrednost u slučaju izostavljanja pojedinog pitanja je relativno mala, a kreće se u opsegu od 0,50 do 0,64. Globalna vrednost Crombach alpha koeficijenta za ceo domen iznosi 0,70 i nalazi se na granici prihvatljivosti. Vrednost ICC koeficijenta od 0,64 dodatno potvrđuje činjenicu o minimalnom ispunjavanju potrebnih uslova za prihvatanje kreiranog domena u proceni kvaliteta života starih osoba (tabela 45).

Tabela 45. Testiranje pouzdanosti skale SF

Pitanje (kod)	Korelacija pitanja i domena	Crombach alpha ako se pitanje izostavi
DEOC7	0.49	0.53
DEOC8	0.53	0.50
DEOC9	0.47	0.64
DEOC11	0.40	0.60

Domen 6 - Skala samoprocene (SP)

Domen samoprocene daje kvalitetnije rezultate psihometrijskih testiranja, slično domenima iz aspekta fizičke aktivnosti. Domen kreiraju šest pitanja (tabela 46) koja na zadovoljavajući način odlikavaju stanje ispitanika iz ovog domena.

Rezultati dobijeni analizom matrice korelacije prikazani su u tabeli 47. Najveća korelacija je između pitanja DEOC4 i DEOC1 ($r=0,63$), a najmanja između pitanja DEOC5 i DEOC1 ($r=0,38$).

Tabela 46. Pitanja u skali SP

Kod	Pitanje
DEOC1	Kako biste ocenili vaše zdravstveno stanje?
DEOC2	Uzimajući sve u obzir da li ste?
DEOC3	Da li ste zadovoljni načinom kojim provodite život danas?
DEOC4	Šta mislite kakve su vaše fizičke sposobnosti (pod ovim se podrazumeva mogućnost hodanja, komuniciranja i dr.)?
DEOC5	Kako biste ocenili vaše socijalne aktivnosti (druženje sa prijateljima, održavanje kontakta sa porodicom i dr.)?
DEOC6	Kako biste ocenili vaš emocionalni život? (Pod ovim se podrazumeva da li ste obično dobro raspoloženi, zadovoljni životom)?

Tabela 47. Matrice korelacije u skali SP

Pitanje	DEOC1	DEOC2	DEOC3	DEOC4	DEOC5	DEOC6
DEOC1	1.00					
DEOC2	0.50	1.00				
DEOC3	0.51	0.57	1.00			
DEOC4	0.63	0.45	0.47	1.00		
DEOC5	0.38	0.41	0.39	0.49	1.00	
DEOC6	0.60	0.57	0.63	0.63	0.60	1.00

Dobijene vrednosti matrice korelacije predstavljaju dobar osnov za procenu kvaliteta ovog domena kao jednog od najpouzdanijih. I pored relativno malog broja pitanja Crombach alpha test je na gornjoj granici prihvatljivosti.

Najveći koeficijent korelacije između pojedinog pitanja i vrednosti celokupnog domena ako bi se dotično pitanje izostavilo je za pitanja DEOC6 ($r=0,79$), a najmanja kod pitanja DEOC5 ($r=0,57$).

Crombach alpha vrednost u slučaju izostavljanja pojedinog pitanja je izuzetno ujednačena i kreće se u opsegu od 0,81 do 0,85, što ukazuje na veoma ujednačen doprinos i povezanost svih pitanja. Globalna vrednost Crombach alpha koeficijenta za ceo domen iznosi 0,87, a vrednost ICC koeficijenta od 0,86 što dodatno potvrđuje činjenicu o dobrim osobinama ove skale u proceni kvaliteta života starih osoba (tabela 48).

Tabela 48. Testiranje pouzdanosti skale SP

Pitanje (kod)	Korelacija pitanja i domena	Crombach alpha ako se pitanje izostavi
DEOC1	0.67	0.84
DEOC2	0.63	0.85
DEOC3	0.64	0.84
DEOC4	0.68	0.83
DEOC5	0.57	0.85
DEOC6	0.79	0.81

Opis kao i procena zdravlja i sa njim u vezi kvaliteta života u daljoj analizi baziraće se na utvrđenoj vrednosti pojedinih skala za svaki pojedinačni domen.

5.8. SKALA FIZIČKOG FUNKCIONISANJA

Set od 6 pitanja koja su navedena za skalu fizičkog funkcionisanja govore o očuvanoj sposobnosti kretanja koja ako je ograničena u većem stepenu znatno ugrožava kvalitet života. Sumar svih 6 pitanja koja se odnose na fizičku aktivnost daju skalu u rasponu od 0 do 100.

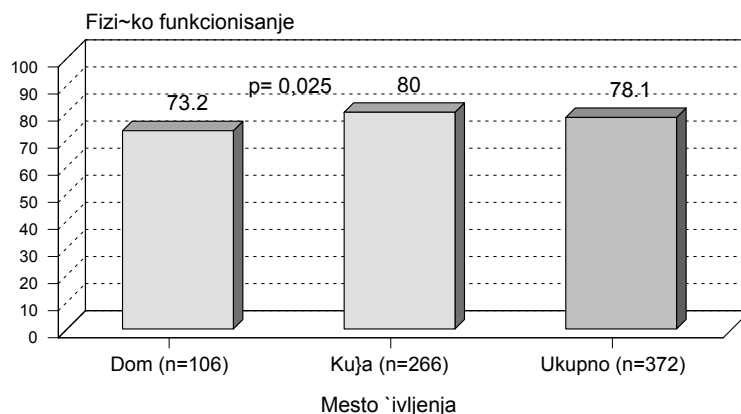
Prikazani su rezultati vrednosti domena fizičkog funkcionisanja u odnosu na različite varijable koje mogu imati značaj za ovaj domen zdravlja, kao što su: mesto života dom ili kuća, pol, starost, nivo obrazovanja, bračni status.

Prosečna vrednost fizičkog funkcionisanja za sve stare na teritoriji koju smo istraživali se nalazi u rasponu od 75,4 do 80,8. Prosečna vrednost fizičke aktivnosti kod osoba koje se nalaze u domu je znatno niža i iznosi 73,2 u odnosu na osobe koje žive u kući 80,1. Utvrđeno je da osobe koje žive u domu imaju statistički značajno nižu ocenu ($F= 5,09$, $p= 0,03$) fizičkog funkcionisanja nego osobe koje žive u svojim kućama (tabela 49, grafikon 38).

Tabela 49. Fizičko funkcionisanje u odnosu na mesto življenja - kuća ili dom

Mesto življenja	N	prosek	SD	95% CI
Dom	106	73.2	30.0	67.8 - 78.6
Kuća	266	80.0	26.0	76.9 - 83.2
Ukupno	372	78.1	26.7	75.4 - 80.8

FIZI^KO FUNKCIONISANJE U ODNOSU NA MESTO @IVLJENJA



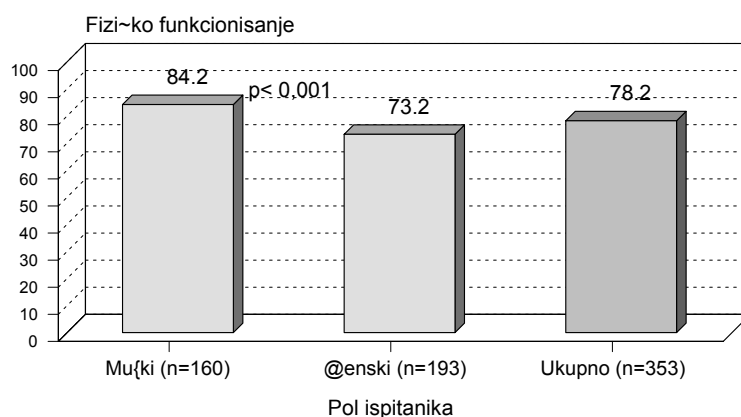
Grafikon 38.

Isti aspekt zdravlja posmatran je u odnosu na pol. Prosečna vrednost fizičkog funkcionisanja na skali od 0 do 100 za muškarce iznosi 84,2 a za žene 73,2. Polna razlika je visoko statistički značajna ($F = 15,0$, $p < 0,001$). Interval u kome se nalazi prosečna ocena za muški deo poulacije je od 80,2-88,2, a kod ženskog dela populacije taj interval se kreće u rasponu od 69,4 - 77,1 i sam interval ukazuje na znatno nižu prosečnu ocenu kod ženske populacije (tabela 50, grafikon 39).

Tabela 50. Fizičko funkcionisanje u odnosu na pol ispitanika

Pol	N	prosek	SD	95% CI
Muški	160	84.2	25.9	80.2 - 88.3
Ženski	193	73.2	27.0	69.4 - 77.1
Ukupno	353	78.2	27.0	75.3 - 81.0

FIZI^KO FUNKCIONISANJE U ODNOSU NA POL ISPITANIKA



Grafikon 39.

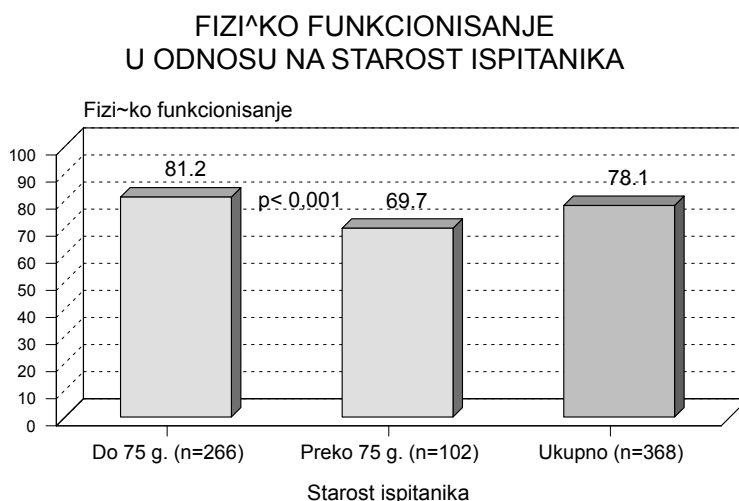
Sve osobe stare 60 i više godina su podeljene u dve starosne kategorije, od 60-74 godine i osobe stare 75 i više godina. Ovakva podela na dve starosne kategorije je data zato što se po preporukama SZO (Svetska Zdravstvena Organizacija) smatra da starenje populacije nastaje nakon 60 godina života a u gerijatriji se smatra da od 75 godine postoje gerijatrijski problemi, te je podela na ove starosne kategorije opravdana. Prosečna ocena fizičkog funkcionisanja za stare od 60 do 74 godina starosti je 81,3 pri čemu se utvrđeni interval prosečne vrednosti za ovu skalu kreće od 78,3-84,2.

Stari 75 i više godina su imali ocenu 69,7 za fizičko funkcionisanje, a interval sa 95% tačnosti za prosečnu vrednost ovog domena za istu starosnu grupu u populaciji je od 63,3 - 75,9.

Veća starost je direktno povezana sa opadanjem fizičkih sposobnosti, što je dokazano pomoću t-testa gde je dobijen visok stepen statističke značajnosti ($F=14,1$; $p < 0,001$), što ujedno i ukazuje na opravdanost posmatranja ove dve starosne kategorije u grupi starih (tabela 51, grafikon 40).

Tabela 51. Fizičko funkcionisanje u odnosu na starost ispitanika

Starost	N	prosek	SD	95% CI
60 - 74	266	81.2	24.2	78.3 - 84.2
75 i više	102	69.7	31.3	63.6 - 75.9
Ukupno	368	78.1	26.8	75.3 - 80.8



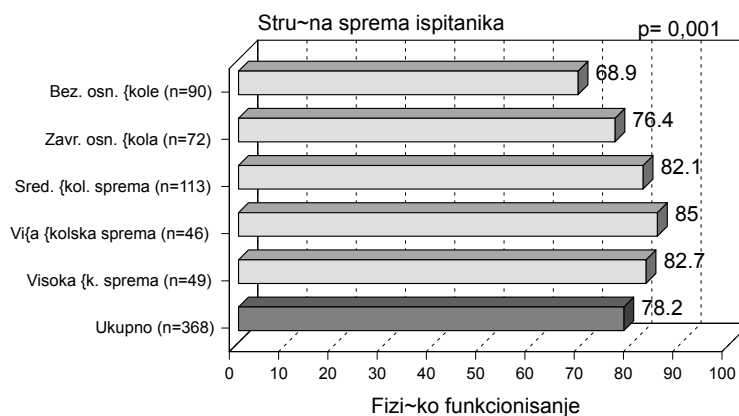
Grafikon 40.

Dobijena je značajna razlika u očuvanosti fizičkog funkcionisanja u zavisnosti od nivoa obrazovanja u korist osoba sa višim nivoom edukacije. Najniži skor skale fizičkog funkcionisanja pokazuju osobe sa najnižim obrazovanjem (tabela 52, grafikon 41).

Tabela 52. Fizičko funkcionisanje u odnosu na nivo obrazovanja ispitanika

Obrazovanje	N	prosek	SD	95% CI
Bez osnovne škole	90	68.9	26.4	63.4 - 74.5
Sa osnovnom školom	72	76.4	23.3	70.9 - 81.9
Srednja šk. sprema	113	82.1	27.4	76.9 - 87.2
Viša školska sprema	46	85.0	24.3	77.8 - 92.2
Visoka školska sprema	49	82.7	28.3	74.5 - 90.8
Ukupno	370	78.2	26.7	75.5 - 80.9

**FIZIČKO FUNKCIONISANJE
U ODNOSU NA STRUŽNU SPREMU ISPITANIKA**



Grafikon 41

Prosečna ocena fizičkog funkcionisanja u zavisnosti od nivoa obrazovanja kreće se u rasponu od 68,9 za one bez osnovne škole do 84,9 za one sa završenom višom školom. Već sama veličina intervala od 14 poena ukazuje na značajne razlike u nivou očuvanosti i mogućnosti fizičke aktivnosti.

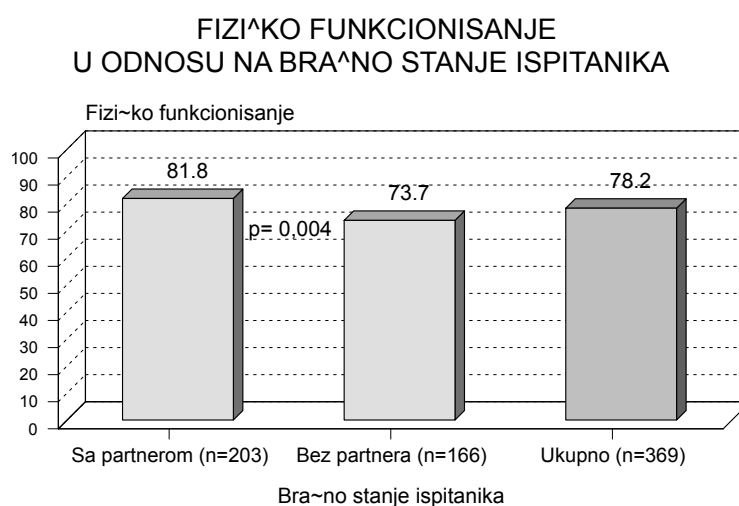
Interval u kojem se nalazi prosečna vrednost skale fizičkog funkcionisanja kod osoba starih 60 i više godina, u populaciji kreće se od 63,4 - 74,4 za one bez osnovne škole a kao najviša vrednost tog intervala za one sa višom školskom spremom od 77,7 - 92,2. Nivo obrazovanja značajno utiče na očuvanje fizičkog funkcionisanja u starosti i to visoko statistički značajno ($F = 4,6; p = 0,01$), u korist osoba sa višim stepenom edukacije.

Prema bračnosta su određene dve kategorije starih, oni koji su u bračnoj ili vanbračnoj zajednici, odnosno imaju partnera i drugu grupu gde su svrstani svi ostali razvedeni, udovci i udovice, samci tj. neoženjeni i neudate.

Kod osoba koje su u braku prosečna ocena fizičkog funkcionisanja je 81,8 i za 7 poena je viša nego kod osoba koje nemaju partnera (73,7). U populaciji se za ovu skalu sa 95% sigurnosti može očekivati prosečna vrednost za osobe u braku od 78,2 - 85,4 dok za osobe koje nisu u braku ta ocena je znatno niža i iznosi od 69,8 - 77,8. Statistički značajna razlika u vrednosti ove skale kod dve posmatrane grupe je i dokazana ($F= 8,590$; $p< 0,004$). Veliki procenat anketiranih osoba je odgovorio da smatra da većina ljudi u braku ima loš život, ali postojanje bračnog partnera ipak pozitivno utiče na većinu komponenti zdravlja pa tako i na ono koje se odnosi na fizičko funkcionisanje (tabela 53, grafikon 42).

Tabela 53. Fizičko funkcionisanje u odnosu na bračno stanje ispitanika

Bračnost	N	prosek	SD	95% CI
Sa partnerom	203	81.8	26.0	78.2 - 85.4
Bez partnera	166	73.7	27.1	69.6 - 77.9
Ukupno	369	78.2	27.8	75.4 - 80.9



Grafikon 42

Razvoj društva, industrijalizacija, urbani način života, emancipacija žena i svi ostali društveni događaji koji prate razvijena društva dovode do stvaranja društva gde porodicu čine samo roditelji i deca a sve manje je porodica gde je i treća generacija njen sastavni deo. Trendovi u

formiranju porodice ovoga tipa zahvatio je i naše društvo. Od svih osoba koje nemaju bračnog ili vanbračnog partnera samo 1/4 živi u zajednici sa svojom decom. Ovakav trend ukazuje da će društvo u budućnosti morati da preuzme više odgovornosti za stare osobe koje ne može da zbrine savremena porodica koju čine samo roditelji i dece.

5.9. SKALA SAMOZBRINJAVANJA

U okviru domena fizičkog zdravlja kod kategorije starih veoma značajna komponenta koja bitno utiče na kvalitet života, naročito kada je ovaj domen narušen, jeste samozbrinjavanje. Zbog toga u svim do sada poznatim istraživanjima kvaliteta života bila je uključena i ova komponenta.

Ova sfera zdravlja ili bolje reći funkcionisanja biva grubo narušena kod postojanja invaliditeta, tako da je ona direktan odraz postojanja značajnih zdravstvenih problema.

Skala samozbrinjavanja pokazuje stepen mogućnosti obavljanja dnevnih funkcija koje omogućavaju čoveku da vodi život bez tuđe pomoći i nege i kod ove skale vrednosti su iste od 0 do 100, gde veća vrednost ukazuje na veću sposobnost, (0 bi značila potpunu nesposobnost za vođenje samostalnog života). Totalni skor za ovu skalu prikazan je na sledećoj tabeli i ukazuje da je prosečna ocena kod svih anketiranih 90,7 sa vrednosti u populaciji koja se kreće od 88,9- 92,5 (tabela 54).

Tabela 54. Skala samozbrinjavanja u odnosu na mesto življenja - kuća ili dom

Mesto življenja	N	prosek	SD	95% CI
Dom	99	87.5	18.3	83.9 - 91.2
Kuća	263	91.9	16.9	89.9 - 94.0
Ukupno	362	90.7	17.4	88.9 - 92.5

U odnosu na kategorije dom-kuća utvrđena je statistički značajna razlika ($F= 4,71$; $p = 0,03$) u korist osoba koje žive u svojim kućama ($\bar{X} = 91,9$) u odnosu na osobe u domu ($\bar{X} = 87,5$). Ovo nipošto ne znači da osobe koje su u domu gube sposobnost da brinu o sebi, nego da osobe čije je oštećeno zdravlje dovelo do smanjenja sposobnosti samozbrinjavanja češće odlaze u dom.

Skala samozbrinjavanja sa 95% tačnosti procenjena je da se nalazi u intervalu od 83,9 do 91,1 za osobe u domovima za stare, a za stare u populaciji skala je pomerena u desno (89,9 do 94,0).

Rezultat koji je dobijen ukazuje na ono što SZO tvrdi da mit o nesposobnosti starih treba staviti u istoriju i omogućiti starima da što duže ostanu samostalni i da brinu o sebi, jer time čine uslugu ne samo društvu nego znatno poboljšavaju i svoj kvalitet života.

Stari nisu i obavezno fragilni (lomljivi) to tvrdi SZO a ova skala to i dokazuje.

Prosečna ocena kod žena u mogućnosti samozbrinjavanja je viša ($\bar{X} = 91,7$), nego kod muškaraca bez obzira što je prosečna starost žena u uzorku viša, pa bi bilo za očekivati da je sposobnost muškaraca, u okviru samozbrinjavanja bolja, ali statistički značajnija razlika u visini ove skale između polova nije dobijena ($F = 1,25$; $p = 0,26$) (tabela 55).

Tabela 55. Skala samozbrinjavanja u odnosu na pol ispitanika

Pol	N	prosek	SD	95% CI
Muški	157	89.6	20.6	86.6 - 92.8
Ženski	187	91.7	14.6	89.6 - 93.8
Ukupno	344	90.7	17.6	88.9 - 92.6

Dokazana je statistički značajna razlika u mogućnosti samozbrinjavanja između mlađih i starijih, i to u korist mlađih ($F = 13,833$; $p < 0,001$). Prosečna vrednost ove skale za osobe stare od 60 do 74 godine je 92,7, a za osobe od 75 i više godina 85,1. Razlika u srednjim vrednostima ukazuje na postojanje značajne razlike u mogućnosti samozbrinjavanja. Interval u kojem se nalazi srednja vrednost ove skale za mlađu kategoriju starih kreće se od 91,0 do 94,5 a za starije interval je pomeren u levo (80,4 do 89,8) (tabela 56).

Tabela 56. Skala samozbrinjavanja u odnosu na starost ispitanika

Starost	N	prosek	SD	95% CI
60 - 74	263	92.7	14.4	91.0 - 94.5
75 i više	95	85.1	23.0	80.4 - 89.8
Ukupno	358	90.7	17.4	88.9 - 92.5

Nivo obrazovanja nije pokazao značajan uticaj na visinu ove skale, čak nije uočena ni neka pravilnost u kretanju srednjih vrednosti u zavisnosti od nivoa obrazovanja ($F = 0,763$; $p = 0,55$) (tabela 57).

Tabela 57. Samozbrinjavanje u odnosu na nivo obrazovanja ispitanika

Obrazovanje	N	prosek	SD	95% CI
Bez osnovne škole	89	88.6	16.2	85.2 - 92.0
Sa osnovnom školom	71	93.0	13.9	89.8 - 96.4
Srednja šk. sprema	109	91.5	17.7	88.2 - 94.9
Viša školska sprema	43	90.0	21.6	83.4 - 96.6
Visoka školska sprema	48	91.6	17.6	86.6 - 96.7
Ukupno	360	90.9	17.1	89.2 - 92.7

Nije dobijena statistički značajna razlika u vrednosti ovog domena u odnosu na bračno stanje ($F=0,087$; $p=0,77$) (tabela 58).

Tabela 58. Samozbrinjavanje u odnosu na bračno stanje ispitanika

Bračnost	N	prosek	SD	95% CI
Sa partnerom	199	91.0	18.8	88.4 - 93.6
Bez partnera	160	90.5	15.2	88.1 - 92.8
Ukupno	359	90.8	17.3	89.0 - 92.6

Nešto je viša srednja vrednost skale samozbrinjavanja kod osoba koje su u braku ($\bar{X}=91,0$) u odnosu na ostale ($\bar{X}=90,5$). Mala je razlika i u očekivanom intervalu u kojem se nalaze prosečne vrednosti skale samozbrinjavanja za osobe u opštoj populaciji, jer je standardna greška kod onih koji su u braku nešto veća pa se intervali prosečnih vrednosti poklapaju.

Ljudi koji žive potpuno sami, verovatno su prinuđeni da obavljaju više svakodnevnih aktivnosti oko samozbrinjavanja i nemaju mogućnost da očekuju da to neko uradi umesto njih, pa je zato verovatno i nešto viša prosečna vrednost ove skale kod osoba koje žive same i iznosi 92,4 za razliku od onih ostalih čija je prosečna vrednost 90,3. Razlika postoji ali pokazalo se da nije statistički značajna ($F=0,72$; $p=0,39$) (tabela 59).

Tabela 59. Skala samozbrinjavanja u odnosu na samoću

Samoća	N	prosek	SD	95% CI
Samci	62	92.4	15.0	88.6 - 96.2
Sa nekim	299	90.3	17.8	88.3 - 92.4
Ukupno	361	90.7	17.4	88.9 - 92.5

Interval u kojem se nalazi prosečna vrednost skale samozbrinjavanja za samce u populaciji je od 88,5 do 96,2.

Psihičko zdravlje

Psihičko zdravlje predstavlja vrlo kompleksnu komponentu zdravlja. U okviru ovoga domena zdravlja i njegovog uticaja na kvalitet života mogli bi se posmatrati mnogi aspekti, ali pokazala se dovoljnost merenja samo dva domena:

- osećanja u vezi korisnosti u društvu
- osećanja u vezi života

Svaka skala za sebe je kompleksna i sadrži pitanja koja govore o mnogim aspektima psihičkog zdravlja. Za sumarnu ocenu kvaliteta života kod starih dovoljno je iz sfere psihičkog zdravlja uključiti dve navedene skale.

5.10. SKALA O OSEĆANJIMA O KORISNOSTI U DRUŠTVU

Biti koristan za sebe i okolinu čini život vrednijim i kvalitetnijim. Čest problem kod starih osoba je što odlaskom u penziju i završavanjem biološke uloge roditeljstva, gube funkcije u društvu a često nisu u stanju da pronađu novu ulogu ne samo svojom krivnjom već i stavom sredine u kojoj živimo gde je često stav mlađih da su stari završili svoje društvene funkcije. Zato je sa aspekta kvaliteta života osećanje korisnosti u društvu veoma značajna komponenta prishičkog zdravlja. Stav, mišljenje ili osećanje stare osobe o tome da li ona još treba društvu, da li je korisna ili ne, i da li ona može ili ne može da obavi neki zadatak koji sama stavlja pred sebe ili neko iz neposredne okoline zahteva od nje. Postojanje ili ne, emocionalne veze sa okolinom, otuđenje od najbližih koju često nazivamo starački egocentrizam je često rezultat povratne (feed-back) reakcije na okolinu i stava okoline prema starima.

Prosečna vrednost skale korisnosti u društvu za sve kategorije anektiranih starih osoba je bila visoka i iznosi 80,8, sa intervalom za srednju vrednost u statističkoj masi od 78,9 do 82,8 (tabela 60).

Tabela 60. Skala o korisnosti u društvu u odnosu na mesto življenja - kuća ili dom

Mesto življenja	N	prosek	SD	95% CI
Dom	101	77.3	18.8	73.6 - 81.0

Kuća	261	82.2	18.5	79.9 - 84.4
Ukupno	362	80.8	18.7	78.9 - 82.8

Vrednost skale ukazuje da stari ljudi u našem društvu nisu ili se bar ne osećaju odbačeni i nepotrebni, još uvek mogu da nađu svoje mesto u zajednici kako u odnosu na najbliže tako i u odnosu na širu zajednicu.

Odlazak u dom i odvajanje od sredine gde su navikli da žive, je uslovio znatan pad prosečne vrednosti ove skale što je i statistički značajna razlika između ove dve grupe ($F = 4,94$; $p=0,03$).

Prosečna vrednost skale korisnosti u društvu u populaciji starih koji se nalaze u domu kreće se u intervalu od 73,6 do 81,0 a za one koji žive u svojim kućama interval prosečne vrednosti sa 95% poverenjem kreće se u rasponu od 79,9 do 84,4.

Nema statistički značajne razlike u visini vrednosti skale u odnosu na pol ($F = 2,95$; $p=0,06$), ali je srednja vrednost kod žena nešto viša (82,4) nego kod muškarca (78,9), tako da je interval srednje vrednosti u populaciji žena starih 60 i više godina u nešto višim granicama (tabela 61).

Tabela 61. Skala o korisnosti u društvu u odnosu na pol ispitanika

Pol	N	prosek	SD	95% CI
Muški	157	78.9	19.9	75.8 - 82.0
Ženski	187	82.4	17.9	79.8 - 85.0
Ukupno	344	80.8	18.9	78.8 - 82.8

Mlađi stariji imaju nešto višu prosečnu vrednost skale ($\bar{X} = 81,3$) u odnosu na one starije od 75 godina ($\bar{X} = 79,8$), ali ta razlika i nije statistički značajna ($F= 0,44$; $p= 0,50$), što je i logično jer se najveće promene u odnosu na angažovanje u društvu dešavaju do 65 godina života (odlazak u penziju, osamostaljivanje dece i drugo) tako da se adaptacija na izmenjenu ulogu u životu dešava između 60 i 65 godine života. Promene koje se dešavaju u kasnijem periodu starosti nisu više tako drastične, postepeno se umanjuju, što čini da ovaj aspekt emocionalnog zdravlja nije drastično lošiji kod starih starih u odnosu na mlađe stare (tabela 62).

Tabela 62. Skala o korisnosti u društvu u odnosu na starost ispitanika

Starost	N	prosek	SD	95% CI
60 - 74	263	81.3	18.3	79.1 - 83.5
75 i više	95	79.8	20.0	75.8 - 83.9
Ukupno	358	80.9	18.7	79.0 - 82.9

U odnosu na visinu obrazovanja nije uočena nikakva pravilnost u prosečnim vrednostima skale korisnosti u društvu. ($F = 0,70$; $p = 0,59$) (tabela 63).

Tabela 63. Skala o korisnosti u društvu u odnosu na nivo obrazovanja ispitanika

Obrazovanje	N	prosek	SD	95% CI
Bez osnovne škole	89	81.6	17.2	78.0 - 85.2
Sa osnovnom školom	70	81.7	18.9	77.4 - 86.4
Srednja šk. sprema	107	78.8	20.6	74.8 - 82.7
Viša školska sprema	45	83.8	17.0	78.7 - 88.9
Visoka školska sprema	49	80.6	18.2	75.4 - 85.8
Ukupno	360	81.0	18.6	79.0 - 82.9

Nije utvrđen statistički značajan uticaj bračnog statusa na vrednost skale korisnosti u društvu ($F = 0,32$, $p = 0,57$).

Tabela 64. Skala o korisnosti u društvu u odnosu na bračno stanje ispitanika

Bračnost	N	prosek	SD	95% CI
Sa partnerom	198	81.4	19.6	78.6 - 84.1
Bez partnera	161	80.2	17.6	77.5 - 83.0
Ukupno	359	80.9	18.7	78.9 - 82.8

Nešto je viša prosečna vrednost kod osoba koje su u braku ($\bar{X} = 81,4$), u odnosu na one koje nisu ($\bar{X} = 80,2$). Prosečne vrednosti u populaciji se kreću u sličnom rasponu u odnosu na ove dve kategorije starih (tabela 64).

5.11. SKALA O OSEĆANJIMA U VEZI ŽIVOTA

Domen govori o osećanjima individue u vezi ličnog života, stavu prema najbližima, vrednovanju samog sebe, osećanjima u vezi sadašnjeg, prošlog i budućeg života, kao i osećanjima značajnosti u sadašnjem životu.

Tabela 65. Skala o osećanjima u vezi života u odnosu na mesto življenja

Mesto življenja	N	prosek	SD	95% CI
Dom	107	54.6	23.5	50.1 - 59.1
Kuća	266	57.4	25.5	54.4 - 60.5
Ukupno	373	56.6	25.0	54.1 - 59.2

Srednja vrednost ($\bar{X} = 56,6$) ove skale je najniža u odnosu na sve ostale. To ukazuje na značajno opadanje emocionalnih funkcija kao i na lošiju adaptaciju starih osoba na promenjene odnose koje starost neminovno donosi sa sobom (tabela 65).

Procenjen interval prosečne vrednosti ove skale za celu populaciju kreće se u rasponu od 54,1 do 59,2, što je ubedljivo najniža vrednost u posmatranih 6 skala.

Osobe koje ostaju u svojoj sredini, u svojim kućama imaju viši skor ove skale premda statistički značajno ($F = 0,97$; $p = 0,33$) (tabela 65).

Razlike se uočavaju po polu. Muškarci imaju veće vrednosti ovog skora od žena ($F=8,03$; $p=0,005$), što je i dokazano (tabela 66).

Tabela 66. Skala osećanjima u vezi života u odnosu na pol ispitanika

Pol	N	prosek	SD	95% CI
Muški	160	61.2	22.8	57.6 - 64.7
Ženski	194	53.7	26.3	49.9 - 57.4
Ukupno	354	57.0	25.0	54.4 - 59.7

Razlika od skoro 8 poena na ovoj skali u korist muškog pola je tim više značajna jer su vrednosti za oba pola inače niske (\bar{X} za muškarce 61,2 a za žene 53,7), tako da interval procene kretanja prosečne vrednosti za celu statističku masu žena starih od 60 i više godina je od 49,9 do 57,4 pri čemu donja granica ovog intervala ide ispod polovine vrednosti same skale. To se nije desilo ni u jednom posmatranom domenu.

Nije dokazana statistički značajna uloga starosti na vrednosti ove skale ($F=0,31$; $p=0,58$). Sama prosečna vrednost za obe starosne kategorije je približno jednaka, $\bar{X} = 56,0$ za mlađe stare i za starije stare $\bar{X} = 57,7$ (tabela 67).

Tabela 67. Skala o osećanjima u vezi života u odnosu na starost ispitanika

Starost	N	prosek	SD	95% CI
60 - 74	266	56.0	24.7	53.1 - 59.0
75 i više	102	57.7	25.7	52.6 - 62.7
Ukupno	368	56.5	25.0	53.9 - 59.1

Nivo obrazovanja značajno utiče na vrednost skale osećanja u vezi života u korist višeg obrazovanja. Najlošija ocena je kod osoba sa najnižim obrazovanjem i tu je razlika i do 20 poena u nivou srednje vrednosti što je i statistički značajno ($F=7,96$; $p<0,001$). Viši nivo obrazovanja znatno poboljšava kvalitet psihičkog života u starosti, naročito onda kada su fizičke funkcije znatno u opadanju (tabela 68).

Tabela 68. Skala o osećanjima u vezi života u odnosu na obrazovanje ispitanika

Obrazovanje	N	prosek	SD	95% CI
Bez osnovne škole	90	46.8	24.7	41.6 - 52.0
Sa osnovnom školom	72	52.4	25.1	46.5 - 58.3
Srednja šk. sprema	114	60.3	24.8	55.7 - 64.9
Viša školska sprema	46	67.8	17.7	62.5 - 73.0
Visoka školska sprema	49	61.7	24.9	54.5 - 68.9
Ukupno	371	56.6	25.0	54.0 - 59.2

Bračni život ne utiče statistički značajno na visinu skale o osećanjima u vezi života ($F=3,20$; $p > 0,05$) mada se uočava veća prosečna vrednost ove skale kod osoba koje su u braku ($\bar{X} = 58,9$) u odnosu na one koji nisu ($\bar{X} = 54,2$) (tabela 69).

Tabela 69. Skala o osećanjima u vezi života u odnosu na bračno stanje ispitanika

Bračnost	N	prosek	SD	95% CI
Sa partnerom	203	58.9	25.5	55.4 - 62.4
Bez partnera	167	54.2	24.2	50.5 - 57.9

Ukupno	370	56.8	25.0	54.2 - 59.3
--------	-----	------	------	-------------

Interval sa poverenjem od 95% u kojem se nalazi prosečna vrednost ove skale u statističkoj masi u odnosu na bračni status, za one u braku kreće se u znatno višim granicama od 55,4 do 62,4 u odnosu na one koji nisu 50,5 do 57,9.

5.12. SKALA SOCIJALNE AKTIVNOSTI

Ova skala daje odgovor na pitanja o tome da li stara osoba ima prijatelja i da li održava kontakte sa njima. Prosečna ocena za sve anketirane je 68,1 sa očekivanim rasponom prosečne ocene u populaciji od 65,4 - 70,8.

Život u domu značajno smanjuje socijalnu aktivnost (ovde se misli na socijalne kontakte sa osobama van doma). Razlozi za ovo su verovatno u načinu organizovanja samog života u domu, te postojanja dnevnih kontakata štićenika u domu što smanjuje potrebu za komuniciranjem sa "spoljnim" svetom, a često se dešava da su osobe koje su otišle u dom to i uradile zato što je došlo do velike redukcije broja prijatelja, umiranje bračnog druga, nepostojanja porodice (dece) ili drugih rođaka. Ako pogledamo na samom početku ovu analizu videćemo da je odlazak u dom kod starih često uslovljen gubitkom bračnog druga ili postojanjem nekog težeg hroničnog oboljenja što već samo po sebi smanjuje mogućnost komuniciranja sa drugim osobama (tabela 70).

Razlika u prosečnoj vrednosti ove skale između osoba u domu i onih koji žive u svojim kućama je statistički značajna ($F = 9,48; p < 0,001$).

Tabela 70. Skala socijalne aktivnosti u odnosu na mesto življenja - kuća ili dom

Mesto življenja	N	prosek	SD	95% CI
Dom	105	61.5	27.6	56.2 - 66.8
Kuća	266	70.7	25.2	67.6 - 73.7
Ukupno	371	68.1	26.2	65.4 - 70.8

Znatno veći raspon očekivane srednje vrednosti u populaciji starih koji su u domu (56,2 do 66,8) u odnosu na one koji žive u svojim kućama, ukazuje na veću heterogenost populacije starih u domu. Takođe je uočljivo da je raspon za osobe koje žive u svojim kućama na znatno višoj vrednosti što ukazuje na postojanje kvalitetnijih, ili bar češćih, socijalnih kontakata ovih osoba. Prosečna vrednost ove skale za stare u populaciji je u rasponu od 67,6 do 73,7.

Razlike u socijalnim kontaktima u odnosu na pol nisu statistički značajne ($F= 0,36$; $p=0,55$) mada je prosečna vrednost za muškarce nešto viša i iznosi 69,1 a za žene je 67,4 (tabela 71).

Tabela 71. Skala socijalne aktivnosti u odnosu na pol ispitanika

Pol	N	prosek	SD	95% CI
Muški	160	69.1	25.8	65.0 - 73.1
Ženski	193	67.4	26.6	63.6 - 71.2
Ukupno	353	68.2	26.2	65.4 - 70.9

Može se zaključiti da u odnosu na pol postoji u masi posmatrano nešto bolja socijalna aktivnost kod muškaraca i očekivani interval prosečne vrednosti ove skale u populaciji je za muškarce za dva poena viši nego za žene, i kreće se u intervalu od 65,0 do 73,1, dok je za ženski deo populacije starih taj interval od 63,6 do 71,2. Ova razlika nije statistički značajna (tabela 71).

Očekivalo se da će starost bitno uticati na pad socijalnih aktivnosti te je i statistički značajna razlika dobijena u ovim aktivnostima između osoba do 74 godine i onih starijih od 75 i više i dokazana ($F = 5,24$; $p=0,02$).

Tabela 72. Skala socijalne aktivnosti u odnosu na starost ispitanika

Starost	N	prosek	SD	95% CI
60 - 74	266	70.0	25.3	66.9 - 73.0
75 i više	101	63.0	28.2	57.4 - 68.5
Ukupno	367	68.0	26.3	65.3 -70.7

Prosečna ocena skale socijalnih aktivnosti za "mlađe" stare je 70,0 sa očekivanim intervalom prosečne vrednosti ove skale u populaciji starih od 60-74 godine od 66,9 do 73,0 (tabela 72).

Stari 75 i više godina imaju prosečnu ocenu skale socijalnih aktivnosti znatno nižu (63,0) i interval u populaciji iste kategorije starih koji je mnogo širi, što ukazuje na veću heterogenost ove grupe (57,4 do 68,5).

Viši nivo obrazovanja utiče na poboljšanje socijalnih kontakata ali ne statistički značajno ($F=2,19$; $p=0,09$).

Tabela 73. Skala socijalne aktivnosti u odnosu na nivo obrazovanja ispitanika

Obrazovanje	N	prosek	SD	95% CI
Bez osnovne škole	90	64.7	27.7	58.9 - 70.5
Sa osnovnom školom	72	63.7	25.8	57.6 - 69.7
Srednja šk. sprema	112	71.5	25.7	66.6 - 76.3
Viša školska sprema	46	76.4	20.3	70.4 - 82.4
Visoka školska sprema	49	65.7	28.6	57.5 - 74.0
Ukupno	369	68.2	26.2	65.5 - 70.8

Najviša srednja vrednost ove skale dobijena je kod osoba sa višom i visokom školskom spremom (tabela 73).

Iako stare osobe koje su u braku imaju veću prosečnu vrednost socijalne aktivnosti, ($\bar{X}=69,6$), nije utvrđena statistički značajna razlika ($F=1,04$; $p=0,31$) između njih i onih koji nemaju bračnog druga ($\bar{X}=66,8$).

Tabela 74. Skala socijalne aktivnosti u odnosu na bračno stanje ispitanika

Bračnost	N	prosek	SD	95% CI
Sa partnerom	203	69.6	23.8	66.2 - 72.8
Bez partnera	165	66.8	28.8	62.3 - 71.2
Ukupno	368	68.3	26.2	65.6 - 71.0

Standardna greška je kod osoba koje žive bez partnera znatno veća, što uzrokuje veći interval prosečne srednje vrednosti kod osoba u populaciji što ukazuje na veću heterogenost te grupe. Raspon srednje vrednosti se kreće od 62,3 do 71,2 a interval u kojem se kreće srednja vrednost ove skale za osobe u braku je od 62,3 - 72,8 (tabela 74).

Ne postoje statistički značajne razlike u vrednosti ove skale između osoba koje su u braku i onih koji nisu, ali vrednosti skale ukazuju da je ipak veća socijalna aktivnost kod osoba koje su u braku.

5.13. SKALA SAMOPROCENE

Subjektivna procena zdravlja ili samoprocena po mišljenju većine autora koji se bave kvalitetom života predstavlja jednu od značajnih komponenti u proceni kvaliteta života.

Skala je formirana na isti način kao i predhodne skale sa mogućim skorom od 0 do 100, gde je nula najniža vrednost samoprocene i najlošiji rezultat a 100 je najbolji - maksimalan rezultat.

Prosečna vrednost skale samoprocene za sve ispitanike je 60,2 sa intervalom verovatnoće od 95% u populaciji za sve stare od 60 i više godina od 58,3 do 62,1.

Ne postoji statistički značajna razlika u samoproceni između osoba u domovima za stare i osoba koje žive u svojim kućama. Prosečna vrednost skale samoprocene za osobe u domu je 59,6 a starih osoba koje žive u svojim kućama 60,5 i ta razlika nije statistički značajna ($F = 0,173$; $p=0,68$) (tabela 75).

Tabela 75. Skala samoprocene u odnosu na mesto življenja - kuća ili dom

Mesto življenja	N	prosek	SD	95% CI
Dom	105	59.6	15.2	56.6 - 62.6
Kuća	263	60.5	19.7	58.1 - 62.9
Ukupno	368	60.2	18.5	58.3 - 62.1

Raspon srednje vrednosti skale samoprocene u populaciji i jednih i drugih kreće se u sličnim granicama.

Razlike po polu su na granici statističke značajnosti ($p = 0,061$) u korist muškog pola sa prosečnom vrednosti 62,5, dok je za žene prosečna vrednost ove skale je 58,8 (tabela 76).

Tabela 76. Skala samoprocene u odnosu na pol ispitanika

Pol	N	prosek	SD	95% CI
Muški	158	62.5	18.9	59.5 - 65.4
Ženski	192	58.8	18.1	56.2 - 61.3
Ukupno	350	60.4	18.5	58.5 - 62.4

Procenjena srednja vrednost za populaciju muškaraca starih od 60 i više godina kretala bi se u intervalu od 59,5 do 65,5 dok za ženski deo populacije iste starosti taj interval srednje vrednosti ide od 56,2 do 61,3.

Interesantno je da skala samoprocene u odnosu na kategorije starosti 60 do 74 godine i starije od 75 godina, ne daje značajnu razliku u srednjim vrednostima u odnosu na ove dve posmatrane grupe (tabela 77).

Tabela 77. Skala samoprocene u odnosu na starost ispitanika

Starost	N	prosek	SD	95% CI
60 - 74	264	60.4	18.4	58.1 - 62.6
75 i više	100	59.7	19.0	55.9 - 63.4
Ukupno	364	60.2	18.6	58.3 - 62.1

Prosečna vrednost za mlađe stare iznosi 60,4 a za starije stare 59,7. Interval srednje vrednosti za osobe starosti 60 do 74 godine kreće se od 58,1 do 62,6 a za stare 75 i više godina od 55,9 do 63,4 što ukazuje na veću heterogenost ove grupe starih.

Nivo obrazovanja značajno utiče na vrednost samoprocene zdravlja u korist onih sa višim nivoom obrazovanja ($F = 5,784$; $p < 0,001$).

Tabela 78. Skala samoprocene u odnosu na nivo obrazovanja ispitanika

Obrazovanje	N	prosek	SD	95% CI
Bez osnovne škole	90	54.6	19.1	50.7 - 58.6
Sa osnovnom školom	71	58.2	18.1	53.9 - 62.4
Srednja šk. sprema	111	61.9	18.1	58.5 - 65.3
Viša školska sprema	45	66.0	14.1	61.7 - 70.2
Visoka školska sprema	49	64.5	20.1	58.7 - 70.2
Ukupno	366	60.2	18.5	58.3 - 62.2

Uočljivo je blago povećanje vrednosti skale sa povećanjem nivoa obrazovanja, tako da je vrednost skale kod osoba bez obrazovanja (nezavršena osnovna škola) najniži i iznosi 54,6 dok je najveći skor kod osoba sa visokom i višom školskom spremom i iznosi 65,2. Povezano sa ovakvim rezultatima je i razlika u rasponu srednjih vrednosti u populaciji u zavisnosti od školske spreme, i kreće se od 50,7 do 58,6 za stare osobe bez završene osnovne škole, što je i najniži raspon do intervala od 61,6 - 68,8 za osobe sa završenom višom ili visokom školom (tabela 78).

Bračno stanje ne utiče značajno na visinu skale. Za osobe koje su u braku skor skale samoprocene je 60,8 a za one koje nisu prosečna vrednost iznosi 59,7, i ta razlika nije statistički značajna ($F = 0,341$; $p=0,56$) (tabela 79).

Tabela 79. Skala samoprocene u odnosu na bračno stanje ispitanika

Bračnost	N	prosek	SD	95% CI
Sa partnerom	200	60.8	20.0	58.0 - 63.6
Bez partnera	165	59.7	16.5	57.2 - 62.2
Ukupno	365	60.3	18.5	58.4 - 62.2

Slično bračnom statusu dobijamo i u odnosu na to da li osoba živi sama ili sa nekim u zajednici. Tu skoro uopšte nema razlike u srednjim vrednostima ($\bar{X} \approx 60$) kod obe kategorije starih.

Raspon srednje vrednosti ove skale proračunat za populaciju po istim kriterijumima ukazuje da je veća heterogenost grupe "samci" sa znatno višim rasponom od 56,1 do 65,1 za razliku od druge kategorije gde je interval znatno niži i kreće se od 58,0 do 62,2.

5.14. QOL-OLD INDEX

U cilju kreiranja jedinstvene (integralne - sumarne) numeričke vrednosti koja bi reprezentovala sve aspekte i domene kvaliteta života kod starih osoba primenjena je faktorska analiza (Principal Component Analysis). Kao polazne varijable za faktorsku analizu korišćene su vrednosti svih šest domena/skala. Kodovi za pojedine domene prikazani su u tabeli 80.

Tabela 80. Kodovi skala

Kod	Naziv domena
FF	Skala fizičkog funkcionisanja
SC	Skala samozbrinjavanja
KD	Skala osećanja u vezi korisnosti u društvu
OŽ	Skala osećanja u vezi života
SF	Skala socijalnog funkcinisanja
SP	Skala samoprocene

Međusobna korelacija vrednosti domena je prikazana u tabeli 81. Uočava se značajna korelacija domena FF i SC, FF i SP, SP i OŽ, dok je korelacija između domena KD i OŽ, KD i SF, KD i FF veoma slaba. Preostale kombinacije domena imaju koeficijent korelacije u opsegu od 0,30 do 0,50. Dobijene vrednosti koeficijenata korelacija ukazuju na poznatu činjenicu o multidimenzionalnosti koncepta kvaliteta života i potrebe za analizom kako ukupne vrednosti kvaliteta života tako i pojedinih domena (tabela 81).

Tabela 81. Korelacije domena

Domen	FF	SC	KD	OŽ	SF	SP
FF	1.00					
SC	0.697	1.00				
KD	0.138	0.174	1.00			
OŽ	0.352	0.254	0.077	1.00		
SF	0.364	0.262	0.098	0.278	1.00	
SP	0.569	0.497	0.272	0.607	0.437	1.00

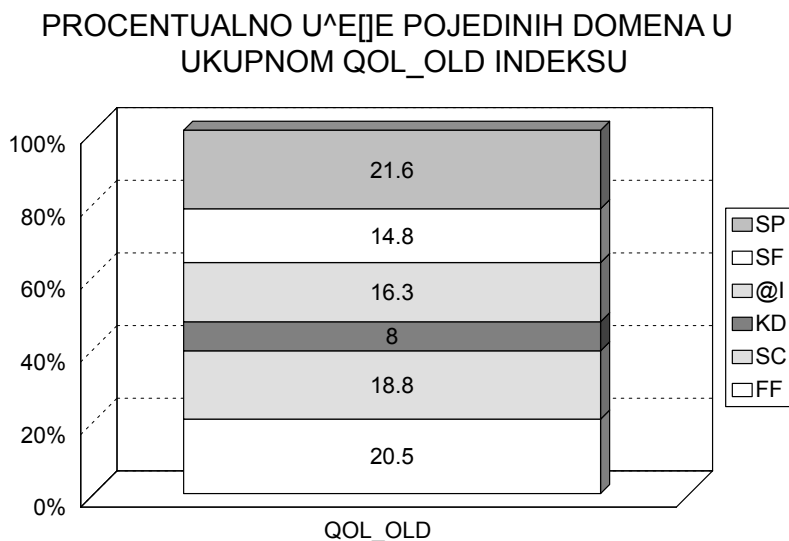
Faktorskom analizom, za šest navedenih domena, izdvojen je samo jedan faktor koji predstavlja ukupni kvalitet života starih osoba i nazvan je QOL-OLD. Vrednost QOL-OLD se dobija linearnom kombinacijom vrednosti svih šest domena po formuli:

$$\text{QOL-OLD} = 0.205 \cdot \text{FF} + 0.188 \cdot \text{SC} + 0.080 \cdot \text{KD} + 0.163 \cdot \text{OŽ} + 0.148 \cdot \text{SF} + 0.216 \cdot \text{SP}$$

Tabela 82. Regresiona analiza domena u okviru QOL-OLD indeksa

Domen	koeficijent korelacije sa QOL-OLD	regresioni koeficijent za proračun QOL-OLD
FF	0.817	0.205
SC	0.748	0.188
KD	0.319	0.080
OŽ	0.648	0.163
SF	0.589	0.148
SP	0.859	0.216

Kao rezultat ove analize dobijen je integralni numerički skor nazvan QOL-OLD.



Grafikon 43

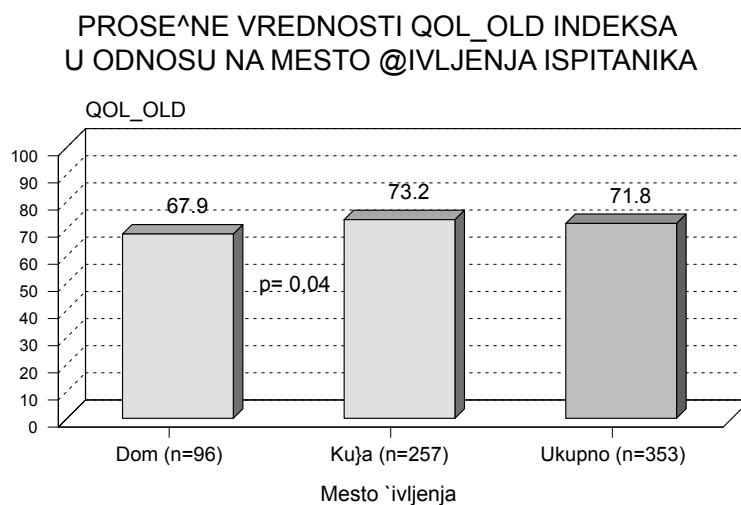
Grafikon 43 prikazuje procentualno učešće pojedinih skala/domena u ukupnom skoru QOL-OLD indeksa.

Prosečna vrednost QOL-OLD indeksa za sve anketirane osobe stare 60 i više godina je 71,8 na skali od 0 do 100.

Osobe koje žive u domu imaju nižu prosečnu vrednost indeksa kvaliteta života i to statistički značajno ($p= 0,04$). Raspon očekivane vrednosti indeksa u populaciji starih koji žive u domu kreće se od 65,1 do 70,8 a za populaciju starih koji žive u svojim kućama isti indeks se kreće u rasponu od 71,3 do 75,2 (tabela 83, grafikon 44).

Tabela 83. QOL-OLD u odnosu na mesto življenja

QOL-OLD	N	prosek	SD	95% CI	Min	Max
Dom	96	67.9	14.0	65.1 70.8	29.3	89.5
Kuća	257	73.2	15.9	71.3 75.2	12.7	98.1
Total	353	71.8	15.6	70.2 73.4	12.7	98.1



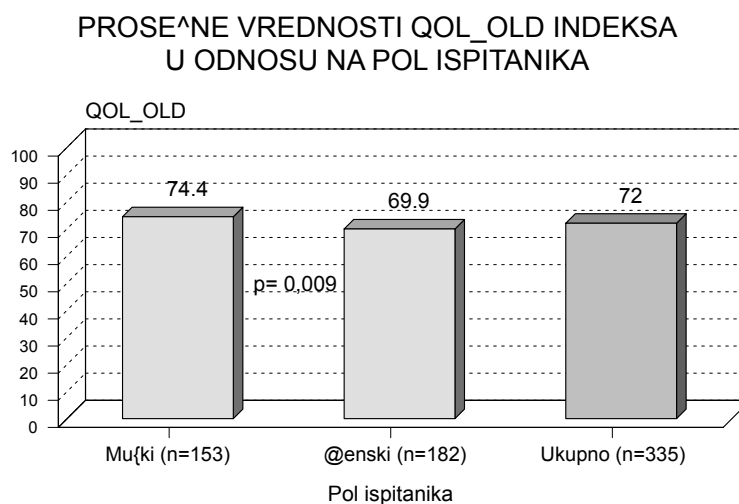
Grafikon 44

Muškarci imaju značajno višu prosečnu vrednost indeksa kvaliteta života ($\bar{X} = 74,4$) nego žene ($\bar{X} = 69,9$) što je i statistički značajno ($P = 0,009$) (tabela 84, grafikon 45).

Tabela 84. QOL-OLD u odnosu na pol

QOL-OLD	N	prosek	SD	95% CI		Min	Max
Muški	153	74.4	16.0	71.9	77.0	12.7	95.2
Ženski	182	69.9	15.3	67.7	72.2	22.0	98.1
Total	335	72.0	15.8	70.3	73.7	12.7	98.1

Interval prosečne vrednosti indeksa kvaliteta života za populaciju muškaraca starih 60 i više godina kreće se u rasponu od 71,9 do 77,0 a za žene iste starosti u populaciji prosečna vrednost indeksa kvaliteta života se kreće u intervalu od 67,7 do 72,2.

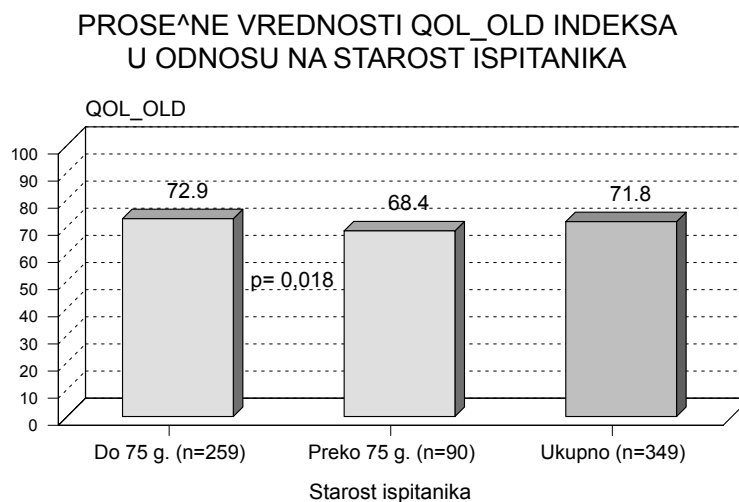


Grafikon 45.

Na kvalitet života značajno utiče starost ($p = 0,02$). Stari do 74 godine imaju znatno višu prosečnu vrednost indeksa kvaliteta života ($\bar{X} = 72,9$) sa očekivanim intervalom u populaciji starih iste kategorije starosti od 71,1 do 74,4. Stari 75 i više godina imaju prosečnu vrednost indeksa 68,4 i očekivani interval u populaciji od 64,7 do 72,1 (tabela 85). Prosečna vrednost QOL-OLD indeksa je statistički viša kod kategorije starih 60 do 74 godine, što je i dokazano ($p=0,018$) (grafikon 46).

Tabela 85. QOL-OLD u odnosu na starost

QOL-OLD	N	prosek	SD	95% CI		Min	Max
60 – 74	259	72.9	14.7	71.1	74.7	19.9	98.1
75+	90	68.4	17.6	64.7	72.1	12.7	94.1
Total	349	71.8	15.6	70.1	73.4	12.7	98.1



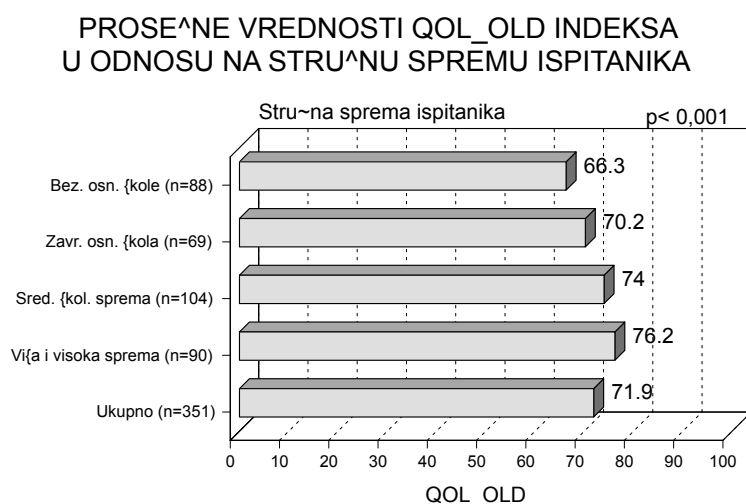
Grafikon 46.

Nivo obrazovanja pozitivno utiče na kvalitet života starih što je i dokazano obzirom da je prosečna vrednost indeksa kvaliteta života značajno viša kod onih osoba koje imaju viši nivo edukacije ($p < 0,001$) (grafikon 47).

Tabela 86. QOL-OLD u odnosu na stručnu spremu

QOL-OLD	N	prosek	SD	95% CI		Min	Max
bez O. Š.	88	66.3	16.0	62.9	69.7	22.0	95.3
O. Š.	69	70.2	13.6	66.9	73.5	29.3	91.3
SSS	104	73.9	15.2	71.0	76.9	12.7	98.1
VSS	90	76.2	15.3	73.0	79.4	31.2	95.2
Total	349	71.9	15.6	70.1	73.4	12.7	98.1

Razlika u prosečnim vrednostima indeksa između osoba bez osnovne škole i osoba sa visokom i višom školom je čak 10, što je i najveći raspon razlike. Najniža prosečna ocena indeksa kvaliteta života je kod osoba bez edukacije ($\bar{X}=66,3$) a najviša prosečna ocena indeksa kvaliteta života kod osoba sa visokom i višom školom ($\bar{X}=76,2$). Ova razlika je najveća u odnosu na sve posmatrane varijable (tabela 86).



Grafikon 47.

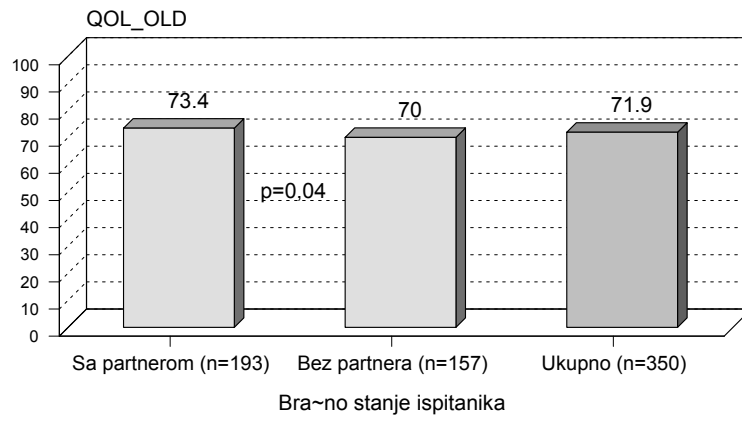
Život u braku odnosno sa partnerom, pozitivno utiče na kvalitet života, te osobe koje žive sa partnerom imaju statistički značajno višu prosečnu vrednost indeksa kvaliteta života ($p=0,04$) (grafikon 48).

Tabela 87. QOL-OLD u odnosu na bračno stanje

QOL-OLD	N	prosek	SD	95% CI	Min	Max	
sa partnerom	193	73.4	16.3	71.1	75.8	12.7	98.1
bez partnera	157	70.0	14.5	67.7	72.3	22.0	95.3
Total	350	71.9	15.6	70.3	73.5	12.7	98.1

Raspon očekivane prosečne vrednosti indeksa kvaliteta života kod osoba koje su u braku odnosno žive sa partnerom u populaciji je 71,1 do 75,6 a kod osoba koje nemaju partnera 67,7 do 72,3.

PROSE^NE VREDNOSTI QOL_OLD INDEKSA
U ODNOSU NA BRA^NO STANJE ISPITANIKA



Grafikon 48.

6. DISKUSIJA

6.1. INSTRUMENT

Radi dobijanja što boljeg instrumenta za merenje kvaliteta života starih (60 i više godina) u opštoj populaciji, koji bi bio prilagođen specifičnim uslovima naše sredine (ekonomski standard, kulturološke i istorijske specifičnosti populacije kao i mentalitet ove populacije), urađena je šira verzija upitnika sa odgovarajućim domenima iz kojih je posle završenog istraživanja na osnovu procene i statističkim metodama bilo moguće izvući šest domena koji pokrivaju najznačajnije sfere zdravlja koje utiču na kvalitet života populacije starih.

U istraživanju se nije odstupalo od osnovnog principa kojeg zastupaju svi istraživači koji se bave kvalitetom života u odnosu na zdravlje, a to je da se moraju pokriti određene sfere: fizičko zdravlje, emocionalno zdravlje, socijalna komponenta, kao i lična percepcija zdravlja koja se prvo razvila kao deo u opisu zdravstvenog stanja, a danas je sve više neophodna komponenta pri merenju kvaliteta života u vezi sa zdravljem (19, 31).

U formulisanju ovog instrumenta korišćena su iskustva mnogih naučnika koji se poslednjih 20 godina bave proučavanjem kvaliteta života, ali i poznavanje određenih specifičnosti populacije starih kod nas. Međutim, osnovni problem u proučavanju kvaliteta života bolnički lečenih osoba, kvaliteta života školske dece, starih ljudi i drugih je konfuzija u pogledu koncepta i definicije kvaliteta života, kao i poistovećivanje pojma zdravlja, kvaliteta života i funkcionalnog statusa. Katz smatra da je kvalitet života koncept koji se mora posmatrati sa više tačaka i da se definicija izvodi zavisno od instrumenta za njegovo merenje (41). Muldoon, Berger, Flory i Maruch komparirajući i analizirajući instrumente koji mere kvalitet života postavljaju pitanje šta mere takvi instrumenti? Opšte je prihvaćena činjenica da bolest ne može jednostavno biti opisana veličinom lezije infarkta, forsiranim ekspiratornim volumenom ili veličinom tumora. Psihosocijalni faktori, bol, ograničena pokretljivost, porodična odgovornost, finansijska ograničenost i drugi faktori moraju takođe biti uključeni u procenu zdravstvenog stanja. Oblast koja je proistekla iz ovakvog shvatanja zdravlja i zdravstvenog stanja je nazvana kvalitet života u odnosu na zdravlje (Health related quality of life). To je pomerilo status istraživanja sa proučavanja direktne manifestacije bolesti na različite efekte koje bolest i tretman imaju na život i zadovoljstvo životom kod pacijenata. Stoga je najveći broj istraživanja rađen kod osoba koje su obolele od određenih bolesti (kardiovaskularne bolesti,

maligne bolesti i AIDS) i gde proučavanje i ocenjivanje kvaliteta života u odnosu na zdravlje ubrzo postaju neizostavni deo ocene kliničkog tretmana. Devedesetih godina XX veka sve više se ukazuje na neophodnost utvrđivanja kvaliteta života u odnosu na zdravlje, kao mere u odabiru zdravstvene tehnologije prilikom tretiranja pacijenata (35, 57).

Prevenција hroničnih oboljenja u starosti i kod starih ne utiče samo na dužinu života, već i na kvalitet života. U prošlosti, fatalne dijagnoze kao što su koronarna bolest srca, maligne bolesti, cerebrovaskularni insulti bili su dominantni u opredeljenju strategije preventivnih programa. Danas, porastom očekivanog trajanja života osobe koje imaju dijagnoze koje nisu fatalne ali mogu da dovedu do invaliditeta kao što su demencija, osteoporoza i prelom kuka, artritis i druge, stavljaju u prvi plan prevenciju od tih oboljenja jer ona ne utiču toliko na kvantitet života ali utiču znatno na kvalitet života. U svetlu ovoga u budućnosti će biti neophodno da se evaluacija efekata preventivnih strategija izražava i za ove nefatalne dijagnoze i stanja (58) .

Muldon i saradnici, (59) zbog postojećih nejasnoća oko samog sadržaja instrumenta koji meri kvalitet života, nude šemu koja opisuje osnovne elemente kvaliteta života u vezi sa zdravljem i daju klasifikacionu šemu instrumenata za merenje kvaliteta života u nadi da će ona poslužiti za dalju evaluaciju ovih instrumenata. Oni izdvajaju sledeće tipove instrumenata za merenje kvaliteta života u odnosu na zdravlje:

1. Procena kvaliteta života prema funkcionalnom statusu i subjektivnoj dobrobiti. Ovi instrumenti su dizajnirani da mere objektivno i adekvatno funkcionisanje osobe kroz različite životne domene - fizički, profesionalni i interpersonalni.
2. Kvalitet života posmatran prema fizičkim i mentalnim domenima, pod kojim se rasvetljavaju strukture za razumevanje efekata koje zdravstveno stanje ima na kvalitet života.
3. Merenje kvaliteta života koje uključuje i ukazuje na značajnost subjektivne procene zdravlja, o određenom problemu i stanju zdravlja i mogućnostima koje objektivno funkcionisanje uzima u obzir.

Upoređujući naš instrument sa ovim zahtevima on zadovoljava kriterijume danas shvaćenog savremenog instrumenta za merenje kvaliteta života jer uz svaku funkciju i mogućnost funkcionisanja stavlja i subjektivnu procenu dobrobiti (da li je osoba sa tim i koliko zadovoljna, kako ona to procenjuje).

Po Feinstainu, ono što predstavlja posebnu poteškoću kod merenja kvaliteta života je nepostojanje jedinstvene opšte prihvaćene definicije, kvaliteta života (60).

Sanders navodi da i nije iznenađujuće što nema jedinstvene definicije, uzimajući u obzir širinu koncepta kvaliteta života koja uključuje fizičko funkcionisanje (sposobnost da se vode dnevne aktivnosti kao što su samozbrinjavanje i sposobnost hodanja), psihološko funkcionisanje (emocionalna i mentalna dobrobit), socijalna funkcija (odnosi sa drugima i učešće u socijalnim aktivnostima), percepcija zdravlja, bol i iznad svega zadovoljstvo životom. Nedostatak jasne definicije kvaliteta života reflektovao se na mnoge instrumente koji su preporučeni za njegovo merenje. Verovatno je to jedan od razloga zašto se kod merenja kvaliteta života izdvojilo nekoliko grupa instrumenata:

- opšti ili generički instrumenti koji široko procenjuju fizičko, mentalno i socijalno zdravlje i mogu biti korišćeni za upoređivanje stanja ili tretmana,
- posebni instrumenti specifični za bolest, mogu biti dodatak opštim instrumentima ili mogu biti korišćeni nezavisno. Oni mogu da uključuju i druge metode merenja fokusirane na pojedine aspekte kao što su bol, zabrinutost kao i pojedinačne mere u kojima osobe - pacijenti same definišu i procenjuju najvažniji aspekt njihovog kvaliteta života (61).

Spitzer izdvaja tri tipa instrumenata za merenje kvaliteta života: (1) The Quality of life index - sveobuhvatna mera koja daje ukupnu ocenu kvaliteta života uzimajući u obzir aktivnosti, zdravlje, dnevni život i socijalnu podršku, (2) Reintegracija u normalan život, (3) The Meaning of life scale - pacijentova procena o značajnosti preostalog života. Spitzer sve ove instrumente za merenje kvaliteta života predviđa za korišćenje kod osoba koje su bolesne i lečene uglavnom u bolničkoj ustanovi (62).

I pored svih dilema koje postoje oko definisanja kvaliteta života u vezi sa zdravljem poslednjih 20 godina proučavanje kvaliteta života preuzima centralno mesto u određivanju rezultata medicinskih i socijalnih programa. Savremenim pristupom zdravstvenoj zaštiti, gde osnovni cilj postaje unapređenje i promocija zdravlja, ističe se značajnost proučavanja kvaliteta života u populaciji a ne samo proučavanje zdravstvenog stanja stanovništva. U Engleskoj procena kvaliteta života postaje neophodna u istraživanjima u zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti. U tom svetlu i procena kvaliteta života starih postaje neophodnost kao i razvoj instrumenta za takvu procenu koji će biti

specifičan za tu populacionu grupu (63). U svetlu demografskog starenja stanovništva i sve većeg broja starih 60 i više godina, uzimajući u obzir specifične osobine starih, nameće se potreba za formiranjem specifičnog instrumenta za merenje kvaliteta života te kategorije stanovništva. Najčešće korišćeni višedimenzionalni opšti instrumenti za merenje kvaliteta života kod starih su Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile (NHP) i skraćena verzija SF-36. Međutim, nijedna od tih skala nije posebno konstruisana za kategoriju starih u populaciji. Dosad testirani i najčešće korišćeni instrument za merenje kvaliteta života kod starih je SF-36 koji po mišljenju Braziera mora biti modifikovan da bi se mogao koristiti za merenje kvaliteta života kod starih metodom samopopunjavanja. NHP se pokazao kao dobar instrument za merenje kvaliteta života kod starih, ali samo onih koji imaju izražen veći stepen onesposobljenosti (64,65).

Jedan od ciljeva ovog istraživanja je bio da se konstituiše opšti-generički instrument za procenu kvaliteta života starih u populaciji, i to zdravih starih, ne ističući neku bolest ili simptom. Takav instrument pored toga što mora da bude validan i pouzdan, mora da bude i što kraći i da obuhvati sve značajne domene zdravlja od uticaja na kvalitet života ove populacione grupe. Bitna odlika ovog instrumenta je i da mora biti tako formulisan da ga ispitanici mogu sami popunjavati, te nije potrebna tehnika intervjua licem u lice, da bi se dobili odgovarajući odgovori.

Put formiranja instrumenta korišćenog u ovom istraživanju, imajući u vidu gore navedene zahteve, išao je od šireg i dopunjenog McMasterovog upitnika do instrumenta gde su izdvojena pitanja (ajtemi) koja ulaze u određeni domen i gde su obuhvaćene sve sfere zdravlja koje zahteva generički instrument za merenje kvaliteta života u vezi zdravlja. Prva verzija instrumenta je imala 90 pitanja i bila podeljena u sledeće delove:

1. Opšti deo koji obuhvata pitanja o starosti, polu, školskoj spremi, zanimanju, izvoru prihoda, bračnom statusu;
2. Fizičko zdravlje i postojanje bolesti sa ukupno 30 pitanja koja pokrivaju mobilnost, mogućnost samozbrinjavanja, fizičku kondiciju i morbiditet sa posebnim osvrtom na čulo vida i sluha kao i redovnost uzimanja lekova;
3. Emocionalno zdravlje koje sadrži 26 pitanja pokrivajući domene osećanja korisnosti u društvu i domen osećanja u vezi života;
4. Subjektivna procena i socijalne aktivnosti sa ukupno 16 pitanja u vezi samoprocene opšteg, fizičkog, socijalnog i emocionalnog zdravlja kao i frekvenciju i zadovoljstvo socijalnim kontaktima. Dodatak na ovaj deo su i dva pitanja o zadovoljstvu sadašnjim i

celokupnim životom. Ova dva pitanja su data sa vizuelnim skalama (skala lica i skala lestvice). U krajnjoj verziji upitnika pokazaće se da ovakav način formulisanja pitanja ne daje kvalitetno bolje odgovore te prema tome nisu neophodna;

5. Poslednji deo upitnika sačinjen samo za one stare osobe koje žive u domovima za stare sadrži 9 pitanja vezanih za odlazak u dom, zadovoljstvo životom u domu kao i postojanje i frekvenciju socijalnih kontakata.

Na osnovu statističkih metoda iz grupisanih pitanja putem korelacije (kriterijum $r > 0,20$) i prosečne vrednosti interne konzistentnosti ICC (Interclasic Correlation Criterium $ICC > 0,70$) utvrđena je validnost izabranih pitanja za pojedine domene a pouzdanost je utvrđena koeficijentom pouzdanosti Crombach alpha gde se za poređenja na individualnom nivou preporučuju minimalne vrednosti od 0,9 a za grupne analize dovoljno je da vrednost koeficijenta bude u rasponu od 0,5 do 0,7 da bi se merenje smatralo pouzdanim. Izdvojenih 6 domena pokrivaju najznačajnije sfere zdravlja od uticaja na kvalitet života starih u populaciji (52).

Pod nadzorom Evropske kancelarije SZO sprovedeno je istraživanje u Italiji (Padova i Biescija), Holandiji (Leiden) i Finskoj (Helsinki) radi formiranja instrumenta za ocenu kvaliteta života starih pod nazivom LEIPAD. Ovaj instrument je formiran godinu dana posle našeg i služi nam za komparaciju, kao najpribližniji po zahtevima, istraživanju koje je kod nas sprovedeno. LEIPAD instrument sadrži 7 skala/domena:

- fizičko funkcionisanje
- samozbrinjavanje
- depresivnost /anksioznost
- socijalno funkcionisanje
- seksualno funkcionisanje
- zadovoljstvo životom.

Procena validnosti i pouzdanosti našeg instrumenta ukazuje da svih šest skala zadovoljava opšte prihvaćene kriterijume.

Skala fizičkog funkcionisanja u našem instrumentu konstruisana je iz 6 ajtema odnosno pitanja (item). Korelacionim analizama utvrđena je validnost skale, a Crombach alpha koeficijent je 0,85 što ukazuje na visoku pouzdanost, upoređujući ga sa vrednosti Crombach alpha u LEIPAD instrumentu gde je vrednost ovog koeficijenta za domen fizičkog funkcionisanja 0,74, i koja je

uključivala 5 pitanja iz domena fizičke sposobnosti. Kod starih, kao deo procesa starenja, sposobnosti fizičkog funkcionisanja opadaju. Kada ili ako nastane ugroženost samozbrinjavanja (Self-care) dolazi do bitnog opadanja kvaliteta života, te je u anketu uključeno 6 ajtema koji pokrivaju ovaj domen. LEIPAD instrument ima isto toliki broj ajtema i Crombach alpha koeficijent 0,74, pa je i kod ovog domena vrednost Crombach alpha koeficijenta kod nas veća i iznosi 0,87.

Emocionalna sfera zdravlja obuhvaćena je sa dve skale - skalom u vezi osećanja u životu i skalom u vezi korisnosti u društvu. Obe su sa odgovarajućim Crombach alpha koeficijentom (od 0,5 do 0,7). U slučaju kognitivnih poremećaja, nezadovoljstva životom, postojanja depresije, skorovi ovih skala su znatno niži a sam izbor ajtema ove dve skale pokriva sfere koje su u LEIPAD instrumentu izdvojene u vidu skale zadovoljstva životom, skale depresije i kognitivnog funkcionisanja (66).

Socijalno funkcionisanje je izdvojeno kao posebna komponenta pokrivena sa 4 ajtema kod nas a u LEIPAD instrumentu 3 ajtema su u domenu socijalnog funkcionisanja sa Crombach alpha koeficijentom od 0,61 što je na granici prihvatljivosti, za razliku od našeg koeficijenta od 0,70 što daje veću pouzdanost naše skale socijalnog funkcionisanja od instrumenta SZO.

U proceni zdravlja i kvaliteta života sve veći značaj dobija samoprocena zdravlja (67). Brislow, Beiger i Ware daju indeks za merenje globalnog stanja zdravlja zasnovanog samo na perceptivnom pristupu samoproceni zdravlja sa izdvajanjem tri kategorije pitanja koja pokrivaju fizičko, mentalno i socijalno zdravlje.

Domen samoprocene zdravlja u našem upitniku pokriven je sa 6 pitanja. Pokriva sve tri kategorije zdravlja ali je izražen jednim skorom što ga čini komparabilnim sa drugim instrumentima koji se bave samo proučavanjem samoprocene zdravlja. Samoprocena zdravlja utiče sa 21,6% na ukupnu vrednost kvaliteta života kod starih koja je nazivana QOL-OLD indeks, što ukazuje na njegovu značajnost pri proceni kvaliteta života u vezi sa zdravljem i neophodnost njegovog uključivanja kao sastavni deo generičkog instrumenta za merenje kvaliteta života. U LEIPAD instrumentu samoprocena zdravlja nije izdvojena kao poseban domen ali je uključena u skalu zadovoljstva životom.

Zaključak istraživača koji su vodili LEIPAD projekat je da je skala seksualnog funkcionisanja igrala marginalnu ulogu u proceni kvaliteta života u vezi sa zdravljem, te kao takva

može biti izostavljena. U našem upitniku taj domen nije ni bio uključen u procenu kvaliteta života (66).

Kao poseban doprinos ovog istraživanja može se smatrati formiranje jedinstvene numeričke vrednosti koja izražava sve navedene aspekte zdravlja koji utiču na kvalitet života. LEIPAD instrument daje povezanost pojedinih domena kao i međusobni uticaj pojedinih domena ne izražavajući sumarnu ocenu. Ovo omogućava komparabilnost našeg instrumenta i LEIPAD instrumenta na nivou pojedinih domena, ali ne i ukupnog skora.

Na osnovu sprovedenog istraživanja, dobijenih skala i sumarnog QOL-OLD indeksa može se reći da je dobijen validan instrument za merenje kvaliteta života kod starih prilagođen za naše uslove života, kulturnu, ekonomsku situaciju i druge osobenosti teritorije, a u isto vreme komparabilan sa drugim instrumentima koji mere kvalitet života starih u drugim zemljama. Istovremeno se omogućava određivanje uticaja pojedinih domena na kvalitet života kod starih, na osnovu regresionog koeficijenta kojim se daje mogućnost za preračunavanje procentualnog učešća pojedinih sfera u ukupnom skor u kvalitetu života starih.

Dobijeni rezultati su u skladu sa rezultatima drugih istraživača (68, 69). Utvrđeno je da najznačajniji uticaj na kvalitet života, iskazano u procentima, ima fizičko zdravlje. Kod nas sfera fizičkog zdravlja obuhvaćena je sa dve skale - skalom fizičkog funkcionisanja i njen uticaj na ukupni skor je 20,5%, i skala samozbrinjavanja koja utiče sa 18,8% na ukupan QOL-OLD indeks, što čini da fizičko zdravlje i njegove komponente utiču na kvalitet života starih sa 39,3%.

Kao i uvek kada se kvantificira jedna ovako kompleksna pojava kao što je kvalitet života treba biti obazriv pri korišćenju i tumačenju rezultata. Istraživači koji su proučavali kvalitet života kod onesposobljenih starih došli su do paradoksalnog zaključka, da su invalidne stare osobe ocenjivale svoj kvalitet života bolje od onih koje to nisu. Albrecht i Devlieger su zaključili da je kvalitet života kod onesposobljenih (fizički onesposobljenih) u zavisnosti od pronalaženja ravnoteže između tela, psihe i duše i uspostavljanja harmoničnih odnosa osobe sa socijalnom okolinom i spoljašnnošću (70).

Opšti je zaključak svih koji se bave kvalitetom života starih, da je uticaj fizičkog zdravlja dominantan ali da kod znatnog gubitka fizičke pokretljivosti i nastanka onesposobljenosti često, uspostavljena ravnoteža i dominacija drugih komponenti čine da se očuva dobar kvalitet života.

(60, 71). Zato je upotreba našeg instrumenta ograničena samo za procenu kvaliteta života starih koji su zdravi tj. nemaju veći stepen onesposobljenosti, te je preporučljivo da se ovaj instrument koristi uglavnom za ispitivanje kvaliteta života starih u populaciji.

6.2. ANKETIRANJE I UZORAK

Anketiranje je obavljeno putem poštanske ankete metodom samopopunjavanja (n=600) . Uobičajeni odziv kod takvih istraživanja je do 50% (20). U konačnu obradu iz populacije starih koji žive u svojim kućama ušlo je 273 anketna upitnika (odziv 44,33%) koji su bili pravilno popunjeni i kod kojih je na većinu pitanja korektno odgovoreno.

U drugoj grupi starih iz domova za stare odaziv je bio bolji (71,33%) obzirom da je anketiranje izvršeno putem intervjua od strane medicinskih sestara koje su zaposlene u domovima. U konačnu obradu od 150 distribuiranih anketa je ušlo 107, kod kojih je utvrđena korektnost odgovaranja na većinu pitanja.

Pri analizi podataka nisu uočene značajne razlike u kvalitetu odgovora u zavisnosti od načina anketiranja, te ne postoji dilema kako da se vrši anketiranje uzimajući u obzir i ekonomske mogućnosti. Metod izbora je anketiranje putem samopopunjavanja. Weinbar i saradnici došli su do zaključka da pouzdanost određenih tehnika anketiranja zavisi od sfere koja se ispituje. Podaci iz sfere emocionalnog i fizičkog zdravlja najlakše se dobijaju putem intervjua, s tim što su oni komparaciju vršili u odnosu na metode anketiranja putem telefona i intervjua licem u lice, a ne metodom samopopunjavanja (72).

Ovom analizom obuhvaćeno je 373 ispitanika, dok je LEIPAD instrument koji je imao tendenciju da dobije naziv internacionalnog instrumenta za merenje kvaliteta života starih dobijen na osnovu anketiranja 586 osoba u tri zemlje. Istraživanja koja su se bavila proučavanjem kvaliteta života u populaciji različitih kategorija stanovništva obuhvatala su od 200 do 5000 osoba. Broj obuhvaćenih osoba nije bitno uticao na kasnije utvrđivanje validnosti i pouzdanosti instrumenta. Holman i saradnici zaključke o kvalitetu života starih u odnosu na stanje raspoloženja i usamljenosti daju na osnovu 315 anketiranih (73). Kempen i saradnici su istraživanja o uticaju nivoa obrazovanja na kvalitet života kod starih u Holandiji, radili na 5279 stanovnika starih 65 i više godina, a u Kanadi Standyk i saradnici testirali su primenljivost SF-36 kao instrumenta za ispitivanje kvaliteta života kod starih na 146 ispitanika.

Naše istraživanje je urađeno tokom 1998. godine i 2000. godine. Prvim anketiranjem je obuhvaćeno 260 osoba (69,7%) i to 73 stare osobe u domu i 187 u opštoj populaciji. Drugi deo istraživanja urađen je tokom 2000. godine na 113 osoba (30,3%) od toga 34 osobe u domu i 79 osoba u opštoj populaciji.

Uzorak od 373 anketirane osobe je dovoljan da se mogu doneti validni zaključci o mogućnosti ispitivanja kvaliteta života u odnosu na zdravlje kao i formiranje odgovarajućeg finalnog upitnika.

Uzorak stanovništva starih po osnovnim demografskim i socioekonomskim odlikama dovoljno je reprezentativan za tu starosnu kategoriju naše populacije.

Odnos muškaraca i žena u uzorku je 56,1% žena i 43,9% muškaraca. Ako se pogleda starosna piramida stanovništva Vojvodine po polu vidi se da je odnos starih po polu u uzorku odgovarajući onom u opštoj populaciji (74) (Strana 28)

Broj nepismenih je veći među starijim kategorijama stanovništva. Ukupno u Vojvodini po popisu iz 1991. godine ima 4,1% nepismenih, a procenat osoba sa nezavršenom osnovnom školom je 10,5%, posmatrano u ukupnoj populaciji staroj 10 i više godina. U strukturi našeg uzorka dobili smo 6,5% osoba bez škole i 17,8% osoba sa nepotpunom osnovnom školom, što je u skladu, obzirom da je u pitanju najstarija kategorija stanovništva. Nepismenost kao značajan problem, ističe i SZO i ukazuje na veliku razliku u procentu nepismenih između muškaraca i žena, posebno najnerazvijenijih zemljama gde je 31% nepismenih žena i 20% nepismenih muškaraca. Značajnost podizanja stepena obrazovanja na proces "aktivnog starenja", koji je dominantna strategija SZO u postizanju kvalitetnijeg života starih, su dokazala mnoga istraživanja (75).

Posmatrano u četrdesetogodišnjem periodu od 1961. godine vidi se porast udela stanovništva sa ličnim prihodom. U našem uzorku 86% starih prima penziju. Značajno je napomenuti da u periodu od 1991. godine do 2000. godine realna primanja stanovništva su u stalnom padu u odnosu na 1990. godinu. U 1996. godini primanja su čak 3,6 puta manja. Potrošačka korpa se uzima kao jedan od indikatora životnog standarda stanovništva i u odnosu na zaradu vrednost potrošačke korpe je u posmatranih 10 godina (od 1991-2000) uglavnom bila duplo veća, što sigurno onemogućava veliki procenat stanovništva u pravilnoj ishrani i to svakako utiče na

zdravlje i kvalitet života. U lošoj ekonomskoj situaciji najviše stradaju najvulnerabilniji, a to su deca i stari.

Socijalno demografske karakteristike ispitanika, pol, starost, nivo obrazovanja, bračnost, značajno utiču na znanje i ponašanje u vezi sa zdravljem i samim tim bitno utiču na nivo kvaliteta života.

Značajna varijabla od uticaja na kvalitet života je i odlazak u dom za stare. Zato se kod analize svake skale pojedinačno izdvaja i ova varijabla.

Odluka o odlasku u dom često je rezultat zajedničke odluke članova uže porodice i po istraživanjima sprovedenim u svetu došlo se do zaključka da se do konačne odluke dolazi preko 4 faze: 1) faza razmatranja doma kao mogućnosti za život, 2) faza diskusije, 3) faza planiranja i 4) faza odluke. Ove četiri faze su ustvari četiri koraka kod donošenja odluke o odlasku u dom i one su uglavnom zastupljene kod starih osoba koje su pretežno zdrave i kod kojih takva odluka nije uslovljena nekom akutnom promenom u životu (76). Bromley i Blieszner pored ovoga, dolaze do zaključka da su od članova porodice ćerke češće uključene u rešavanje problema, kao i u donošenje odluke o smeštaju u dom nego sinovi. Grupa starih koji su smešteni u domove za stare u našem uzorku bila je samo deo populacije koju smo istraživali, te je samo sa par pitanja obuhvaćena specifičnost ove populacije, a nije se ulazilo u dublju analizu razloga odlaska u dom. Rezultati ovog istraživanja pokazali su da je odlazak u dom za 3/4 starih stvar njihove lične odluke i želje. Kao najčešći razlog odlaska u dom stari navode samoću (35,5%) ili bolest (23,4%). Dve trećine onih koji su smešteni u dom ne žele da napuste takav način života, što ukazuje da je planiranje odlaska u dom urađeno postupno uz odluku i saglasnost stare osobe. Izvestan broj starih (8,4%) odgovara da je smešten u dom bez svoje lične želje i da je tu odluku doneo i sproveo neko drugi u njihovo ime. Takve osobe se teže navikavaju na život u domu i obično bivaju manje zadovoljne životom.

6.3. FIZIČKO ZDRAVLJE

Dobro je poznata činjenica da je jedan od bitnih elemenata očuvanja zdravlja, fizička aktivnost. SZO u preporuci za zdravo starenje ističe važnost očuvanja fizičke aktivnosti, mobilnost i unapređenje kondicije (Ciljevi SZO) (77).

U našem uzorku, 80% starih izjavljuje da ima jedno ili više hroničnih oboljenja, a takve rezultate dobijaju i drugi istraživači u Srbiji. Tokom 2000. godine rađeno je istraživanje na teritoriji cele Srbije o zdravstvenom stanju, zdravstvenim potrebama i korišćenju zdravstvene zaštite i dobijeno je da više od 75% starih 60 i više godina izjavljuju da imaju jednu ili više hroničnih oboljenja (78). Podaci rutinske statistike kao i istraživanje koje je sproveo Arsić u Novom Sadu ukazuju na isti procenat starih koji imaju jedno ili više hroničnih oboljenja (74, 79).

Kao najčešće dijagnostikovane bolesti stari izdvajaju bolesti srca (44,5%), visok krvni pritisak (40,2%) i oboljenje lokomotornog aparata (39%). Isti rezultati su dobijeni kod drugih istraživača na našoj teritoriji (79) i to se poklapa sa morbiditetom i mortalitetom kod starih koji se dobija rutinskom statistikom (74, 80). Prema podacima SZO vodeće dijagnoze hroničnih bolesti koje ugrožavaju život starih su: kardiovaskularne bolesti, hipertenzija, cerebro-vaskularni insult, dijabetes, maligne bolesti, hronične plućne obstruktivne bolesti, oboljenja lokomotornog aparata, mentalna oštećenja (demencija i depresija) i slabovidost i slepilo. Upoređujući naše rezultate sa izveštajima SZO, uočavamo podudarnost u vrsti dijagnoza mada ne i u redosledu tih oboljenja (21).

Multimorbidnost je nažalost još uvek činjenica koja prati stare. U preko 75% slučajeva oni imaju dve i više dijagnoza a slični rezultati su dobijeni i u drugim istraživanjima sprovedenim u našoj zemlji (78, 79). Postojanje hroničnog oboljenja, naročito ako stara osoba nije pod odgovarajućim zdravstvenim nadzorom, često dovodi do fizičkog ograničenja i slabljenja fizičkih sposobnosti. Našim istraživanjem smo utvrdili da osobe koje žive u domovima za stare imaju bolji zdravstveni nadzor, redovnije piju lekove i češće kontrolišu svoje zdravlje, za razliku od starih u opštoj populaciji što ukazuje na potrebu poboljšanja zdravstvenog nadzora ove populacije. Iz tih razloga je u preporukama o zdravstvenoj zaštiti starih dat predlog da se obezbedi besplatna zdravstvena i socijalna zaštita starih 65 i više godina kao i kućno lečenje i nega u kući, koja bi obezbedila adekvatnu zdravstvenu zaštitu ostarelim licima u kući. Inicijatori ovih mera preporučuju i mere socijalne zaštite koju ne treba odvajati od zdravstvene zaštite (74).

Kao značajan zdravstveni problem u starosti SZO izdvaja slabljenje čula vida (21). Problemi sa vidom uglavnom su rezultat staračke dalekovidosti, koja se može regulisati korektivnim sočivima (naočarima) ali i katarakte. U našem uzorku, 14,5% starih ima uvek problema sa čitanjem (i pored nošenja korektivnih naočara) dok trećina ima ponekad problema sa čitanjem i pored korekcije.

Gubitak sluha je takođe česti pratilac starosti. Slabljenje sluha često nastaje postepeno pa većina ljudi to prihvata kao "normalno stanje" te se mali procenat starih javlja lekaru da bi korigovao ovaj nedostatak sa slušnim aparatom (2,8%). Svaka 20-ta stara osoba u našem uzorku ima problema da jasno čuje govor drugih ljudi a još trećina ima ponekad takve probleme. Italijanski istraživači proučavajući problem gubitka sluha kod starih i probleme povezane sa tim, ukazuju da se na ovaj hendikep malo obraća pažnja i da je slabo proučen. Po rezultatima ovih istraživača 27,2% osoba starosti 65 i više godina ima problema sa sluhom. Utvrđena je značajna korelacija između slabljenja sluha i ADL skora (Activity of Daily Living), kao i značajan pad kvaliteta života kod tih osoba (81). Mereći direktan uticaj gubitka sluha od 27-55 dB Mulrow i saradnici su utvrdili signifikantan pad emocionalne, socijalne i komunikacione funkcije, što je ujedno i dovelo do značajnog pada kvaliteta života kod tih osoba (82).

Analizom proste distribucije ajtema koji su obuhvaćeni pod delom fizičko zdravlje i postojanje bolesti, utvrđeno je da se rezultati našeg istraživanja poklapaju sa rezultatima sličnih istraživanja sprovedenih kod nas i u svetu, a značaj ovakve analize jeste utvrđivanje reprezentativnosti našeg uzorka kao i utvrđivanje najznačajnijih ajtema za formiranje dve skale iz ovog domena kada se procenjuje kvalitet života starih. Dve izdvojene skale su:

- skala fizičkog funkcionisanja
- skala samozbrinjavanja

Sumarni skorovi ovih skala pojedinačno daju dovoljno informacija o uticaju fizičkog zdravlja na kvalitet života kod starih.

Retoričko je pitanje da li život u domu smanjuje mogućnost kretanja, s obzirom da je ocena tj. transformisani skor ove skale za stare osobe koje žive u domu znatno niži od osoba u populaciji ($p=0,025$). Analizom se dolazi do zaključka da život u domu ne umanjuje fizičku sposobnost, nego su stare osobe koje su se opredelile za život u domu, često kao razlog za odlazak u dom imale bolest koja u isto vreme dovodi i do invaliditeta. Pored toga, prosečna starost osoba koja su u domu je

znatno viša i to su dva osnovna faktora koja utiču na vrednost skale fizičkog funkcionisanja. Prema tome, dom nije izazvao umanjene fizičke sposobnosti, nego su umanjene fizičke sposobnosti često razlog odlaska u dom.

Fizičko funkcionisanje izraženo pomoću transformisanog skora za stare u našem uzorku iznosi 78,1. Ovu skalu čine ajtemi koji upravo govore o mobilnosti i fizičkoj kondiciji. Skale koje mere samo mobilnost kao što je ADL-skala (Activities of Daily Living) ukazuju da je 20,8% starih u populaciji onesposobljeno, ali ako se uzme IADL-skala (Instrumental Activities of Daily Living) koja je esencijalna za određivanje samostalnosti u aktivnostima samo-zbrinjavanja (kupovina, transport, održavanje kuće), procenat starih ljudi, kojima je tuđa pomoć potrebna, je znatno veći. Ovakvi rezultati su dobijeni i našim istraživanjem gde su u skalu fizičkog funkcionisanja uključene obe komponente (ADL i IADL) (83). Rezultati dobijeni brojnim istraživanjima ukazuju na veći značaj upotrebe IADL skale jer većina starih koji žive u svojim kućama, čak starosti 75 do 80 godina, nemaju problema u smislu ADL aktivnosti. Problemi se pojavljuju kada se istražuju aktivnosti u okviru IADL skale. Ovo ukazuje na značajnost primene IADL skale u okviru istraživanja kvaliteta života starih u populaciji (84). Utvrđena je visoka statistička značajnost u odnosu na pol ($p < 0,001$) u korist muškog pola što se slaže sa istraživanjima Batlera i Devisa kao i grupe američkih naučnika koji su uočili da se onesposobljenost i zavisnost u starijim godinama češće javlja kod žena što je povezano i sa njihovom manjom fizičkom aktivnosti. Oni su čak dokazali da fizička aktivnost uvedena kod pacijenata sa depresivnim simptomima i poremećajem sna dovodi do poboljšanja, što u isto vreme potvrđuje i tezu SZO da uvođenje fizičkih vežbi i povećanje fizičkih aktivnosti u bilo koje doba života donosi korist (85, 86, 87, 88).

Butler i saradnici utvrđuju da stare osobe koje su se počele baviti fizičkom aktivnosti (ples, dizanje tereta, redovno hodanje i druge fizičke aktivnosti primerene starima) žive 2-3 godine duže od fizički neaktivnih starih osoba (86). Isti istraživač dokazuje korist od fizičkih vežbi za održavanje boljeg funkcionisanja kardiovaskularnog sistema, na povećanje mišićne snage i mišićne mase, na poboljšanje i održavanje ravnoteže kod starih osoba (89).

Ako se pođe od toga da su najčešće dijagnoze kod starih bolesti srca, hipertenzija i bolesti koštano zglobnog sistema, što je dobijeno i našim istraživanjem, uviđa se značaj očuvanja fizičke kondicije u starosti.

Skala fizičkog funkcionisanja obuhvata sve značajne aspekte mobilnosti kod starih a u isto vreme govori i o očuvanosti fizičke kondicije. Iskustva potvrđuju da postojanje nekog oboljenja, invaliditeta ili oštećenja čula dovodi do pada skora na skali fizičkog funkcionisanja, te nije potrebno u analizi kvaliteta života u vezi sa zdravljem direktno ispitivati morbiditet. Fizičko funkcionisanje u direktnoj je korelaciji sa kvalitetom života. Egzaktne dokaze o tome daju mnogi istraživači. Fabre dokazuje poboljšanje respiratornog kapaciteta kod starih osoba koje su se uključile u fizički trening što je uslovalo i bolje fizičko funkcionisanje u dnevnim aktivnostima, ali i znatno poboljšalo kvalitet života (90). Značajnost uticaja očuvane mobilnosti na kvalitet života ističu i Kanadski istraživači koji tvrde da opadanje fizičkih sposobnosti snažno utiče na kvalitet života starih, jer pad tih sposobnosti neminovno dovodi do pada samo-kontrole, samo-funkcionisanja, nezavisnosti, samo-poštovanja, a to su komponente kvaliteta života u odnosu na zdravlje kod starih (91).

Pol kao varijabla pokazala je značajan uticaj na skalu fizičkog funkcionisanja. Niži prosečni transformisani skor skale fizičkog funkcionisanja kod žena ukazuje na jednu važnu činjenicu da su još uvek muškarci na našim prostorima u boljoj fizičkoj kondiciji i tokom života češće se bave sportom i rekreacijom od žena što u starosti neminovno dovodi do bolje očuvanosti fizičkih sposobnosti. Prema najnovijim istraživanjima sprovedenim kod nas dobijena je značajna razlika po polu u svim starosnim kategorijama u odnosu na bavljenje fizičkom aktivnosti uvek u korist muškog pola (92). Slične rezultate dobili su i finski istraživači kada su utvrđivali kvalitet života kod starih u odnosu na zdravlje, žene su pokazivale više teškoća u odnosu na mobilnost nego muškarci (93).

Istraživajući dugovečnost, Holandska longitudinalna studija sprovedena među osobama starosti 65 - 99 godina tokom 28 godina (od 1955. do 1983. godine) ukazuje da pored biomedicinskih varijabli drugi najznačajniji predznak dugovečnosti ima održavanje fizičke aktivnosti. Gubitak nezavisnosti (u fizičkom smislu) ima krucijalan značaj na gubitak prilagodljivosti a samim tim i na kvalitet života (94).

Ovo i druga istraživanja u vezi faktora koji utiču na kvalitet života starih ukazuju na dominantan uticaj fizičkog funkcionisanja na kvalitet života kao i na neophodnost uključivanja ove komponente zdravlja u proceni kvaliteta života. U svetlu ovih saznanja razvijeni svet težište zdravstvene zaštite kod starih stavlja na programe koji će omogućiti starenje bez ili uz što manji procenat onih koji će biti fizički onesposobljeni. Preporuka je SZO da intervencije koje promovišu

zdravlje i prevenciju onesposobljenosti ne smeju nikada biti napuštene čak i kod onih koji su u poznim godinama života i da nikad nije suviše kasno za takvu vrstu intervencije (95). Strategija prevencije onesposobljenosti (invaliditeta) ne samo da je humana nego je i višestruko korisna. Na to ukazuju i sve cost-effectiveness analize. Ekonomski uticaj je i direktan i indirektan. Smanjuju se troškovi za zdravstvenu i socijalnu zaštitu ali se smanjuju i troškovi oko zbrinjavanja osobe koja je fizički sposobna da se sama brine o sebi (96). Istraživanje sprovedeno u Bostonu među starima ukazuje da je najveći preduslov za dobar kvalitet života među starima očuvanost funkcionalnih sposobnosti (97).

U Longitudinalnoj studiji sprovedenoj u Engleskoj od strane Borvlinga i Grundy-a, u trajanju od 3 godine dokazano je da je opadanje nivoa fizičkog funkcionisanja povezano sa siromašenjem (smanjenjem) mentalnog zdravlja, problemima sa ishranom i lokomotornim aparatom (98).

Starenje dovodi do smanjenja fizičkih sposobnosti. Kako su u naše istraživanje uključene stare osobe i to 60 i više godina što čini raspon od preko 30 godina, ceo uzorak je podeljen na dve podgrupe, stari od 60-74 godine i druga podgrupa stari 75 i više godina, rukovođeni idejama SZO da starenje počinje posle 60 godine a gerijatri smatraju da posle 75 godine počinju gerijatrijski problemi. Podela na dve starosne kategorije u grupi starih pokazala se opravdanom jer je u većini domena utvrđena značajna razlika u vrednosti ovih skala. Veća starost je povezana sa opadanjem fizičkih sposobnosti i to statistički značajno što uslovljava i pad kvaliteta života.

U okviru spektra posmatranih ajtema u odnosu na fizičko zdravlje, kao komponentu kvaliteta života kod starih osoba neophodno je proceniti i mogućnost samozbrinjavanja (self-care). U ovom istraživanju skalom/domenom samozbrinjavanja obuhvaćeni su ajtemi koji daju najbolju analizu ove sfere. Obavljanje lične higijene, oblačenje, kuvanje i lakši kućni poslovi su osnovne aktivnosti samozbrinjavanja. Vrednost transformisanog skora je 90,7. Prosečna vrednost transformisanog skora ove skale za osobe u domu je niža i to statistički značajno ($p = 0,03$). Ovakav rezultat se uklapa u sve ostale rezultate ovog istraživanja kao i u rezultate koje su dobili drugi autori (99).

Stari ljudi su krhki? To je pitanje koje se u dokumentima SZO postavlja, i analizom prikupljenih podataka dolazi do zaključka o zabludi da su stari ljudi krhki i nesposobni. Treba razbiti mit o tome da je starost jednako nesposobnost, poručuju eksperti SZO (100). Analizom

dobijenih rezultata našeg istraživanja došlo se do zaključka da su stari na našem podneblju u velikom procentu sposobni da se samostalno brinu o sebi. Određene razlike koje su dobijene između starih u domovima i onih koji žive u svojim kućama mogu se tumačiti većom prosečnom starosti osoba u domovima za stare.

Polne razlike u mogućnosti samozbrinjavanja idu u korist žena. Prosečna vrednost transformisanog skora skale za žene je viša ($\bar{X} = 91,7$) nego za muškarce ($\bar{X} = 89,6$) bez obzira na veću prosečnu starost ženskog dela ove populacije.

U ovom kontekstu može se nadovezati istraživanje Bernsett-a koji je u longitudinalnoj studiji na starima tokom 8 godina zaključio da žene pokazuju veću aktivnost u kući (indoors activity) a muškarci uzimaju veće učešće u aktivnostima van kuće (outdoors activity) kao što su šetnja, kupovina i dr. (101). Ovo dovodi vremenom do značajnih razlika između muškaraca i žena. Žene češće i duže mogu da se brinu o sebi, a muškarci imaju bolje očuvanu kondiciju i veću komunikaciju sa spoljašnjim svetom.

U skladu sa ovim su i rezultati našeg istraživanja. Viši transformisani skor za skalu samozbrinjavanja dobijen je za žene i viši transformisani skor za fizičku aktivnost za muškarce.

Armstrong i Morgan zaključuju na osnovu istraživanja sprovedenog na starima 65 i više godina da je očuvanost mogućnosti samozbrinjavanja ali i fizičke aktivnosti u velikoj meri uslovljena sposobnošću, ali i prilikom i potrebom za određenom aktivnosti (102, 103). Stara osoba treba da se natera da brine o sebi što duže u cilju njene lične dobrobiti.

Devedesestih godina XX veka stručnjaci i naučnici koji se bave starima i starenjem, počinju da menjaju svoj aspekt posmatranja u odnosu na stare i sa negativnih aspekata starenja usredsređuju se na promociju u cilju dobrobiti budućih generacija starih. Porast interesovanja za izražavanjem pozitivnih aspekata starenja, rezultiraju parolom da je život vredan življenja u starosti (104).

6.4. PSIHIČKO ZDRAVLJE

Koliko je stanje psihičkog zdravlja značajno za kvalitet života ne treba posebno naglašavati ali treba uočiti da većina instrumenata koji mere kvalitet života starih obavezno uključuju ajteme koji pokrivaju ovaj domen, kako u rasponu normalnog psihičkog zdravlja tako i određenih

poremećaja koji su česti pratioci starosti, kao što su depresija/anksioznost i kognitivni poremećaji (66). Sferu psihičkog zdravlja naš instrument pokriva sa dva domena i sa ukupno 14 pitanja (ajtema):

- skala korisnosti u društvu (5 ajtema) i
- skala osećanja u vezi života (9 ajtema).

Spektar pitanja koja su ušla u ove dve skale pokrivaju osećanja u vezi života, njegovog značaja, ljubavi prema drugima, doživljavanja sebe i korisnosti - da li je osoba još potrebna sebi i drugima.

Transformisani skor skale korisnosti u društvu za stare u našoj sredini je bio visok i iznosi 80,8 (od mogućih 100 poena), dok je prosečna vrednost skora skale osećanja u vezi života bila najniža od svih skala (57,0) što ukazuje na značajno smanjenje kvaliteta emocionalnih veza i veću frekvenciju poremećaja emocionalnog zdravlja (depresija, anksioznost) kod ove kategorije stanovništva. Istraživanja sprovedena u Americi ukazuju na zabrinjavajući trend porasta ovakvog tipa poremećaja kod starih osoba kao i sveukupni porast psihijatrijskih poremećaja (105), što direktno utiče na njihov kvalitet života. Koliko korisnost ima uticaja na kvalitet života ukazuje i istraživanje Francuskih naučnika sprovedeno tokom 1982. godine i ponovljeno 1986. godine među starim osobama koje imaju neki invaliditet. Osobe koje su procenile da su beskorisne za društvo signifikantno imaju nižu vrednost kvaliteta života bez obzira na druge varijable (pol, starost, stepen edukacije i dr.) (106).

Prosečna vrednost transformisanog skora skale korisnosti u društvu od 80,8 je visoka i ukazuje na značajnu činjenicu da se stari u našoj sredini ne osećaju odbačeni i nepotrebni te da još uvek mogu da nađu svoje mesto u društvu. Korisnost u društvu zajedno sa učestvovanjem starih u porodičnom životu i u životu zajednice je uslov za uspešno starenje (107, 108).

Odlazak u dom ima značajan uticaj na pad vrednosti ove skale. Utvrđena je značajna razlika u vrednosti transformisanih skorova skala onih koji žive u domu i onih koji žive u svojim kućama ($p=0,03$) za ovaj domen. Osoba u domu je zaštićena, ali društvene funkcije koje ima su joj smanjene i ograničene, te je logičan pad vrednosti skale korisnosti u društvu. Većina istraživanja koja se bave proučavanjem života starih u domovima, posmatra uticaj doma i korisnost doma za fizičko funkcionisanje starih i njihovo bolje zbrinjavanje kao i korisnost za zajednicu od ovakve vrste smeštaja naročito za one stare koji su zavisni od tuđe pomoći. U poslednje vreme uočavajući

značaj psihičkog zdravlja na kvalitet života ali i postojanje sprege psihičkog i fizičkog zdravlja, sve više naučnika i istraživača u oblasti gerontologije proučava i ovu dimenziju odlaska u dom (109).

Opadanjem fizičke sposobnosti koja je povezana sa starošću, neminovno dolazi do pada i mogućnosti obavljanja različitih funkcija u društvu kao i angažovanja u porodici. Ne zapažaju se statistički značajne razlike u nivou prosečnih vrednosti transformisanog skora ove skale kod osoba starosti do 74 godine i onih starih 75 i više godina. Razlog za ovakav rezultat je i adaptacija na starenje kao i činjenica da se sve značajne promene u životu dešavaju do 60-65 godine (odlazak u penziju, osamostaljivanje dece i dr.), te promene u kasnijim godinama nisu tako drastične.

Po preporuci SZO ono što treba shvatiti kod starenja je da stari ljudi nisu po svojim odlikama jedna homogena grupa čak naprotiv, oni ističu veliku raznovrsnost u mogućnostima starih osoba, i razlike koje postoje kod mladih, u starosti se još više potenciraju tako da možemo reći da su karakteristike dva desetogodišnjaka sličnije i manje različite nego dva osamdesetogodišnjaka (108).

Mnogi stari ljudi vode aktivan život u starosti, dok neki mnogo "mlađi stari" ljudi imaju siromašniji život pa se sa aspekta korisnosti u društvu osoba oseća onoliko korisna u starosti, bez obzira na kategoriju starosti, koliko je sebe inkorporirala u život uže i šire zajednice ali i koliko joj to zajednica omogućava. Zato današnji gerontolozi preporučuju: iskoristite znanje i iskustvo starih da i vama i njima bude lakše i lepše. Bolje organizovan život starih, njima omogućava kvalitetniji život u starosti a mlađima smanjuje brigu za stare (110).

U odnosu na druge varijable kao što su pol, starost, nivo obrazovanja i bračno stanje nije dobijena značajna razlika u prosečnim vrednostima skale korisnosti u društvu.

Stare osobe koje žive u domu za stare nemaju statistički značajno niži transformisani skor skale osećanja u vezi života. Različita istraživanja koja su vršena u odnosu na ovaj aspekt kvaliteta života daju različite rezultate. Japanski istraživači ispitujući odnos kvaliteta života i depresije kod starih koji žive u domu i onih koji žive u opštoj populaciji, koristeći Self-Rateing Depression Scale i skalu kvaliteta života, dobijaju signifikantnu razliku u visini skora skale depresije. Bolji skor imaju osobe koje žive u populaciji. Nije dobijena signifikantna razlika skora skale osećanja u vezi života starih iz doma i onih iz populacije, ali nešto veći skor ove skale osoba u populaciji ukazuje na blago opadanje emocija starih osoba u domu, ili opadanje emocija sa starosti, obzirom na veću prosečnu starost osoba u domu (111).

Značajna razlika u visini skora skale osećanja u vezi života između muškaraca i žena ukazuje da je dovoljno raščlanjena psihička komponenta koja utiče na kvalitet života da bi se utvrdilo odakle potiču razlike između dva pola u ovom domenu. Većina naučnika dobija niži skor ukupne skale psihičkog zdravlja kod žena mada ne i statistički značajno niži skor pojedinačnih skala u okviru ovog domena. Nagatomo i saradnici dobijaju niži skor skale kvaliteta života kod žena ukupno i niži skor skale stava prema životu, ali ne statistički značajno, dok je skala depresije bez značajnih razlika među polovima (112). Psihički poremećaji kao što su depresija i anksioznost, češći su kod žena nego muškaraca u starosti, što doprinosi padu kvaliteta života žena u starosti. Naučnici koji su proučavali fenomen depresije u starosti utvrdili su da je opadanje fizičkih sposobnosti (brže smanjenje mišićne mase i mišićne snage) više izraženo kod žena u starosti i da to često uslovljava i dovodi do depresije (113, 114). Iako treba razlikovati i ne poistovećivati osećanja u vezi života i samu depresiju, često je smanjenje i gubitak emocionalnih veza sa okolinom predvorje depresije, ističu gore navedeni naučnici.

Korisnost za društvo kao i sopstvena, čini značajan element samopoštovanja, a samopoštovanje čini komponentu psihičkog zdravlja posebno kada se posmatra kvalitet života u odnosu na zdravlje. Najčešće korišćena mera za procenu samopoštovanja (self-esteem) danas je Bachmanova revizija Rosenbergove skale sa 10 ajtema. Renzin proučavajući samopoštovanje, utvrđuje i izdvaja "korisnost" kao značajan aspekt koji mora biti uključen pri proučavanju samopoštovanja kod starih (115). Proučavanje "korisnosti" dobija sve veći značaj u gerontologiji kao i utvrđivanje elemenata te korisnosti. Utvrđeni elementi korisnosti od strane Stivena su veza sa drugima (socijalna aktivnost), za Feathera su ritam i režim vremena u toku dana (način korišćenja dana), dok Mc Intosh i Danigelis utvrđuju značajnost dobrovoljnog pomaganja drugima (prijateljima), što izaziva dobar osećaj kod starih (115). Osećaj beskorisnosti može voditi u teže psihičke poremećaje kao što je depresija, a povezanost depresije i nižeg skora kvaliteta života je dokazana u mnogim studijama o kvalitetu života starih. Zato naučnici ukazuju na neophodnost preveniranja depresije kod starih uočavanjem simptoma pojave nezadovoljstva i osećaja beskorisnosti, ali i povećanjem fizičkih aktivnosti, jer je uočena pozitivna veza između fizičke aktivnosti i smanjenja depresije kao i pozitivan uticaj povećanja socijalne aktivnosti kod starih (116, 117). Po mišljenju nemačkih psihijatarata najčešća psihička disfunkcija u starosti je depresija, a ona često vodi ka suicidalnim pokušajima, zbog čega se ukazuje na značajnost utvrđivanja prodromalnih simptoma depresije, a to su osećaj manje korisnosti i emocionalno povlačenje. Prepoznavanje potrebe za intervencijom kod ovih stanja je neophodno ako se želi sprečiti znatan pad kvaliteta

života ove kategorije stanovništva, pri čemu posebnu ulogu ima porodični lekar odnosno lekar primarne zdravstvene zaštite (118).

Kada je u pitanju starost posmatranih kategorija starih od 60 do 74 godine i onih starijih od 75 godina nije utvrđena značajna razlika u odnosu na visinu transformisanog skora skale osećanja u vezi života. Značajne promene u životu se dešavaju u starosti do 65 godina, te su to i najkritičnije godine u psihičkoj adaptaciji na novonastale situacije, a značajnost promena kasnije je manja, pa verovatno iz toga proističe mala razlika u skor u ove dve skale u posmatranim kategorijama starih.

Nivo obrazovanja pokazuje značajan uticaj na visinu skora skale osećanja u vezi života u korist višeg nivoa obrazovanja. Osobe sa nižim stepenom obrazovanja imaju i niži prosečan skor ove skale. Objašnjenje za to treba tražiti u tome što obrazovanija osoba ima veći spektar interesovanja, te i veće mogućnosti za angažovanje u društvu a samim tim i veći osećaj korisnosti. SZO ističe da razlike u nivou obrazovanja dovode do različitih socijalnih uloga ali i do različitih očekivanja tokom svih faza života jedne osobe. Ove različitosti se povećavaju u starosti, te veći nivo obrazovanja daje veću mogućnost i bolje angažovanje vremena a samim tim i veći osećaj korisnosti i zadovoljstva stare osobe (108).

Bračni status ne utiče značajno na visinu nivoa transformisanog skora skale korisnosti u društvu, mada je veća prosečna vrednost transformisanog skora kod ljudi koji žive u bračnoj zajednici što ukazuje na pozitivan uticaj takvog života i na psihičko zdravlje pojedinca. Interesantno je uočiti da je u našem istraživanju većina starih imala negativan stav prema braku (53%) ili neutralan, dok istraživanje sprovedeno u Americi ukazuje da većina starih ljudi ima pozitivan stav prema braku i zadovoljni su bračnim životom. U istom istraživanju uočena je značajnost koju stari pridaju dobrim odnosima sa prijateljima koji su po značajnosti ispred dobrih odnosa sa decom. Kod nas je situacija obrnuta. Značajnost fizičke i emocionalne veze sa decom je dominantna u postizanju psihičkog zadovoljstva (119, 120). Ovakva istraživanja ukazuju na kulturološke razlike i neophodnost utvrđivanja kriterijuma i varijabli koje će se uzeti u obzir kod procenjivanja kvaliteta života u različitim zemljama.

Uticaj psihičkog zdravlja na kvalitet života starih pokriven je sa dve skale, skalom korisnosti u društvu i skalom osećanja u vezi života i ukazuje na isprepletenost ove dve skale ali je to i očekivano jer pokrivaju isti domen iz različitog ugla posmatranja. Jedna stavlja težište na emocionalni deo (osećanja), a druga na doživljavanje korisnosti (značajnost postojanja). One

zajedno utiču na ukupan skor indeksa kvaliteta života (QOL-OLD) sa 24,3%. Po Ranziju uticaj psihičkog zdravlja na ukupan kvalitet života analiziran od strane raznih autora kreće se u rasponu od četvrtine do trećine, što se u potpunosti uklapa u rezultate koje smo i mi dobili ovim istraživanjem (115).

6.5. SOCIJALNA AKTIVNOST

Definicija zdravlja kao stanja potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja a ne samo odsustva bolesti i onesposobljenosti, otvara pitanje socijalnog blagostanja. Istraživanja koja se bave proučavanjem kvaliteta života starih ukazuju da veliki značaj imaju socijalni kontakti, odnosno postoji veliki pad kvaliteta života kod osoba kod kojih postoji socijalna izolovanost. Vodeći se ovakvim zaključcima (66, 70) i našim iskustvima (79, 92) u instrument o merenju kvaliteta života starih uključene su i socijalne aktivnosti.

Kriterijumi za uključivanje u domen socijalne aktivnosti ukazuju da odabir pitanja u instrumentu (primarna verzija) nije bio dovoljno dobar. Pitanja koja su preuzeta iz drugih instrumenata nisu pokazala dovoljnu internu korelaciju te nisu ni ušla u ovu skalu. Ostaje potreba da se ovaj domen kao značajan za kvalitet života starih, dalje razradi i dopuni pitanjima koja bi bolje reflektovala socijalne aktivnosti ove populacione grupe u našoj sredini. Međutim, ono što je sigurno pokriveno ovim domenom jeste frekvencija socijalnih kontakata i značajnost njihovog uticaja na kvalitet života starih.

Utvrđeno je da su socijalni kontakti osoba koje žive u domovima ređi te je i skor ove skale značajno niži kod njih. Razlozi za to su mnogobrojni. Prosečna starost osoba u domu je veća te je došlo i do prirodne redukcije broja mogućih prijatelja, a često stare osobe i odlaze u dom zato što su ostale same. Pri tom i sama organizacija života u domu čini da te osobe imaju manje potrebe za kontaktima sa osobama van doma (108).

Švedski autori koji su proučavali uticaj socijalnih kontakata na zdravlje, prvenstveno psihičko zdravlje, ukazuju da treba razlikovati: (1) socijalnu sigurnost koja se može meriti frekvencijom socijalnih kontakata i učestvovanjem (participiranjem) u socijalnim aktivnostima što čini mrežu socijalnih resursa i (2) dostupnost materijalne i emocionalne podrške (da li osoba ima nekog bliskog da joj da savet kada joj je to potrebno, da li ima nekog da pozajmi novac ili neko drugo materijalno dobro, da li ima osobu na koju se može osloniti u kriznoj situaciji) (121).

Naš instrument je u okviru socijalnih kontakata pokrio sferu frekvencije dokazujući značajan uticaj tog domena na ukupni indeks kvaliteta života od 14,8%. SZO ukazuje na vezu između zdravlja starih osoba i socijalnih kontakata i blagotvorne efekte socijalnog angažovanja na zdravlje, iz čega je proizašla i preporuka uključivanja starih u aktivnost porodičnog života i društva (122, 123, 124).

Kada je u pitanju prosečna vrednost transformisanog skora skale socijalne aktivnosti nije se pokazala značajna razlika između muškaraca i žena. Razlike postoje u vrsti kontakata. Žene su više okrenute porodici (deca i rodbina) a muškarci imaju češće kontakte sa prijateljima i češće su članovi raznih udruženja (114). Značajnost socijalne podrške na zdravlje pojedinca ističu i Američki naučnici koji su utvrdili nivo povezanosti različitih vrsta socijalnih veza i različitih aspekata zdravlja. Utvrdili su uticaj socijalne podrške na mentalno zdravlje, kao i uticaj socijalne podrške na fizičko zdravlje. Ona predstavlja pomažući faktor u prevazilaženju mnogih psihičkih problema i očuvanju fizičke aktivnosti kao važne komponente fizičkog zdravlja i kao takva značajna je za opštu dobrobit osobe (125).

Naše istraživanje pokazuje da su socijalni kontakti starih kod nas svedeni najčešće na druženje unutar porodice i sa prijateljima, a ne i na aktivnosti u društvenim organizacijama, a još manje angažovanje starih na profesionalnom planu. U skladu sa tim frekvencija socijalnih kontakata sa starošću opada pa su i razlike u socijalnim aktivnostima između starih do 75 godina i onih starijih od 75 godina signifikantne. Nivo obrazovanja i bračni status nisu pokazali značajan uticaj na skalu socijalnih aktivnosti, mada prema istraživanjima SZO viši nivo obrazovanja je praćen sa češćim socijalnim aktivnostima u okviru profesionalnog angažovanja tih osoba i uključivanja starih u razne organizacije. Stare osobe koje su uključene u volonterski rad i tri puta nedeljno rade posao koji žele, zadovoljniji su i imaju manje zdravstvenih problema zaključak je William-a i saradnika posle sprovedene studije u Americi. Oni ističu da je glavna prepreka za uspešno starenje izolacija starih i neuključivanje starih u društvena zbivanja (126).

Posmatrano i analizirano po ajtemima utvrđeno je da socijalna aktivnost starih u našoj sredini rapidno opada sa starošću i da nije zadovoljavajuća, dok sa druge strane svoju socijalnu aktivnost preko 60% starih procenjuje pozitivno, a kao zadovoljavajuću skoro 30%. To potvrđuje važnost stavljanja u odnos objektivnog stanja i subjektivne procene stanja da bi se izvucla kvalitetnija procena toga domena. Ajtemi i skala koju oni formiraju u okviru samoprocene mogu

dobro da prikažu socijalnu aktivnost ove populacione grupe i u kontekstu kvaliteta života. Skor ove skale za sve stare je 68,1 na skali od 0-100. Kako socijalni kontakti utiču na kvalitet života kada su oni sami po sebi kompleksni i subjektivno obojeni? Šta utiče na kvalitet života - dobri ili loši kontakti? Šta je osobi bitno ili bitnije - dobri porodični odnosi ili socijalna afirmacija u društvu? Ovo su neke od komponenti koje treba da budu rasvetljene u kompleksnosti socijalnih odnosa i njihovog uticaja na kvalitet života. Određeni doprinos u rasvetljavanju uticaja socijalnih kontakata na kvalitet života dali su Izraelski istraživači, koji su proučavali samo tu komponentu zdravlja i njen uticaj na kvalitet života zdravih ali i obolelih starih osoba. Kao najznačajniji interes obe grupe ističu familijarne odnose a unutar tih odnosa najveći značaj pridaju dobrim odnosima sa decom (31-42%) i supružnikom (15-22%). U grupi ispitanika koji imaju zadovoljavajuće socijalne kontakte njih 28% ističe pozitivan uticaj takvih socijalnih kontakata na kvalitet života, dok u grupi ispitanika koji nemaju zadovoljavajuće socijalne kontakte, čak 45% ističe negativan uticaj na kvalitet života, drugim rečima, oni koji imaju dobre socijalne kontakte ne prepoznaju u tolikoj meri njihov uticaj na kvalitet života. To znači da dobri odnosi u manjem procentu utiču na poboljšanje kvaliteta života dok loši odnosi u mnogo većem procentu utiču na pogoršanje kvaliteta života, ističu Izraelski naučnici (127). Istražujući uticaj međuljudskih odnosa i značajnost tih odnosa i drugih elemenata koji čine socijalnu komponentu zdravlja Bowling dolazi do zanimljivih rezultata u načinu rangiranja značajnosti tih odnosa u zavisnosti od načina postavljanja pitanja i formulacije značajnosti. Na pitanje šta im je najznačajnije u životu stari na prvo mesto stavljaju odnose u porodici, zatim lično zdravlje i zdravlje drugih bliskih osoba, zatim finansije i standard. Kada su iste osobe pitane da rangiraju svoje prioritete u životu na prvo mesto su stavljane finansije i standard i tek onda odnosi u porodici. Bez obzira koji način analize se koristi, socijalne aktivnosti u mapu važnosti uvek se visoko rangiraju zbog čega one neizostavno moraju biti komponenta u proučavanju kvaliteta života u odnosu na zdravlje kod starih, ali i kod svih ostalih populacionih grupa (128).

Značajnost uticaja odnosa u porodici na kvalitet života starih osoba koje su smeštene u domove ističu i Kanadski naučnici. Oni su istražujući kvalitet života starih u domovima, istakli bez obzira na zdravstveno stanje osobe, porodične odnose kao važan faktor po izjavi samih anketiranih, smatrajući te odnose u porodici ili sa porodicom kao veoma značajne, ali dodajući značajnost odnosa sa prijateljima kao i osećaj korisnosti za druge (129).

Socijalna podrška je od izuzetnog značaja za zadovoljstvo životom kod starih ljudi, a posebno bolesnih, veza je uzajamna i povratna. Intenzitet dejstva socijalne aktivnosti zavisi od

stanja zdravlja osobe i on opada kod većine obolelih dovodeći do pada i zadovoljstva životom, koje čini jednu od komponenti kvaliteta života u odnosu na zdravlje (130).

6.6. SAMOPROCENA

Skala samoprocene obuhvata ajteme o subjektivnoj proceni opšteg zdravlja, fizičkih sposobnosti, socijalnih aktivnosti i emocionalnog života. Subjektivna procena ne mora biti u visokoj korelaciji sa objektivnim stanjem pojedinih komponenti već je determinisana dejstvom i drugih faktora (npr. lična očekivanja, ciljevi, aspiracije i dr.) (131). Na to ukazuju istraživanja koja su vršena sa ciljem da se utvrdi razlika u proceni sopstvenog zdravlja i kvaliteta života između onesposobljenih i zdravih ljudi starosti od 24-52 godine. Prosečna ocena kvaliteta života osoba koje su onesposobljene na skali od 0-10 bila je 8 a za zdrave osobe 8,3 što nije statistički značajna razlika. Slični rezultati se mogu očekivati i kod subjektivne procene zdravlja starih (132).

Samoprocena zdravlja kao instrument se sve više uključuje u praćenje zdravstvenog stanja stanovništva. Novija istraživanja ukazuju da se samoprocena može koristiti i kao indikator u preživljavanju kod starih osoba nezavisno od indikatora objektivnog zdravlja (79).

Pored samoprocene zdravlja i zadovoljstvo životom treba uključiti u procenu kvaliteta života starih, mišljenje je grupe autora koji su formulisali LEIPAD instrument. Oni skalu zadovoljstva životom izdvajaju kao posebnu u okviru procene kvaliteta života starih (66). Subjektivne metode kao što su samoprocena zdravlja i ocena zadovoljstva životom mogu biti uključene u jednu jedinstvenu skalu, obzirom da obe sfere na prvo mesto stavljaju subjektivnu procenu.

Proučavajući subjektivnu procenu dobrobiti (wellbeing), različiti autori determinišu različite komponente. U Engleskoj u opštoj bolnici u Sauthemptonu u okviru gerijatrijskog odeljenja, istraživači izdvajaju komponente koje su značajne u proceni subjektivne dobrobiti: samopoštovanje, subjektivna procena zdravlja, zadovoljstvo dotadašnjim životom, samoća, zabrinutost i depresija (133).

Prosečna vrednost transformisanog skora skale samoprocene za sve ispitanike u našem istraživanju je 60,2 (na skali od 0 -100). Skala samoprocene nije ukazala na statističku značajnost razlike u visini između osoba koje žive u domovima za stare i onih koje žive u svojim kućama.

Međutim, uočena je razlika među polovima. Muškarci imaju višu prosečnu vrednost transformisanog skora skale samoprocene (62,5) nego žene (58,5). U kontekstu razlika u drugim domenima ova razlika među polovima je očekivana i ukazuje na postojanje blage korelacije objektivnog stanja zdravlja i subjektivne procene. Žene koje su uključene u uzorak imale su veću prosečnu starost, što reprezentuje objektivno stanje u populaciji starih, i lošiju ocenu za fizičko funkcionisanje. Postoji razlika u samoproceni zdravlja muškaraca i žena posmatrano u populaciji starosti 20 i više godina. Subjektivna procena zdravlja postepeno opada sa starošću, ali značajan pad i lošija subjektivna procena zdravlja kod žena je uočena u starosnoj kategoriji između 45 -49 godina dok se pad u subjektivnoj proceni zdravlja kod muškaraca dešava desetak godina kasnije, nikada ne dostižući vrednosti kao kod žena. Razlika u subjektivnoj proceni zdravlja i u odnosu na nju i kvaliteta života ostaje prisutna uvek između muškaraca i žena, ali ne više statistički značajno u starijim dobnim grupama (134).

Prosečna vrednost transformisanog skora skale samoprocene ne daje značajnu razliku u odnosu na dve starosne kategorije starih, onih do 75 godina i onih starih 75 i više godina. U odnosu na obrazovanje uočava se statistički značajna razlika u samoproceni zdravlja starih osoba. Osobe sa višim nivoom edukacije daju bolju ocenu svoga zdravlja i imaju viši skor ove skale, što se poklapa i sa rezultatima drugih istraživanja (99).

U odnosu na bračno stanje nije dobijena značajna razlika u visini transformisanih skorova skale samoprocene, iz čega proizilazi da i naše istraživanje dokazuje ono što SZO ističe da je često ostvarivanje drugih vidova socijalnih kontakata i aktivnosti značajnije za kvalitet života nego sam bračni status (100).

6.7. QOL-OLD

Dobijanje jedinstvene kvantificirane (numeričke) vrednosti kvaliteta života u odnosu na zdravlje je veliki izazov koji u sebi krije mnoge zamke, zbog same nejasnoće definicije pojma kvaliteta života u odnosu na zdravlje, kompleksnosti same pojave, kao i odvajanja pojma kvaliteta života u odnosu na zdravlje i kvaliteta života uopšte. Da bi se rasčlanile sve ove komponente i što približnije odredili domeni koji utiču na kvalitet života u odnosu na zdravlje pošlo se od same definicije zdravlja. Sa druge strane, SZO prihvatajući strategiju "Zdravlje za sve" prihvata i stav o zdravlju kao sposobnosti pojedinca da vodi ekonomski i socijalno produktivan život i otvara prostor dajući veću značajnost merenju kvaliteta života. Pri tome, SZO uključuje u kvalitet života jedan širi

koncept koga čine: fizičko zdravlje pojedinca, psihološki status, materijalna nezavisnost, socijalni odnosi i lični odnosi prema značajnim karakteristikama spoljašnje sredine (33).

Uzimajući u obzir stavove SZO ali i mišljenja i iskustva stranih i naših stručnjaka koji se bave kvalitetom života u odnosu na zdravlje izdvojeni su domeni/skale koji su od značaja za kvalitet života u odnosu na zdravlje kod starih u našoj sredini.

Da bi se kreirala jedinstvena numerička vrednost koja bi reprezentovala sve aspekte kvaliteta života kod starih primenjena je faktorska analiza. Polazne varijable za faktorsku analizu su bile vrednosti skala. Međusobna korelacija skala/domena ima koeficijent korelacije od 0,30 do 0,50 osim za korelaciju između domena fizičkog funkcionisanja i samozbrinjavanja gde je međusobni koeficijent korelacije 0,697. To ukazuje na poznatu činjenicu o multidimenzionalnosti koncepta i potrebe za analizom svakog domena posebno ali i daje mogućnost izražavanja jedinstvene numeričke vrednosti koja je nazvana QOL-OLD indeks. Jedinstvena kvantificirana vrednost, QOL-OLD indeks izdvojena je pomoću faktorske analize između 6 posmatranih domena, i dobijena linearnom kombinacijom vrednosti 6 domena po formuli

$$\text{QOL-OLD} = 0,205 \text{ FF} + 0,188 \text{ SC} + 0,080 \text{ KD} + 0,163 \text{ OŽ} + 0,148 \text{ SF} + 0,216 \text{ SP}$$

Formula omogućava izračunavanje procentualnog učešća pojedinih domena u ukupnom QOL-OLD indeksu. Analizom pojedinih domena utvrđena je značajnost uticaja pojedinih varijabli kao što su pol, starost, bračno stanje, nivo obrazovanja i mesto življenja (dom/kuća) na vrednost svake skale pojedinačno. Izražavanjem jedinstvenog indeksa kvaliteta života i analizom uticaja navedenih socijalno demografskih karakteristika na tu vrednost, utvrđena je značajnost uticaja istih na ukupni kvalitet života u odnosu na zdravlje kod starih.

Još prva istraživanja o kvalitetu života ukazuju na njegovu značajnost kao instrumenta za procenu same zdravstvene politike ali i procenu pojedinačnih zdravstvenih procedura. Kako bi ova mera mogla biti široko upotrebljena, još devedesetih godina Američki i Britanski stručnjaci ukazuju na neohodnost postojanja jedne ako ne i jedinstvene ali komparabilne numeričke vrednosti kvaliteta života. Sam kvalitet života je jedna dinamička pojava koja se menja u zavisnosti od promena pojedinih komponenti zdravlja kod pojedinca (fizičkog, psihičkog i socijalnog). Treba naglasiti da korelacija kvaliteta života u odnosu na zdravlje ili pojedine njegove komponente nije uvek očekivana jer postoji fenomen "nadoknade" izgubljenog kod gubitka ili umanjavanja jedne

komponente drugom komponentom zdravlja, s obzirom da izgubljene funkcije mogu biti nadomeštene. Preporuka je da se procena kvaliteta života iskaže kao jedan numerički izraz a ne samo kao analiza pojedinih domena (135).

Još 80-tih godina XX veka u Engleskoj stručnjaci u oblasti zdravstva i zdravstvene zaštite dolaze do zaključka da je jedinstveni indeks za određivanje kvaliteta života ono čemu treba težiti u daljim istraživanjima da bi se korektnije mogla proceniti efektivnost i efikasnost primene medicinskih procedura. Prvobitna namena ovog i ovakvog indeksa je bila predviđena za procenu kvaliteta života osoba pre i posle hospitalne terapije. Ovakav indeks je bio dobar za korišćenje i u sadejstvu sa cenom neke procedure odlučujući u odabiru tehnologije ali i alokacije resursa. U svetlu svega toga jedinstvena numerička vrednost kvaliteta života dobija sve veći značaj. Feinstein uočava da se u proučavanju kompleksnog fenomena kvaliteta života u odnosu na zdravlje mora koristiti jednostavan, direktan pristup tako što će se ovaj fenomen rasčlaniti i skalirati (oceniti) i tek tada spojiti u jedinstvenu ocenu (indeks) (136,137).

Ono što karakteriše stare jeste postojanje jedne ili više hroničnih bolesti (kod oko 80% starih), sa kojima stari ljudi žive i koje neminovno utiču na njihov kvalitet života. Proučavajući kvalitet života kod starih koji imaju neko hronično oboljenje Pearlman i saradnici dolaze do interesantnog otkrića. Na skali ocene kvaliteta života lekari koji su lečili stare obolele daju nižu ocenu kvaliteta života nego sami pacijenti, te je zaključeno da postoji nesporazum u shvatanju percepcije pacijentovog kvaliteta života. Razlog za to su našli u kompleksnosti i multidimenzionalnosti kvaliteta života koji je u korelaciji sa zdravljem prvenstveno fizičkim i psihičkim ali i sa trećom komponentom zdravlja a to je socijalna aktivnost. Ovo i ovakva istraživanja su usmerila proučavanje kvaliteta života u odnosu na zdravlje kao kompleksne i multidimenzionalne pojave, gde svaki domen ima određeni uticaj na ukupnu ocenu kvaliteta života, često van očekivanja profesionalaca (lekara) koji se bave pacijentima (138). Prosečna vrednost transformisanog skora QOL-OLD indeksa za celu posmatranu grupu starih je 72, što ukazuje na zadovoljavajući nivo kvaliteta života starih. Dominantan uticaj fizičkog zdravlja je i ovde dokazan i izdvojen kao najznačajniji ali ne i jedini domen koji određuje nivo kvaliteta života. Švedski istraživači pri proučavanju kvaliteta života starih dolaze do zaključka da je najnegativniji uticaj na dnevne aktivnosti kod starih utvrđen kod osoba koje imaju problem sa mobilitetom ali da je prosečan kvalitet života kod stanovništva starog 76 godina i pored toga zadovoljavajući (139).

Razlika koja je proistekla u QOL-OLD indeksu između starih osoba u domu ($\bar{X}=67,9$) i osoba koje žive u svojim kućama ($\bar{X}=73,2$) pre svega se može pripisati drugim razlikama između te dve populacione grupe, nego samoj činjenici života u domu. Prosečna starost osoba u domu je veća, a veća starost dovodi do pada fizičke komponente zdravlja koja utiče na pad kvaliteta života, ali ne treba zaboraviti da sa starosti dolazi do pada i socijalnih kontakata posebno starih smeštenih u domu koji neminovno dovodi do pada kvaliteta života. Slične zaključke dobijaju i istraživači u Japanu, izdvajajući fizičko zdravlje i socijalni status kao dominantne sfere kod starih od uticaja na kvalitet života, jer dobijaju znatno niži kvalitet života starih osoba koje žive u domovima nego za one koje žive u svojim kućama (140). Stanje fizičkog zdravlja kao i socijalne aktivnosti kod osoba u domu su znatno niži, što je utvrđeno skalama iz ovih domena. Očekivana je i razlika u vrednosti QOL-OLD indeksa uslovljena varijablama koje nisu direktno rezultat života u domu nego često razlog odlaska u dom (samoća, bolest).

Istraživanja koja proučavaju kvalitet života u odnosu na zdravlje u opštoj populaciji ili izdvojeno samo u populaciji starih, pokazuju signifikantno niži skor kvaliteta života kod žena (141). Ovo je podstaklo Skandinavske stručnjake u oblasti gerontologije da urade sveobuhvatnije istraživanje o uzrocima nižeg skora kvaliteta života među starim ženama postavljajući kao osnovne varijable: porodičnu situaciju, socijalni kontakt, morbiditet, nivo edukacije, posao, materijalnu i ekonomsku sigurnost i strah od nasilja. Rezultat ovog istraživanja nije mogao da ukaže na određenu varijablu koja je odgovorna za niži skor skale kvaliteta života kod žena, ali je opet dokazao da je on niži nego kod muškaraca. Situacija je i kod nas ista. Vrednost transformisanog skora skale kvaliteta života kod žena (69,9) je značajno niža nego kod muškaraca (74,4), što se uklapa u rezultate dobijene od raznih autora kod nas i u svetu (142). Ovde moramo istaći da Kalifornijski naučnici proučavajući kvalitet života u odnosu na zdravlje, ali pomoću QALY (Quality adjusted life years), dobijaju da je očekivano dobar život za muškarce 59,8 godina a za žene 62,7 godina. Žene žive duže čak prosečno 7 godina i korist od toga imaju u kasnijim godinama. Zaključak njihovog istraživanja je da prednost imaju muškarci do 45-te godine a posle 45-te godine bolji kvalitet života se očekuje kod žena (143).

Hong i saradnici proučavajući uticaj starosti, pola i nivoa obrazovanja na zadovoljstvo životom kao važne komponente kvaliteta života, zaključuju da ove varijable nemaju veliki značaj na kvalitet života kod mladih populacionih grupa Australije, ali da imaju značajan uticaj, naročito nivo obrazovanja pozitivno utiče na zadovoljstvo životom kod starih (144). U našem istraživanju je

dobijena značajna razlika u kvalitetu života među starima u zavisnosti od nivoa obrazovanja, u korist višeg nivoa obrazovanja.

Pozitivni uticaj višeg nivoa obrazovanja na mentalno i fizičko funkcionisanje a samim tim i na kvalitet života kod starih dokazali su i Snowdon i saradnici istražujući komponente mentalnog zdravlja i fizičkog funkcionisanja kod časnih sestara, starih od 75 do 94 godine podeljenih u dve grupe, sa visokim i niskim stupnjem obrazovanja. Dokazali su povoljan uticaj višeg nivoa obrazovanja na kvalitet života kod ove populacione grupe starih (145).

Značaj izražavanja i određivanja jedinstvenog indeksa kvaliteta života u odnosu na zdravlje kao jednog od indeksa zdravlja kod starih ističu Japanski istraživači, utvrđujući visoku korelaciju između očekivanog aktivnog života i komponenti kvaliteta života, kao što su subjektivna procena zdravlja, aktivnosti dnevnog života (ADL) i operativne aktivnosti dnevnog života (IADL) i zaposlenost. Očekivani aktivni život kod starih starosti 60 do 64 godine je bio 15,2 godine dok je očekivano trajanje života te starosne kategorije bilo 27,1 godina. Zaključak ovih istraživača je da kvalitet života može biti ugrađen u procenu zdravstvenog stanja starih kao dodatak klasičnim indikatorima morbiditeta i mortaliteta (146).

Merenje kvaliteta života radi određivanja odgovarajuće zdravstvene tehnologije i odabira određene zdravstvene procedure je već naglašeno više puta. Švedski istraživači u ovoj oblasti ukazuju na značaj određivanja kvaliteta života kao prognostičke metode naročito kod starih osoba obolelih od hroničnih bolesti (kardiovaskularnih, malignih bolesti ali ne isključujući i druge masovne nezarazne bolesti). Ovakav zaključak oni donose posle istraživanja sprovedenog na 945 osoba starih 60 i više godina. Osobe koje su bile uključene u to istraživanje morale su da zadovolje određene kriterijume tj. da poseduju medicinsku dokumentaciju o hroničnom oboljenju a kvalitet života i utvrđivanje kvaliteta života obuhvatalo je i simptome kao što su kašalj, bol, depresija, apetit i opšta dobrobit. Svi ovi domeni su značajno bili povezani sa mortalitetom osoba tokom 15 godina koliko je trajala follow-up studija. Zaključak je da kvalitet života snažno usmerava ne samo sadašnji život ovih ljudi već ima uticaj i na zdravstveno stanje u budućnosti (147).

7. ZAKLJUČCI

1. Merenje kvaliteta života ima značajno mesto u praksi zdravstvene zaštite i naučnoistraživačkom radu.
2. Merenje kvaliteta života starih u populaciji kod nas je još nedovoljno istraženo sa nizom metodoloških problema.
3. Instrumenti za merenje kvaliteta života starih u populaciji su još u fazi istraživanja i u svetu. Neki opšti instrumenti su modifikovani ali je njihova primena pokazala da nisu dovoljno prilagođeni populaciji starih.
4. Odabrani uzorak populacije starih pokazao se dovoljno reprezentativan u odnosu na relevantne demografske karakteristike (starost, pol, mesto življenja, bračno stanje, nivo obrazovanja).
5. Za merenje kvaliteta života starih, koje je prvo takve vrste u našoj zemlji, korišćen je Mc Masterov upitnik modifikovan za naše podneblje.
6. Testiranjem upotrebljenog modifikovanog Mc Masterovog upitnika izdvajanjem ajtema dobijen je validni upitnik za ocenu kvaliteta života starih u populaciji ali i individualni za procenu kvaliteta života pojedinaca iste starosne kategorije (starosti 60 i više godina).
7. Rezultati anketiranja putem intervjua i poštanski (samopopunjavanjem) nisu pokazali značajne razlike te se može zaključiti da se upitnik kao takav može koristiti bez obzira na način anketiranja.
8. Fizička dimenzija kvaliteta života praćena kroz skalu fizičkog funkcionisanja i skalu samozbrinjavanja pokazuje da je uticaj ove dimenzije na globalni skor kvaliteta života dominantan i da čini 39,3% u globalnom kreiranju indeksa kvaliteta života.

9. Socijalna dimenzija kvaliteta života merena skalom osećanja u vezi korisnosti u društvu i skalom socijalnog funkcionisanja učestvuje sa 22,8% u globalnom indeksu kvaliteta života za stare.
10. Emotivna dimenzija kvaliteta života posmatrana i merena preko skale osećanja u vezi života učestvuje sa 16,3% u kreiranju globalnog indeksa kvaliteta života starih.
11. Transformisani skor skale fizičkog funkcionisanja za stare osobe iznosi u proseku 78,1 (na skali od 0-100), pri čemu bolje fizičko funkcionisanje imaju stare osobe koje ne žive u domovima za stare, muškarci, osobe stare do 74 godine ("mlađi" stari) i osobe sa višim nivoom obrazovanja.
12. Prosečan transformisani skor za skalu samozbrinjavanja je 90,7, što ukazuje da su stari većinom sposobni da sami obavljaju dnevne aktivnosti. Značajno bolja mogućnost samozbrinjavanja utvrđena je kod "mlađih" starih i kod starih osoba koji žive u sopstvenim kućama.
13. Emotivna sfera je najviše ugrožena kod starih na šta ukazuje najniži skor skale osećanja u vezi života ($\bar{X}=56,6$) upoređujući je sa ostalih pet skala, pri čemu muškarci imaju značajno viši skor nego žene kao i osobe sa višim nivoom obrazovanja.
14. Skor skale korisnosti u društvu je 80,8, što ukazuje da stari osećaju da zauzimaju još uvek važno mesto u društvu. Značajno bolje ocenjuju svoju korisnost u društvu stare osobe koje ostanu da žive u sopstvenoj kući, dok pol, nivo obrazovanja i starost bitno ne utiču na osećanje korisnosti u društvu.
15. Frekvencija socijalnih kontakata sa starosti opada te je i prosečna vrednost transformisanog skora ove skale očekivano niža ($\bar{X}=68$) i na nju značajno utiču mesto življenja: osobe koje žive u svojim kućama imaju bolji skor ove skale kao i "mlađi" stari koji ostvaruju više socijalnih kontakata.
16. Prosečna vrednost transformisanog skora skale samoprocene spada u skale sa nižim vrednostima (60,2) premda se može zaključiti da stari još uvek relativno visoko rangiraju svoje sadašnje zdravstveno stanje, s tim što bolju procenu zdravlja iskazuju muškarci i osobe sa višim

nivoom obrazovanja. Uticaj samoprocene na globalni indeks kvaliteta života je značajan i iznosi 21,6%.

17. Prosečna vrednost globalnog indeksa kvaliteta života za sve posmatrane stare je 72 (na skali od 0-100). Stare osobe smeštene u domovima za stare imaju nižu prosečnu vrednost indeksa kvaliteta života od opšte populacije starih (73,2). Značajan uticaj na ukupni indeks kvaliteta života imaju pol i to u korist muškaraca, a takođe višu vrednost indeksa imaju "mlađi" stari i osobe sa višim nivoom obrazovanja.

LITERATURA

1. Wertheimer-Baletić A. Demografija stanovništvo i ekonomski razvitak, Zagreb, 1982.
2. Djurđev B. Dva veka Maltusa, Stanovništvo, Institut društvenih nauka, Januar-jun 1998: 7-24
3. WHO. World Health statistics Geneva, 1994
4. WHO. World Health Report 2000, Geneva 2000.
5. United Nations. Demographic Year book, New York 1997.
6. Milosavljević N. Starost i kriza, Savetovanje starost i kriza, Zbornik radova, Novi Sad, 1993: 1-7
7. Olshansky SJ. The human life spin: Are we reaching limits, Geriatrics, vol. 48/3, 1993: 85-88.
8. WHO. Action towards Active Ageing, Ageing and Health, World Health Day - Why is ageing important, Geneva, 1999.
9. Mittelmark M. Gerontology in the world of health promotion, Promotion and Education Vol VI/4, 1999: 2-3
10. Legetić B, Marković M. Globalni pokret za aktivno starenje - predlog strateških pravaca za Jugoslaviju. Globani pokret za aktivno starenje, Zbornik radova, Savezni zavod za zaštitu i unapređenje zdravlja, Beograd 1999.
11. Darton Hill J. Healthy ageing and the quality of life, World Health Forum, vol. 16, Geneva, 1995.
12. WHO. Population ageing - A public health challenge, Fact Sheet N° 135 Revised september 1998.
13. Davidović M. Starost i starenje, Gerijatrija, Medicinski fakultet Beograd, 1998.
14. Janjić M. Socijalno medicinski pristup starenju i starosti, Gerijatrija, Beograd, 1998: 553-558
15. Macura M. Starenje stanovništva i populaciona politika, Gerontologija 1/93, 1993: 16-22.
16. Zdravstveno stanje stanovništva Srbije 1986-1996, Institut za zaštitu zdravlja Srbije "Dr M.J. Batut", Beograd, 1998.
17. Savezni zavod za statistiku. Statistički godišnjak Jugoslavije, Beograd, 1999.
18. Panev G. Demografske determinante starenja stanovništva SR Jugoslavije, Modelski pristup, Stanovništvo, Beograd, jul-decembar 1991.
19. Jakovljević Dj, Grujić V. Socijalna medicina, Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet, Novi Sad 1995.
20. Milosavljević N. Opšta demografska i zdravstvena statistika, Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad, 1986.
21. WHO. Ageing and Health, Copenhagen, 1995.
22. WHO. Action towards Active Ageing, Ageing and Health, World Health Day - Why is ageing important, Geneva, 1999.
23. WHO. The Health for all Policy for the European Region, 21 targets for 21st century, WHO, Regional office for Europe, Copenhagen, 1998.
24. Ciljevi i mere zdravstvene politike u Srbiji do 2010. godine, Institut za zaštitu zdravlja Srbije "Dr Milan Jovanović-Batut", Beograd, 1997.
25. Webster AM. Webster's new Students dictionary, American book Company, USA, 1969.
26. Grujić V. Metode merenja zdravlja i zdravstvenog stanja stanovništva. U: Jakovljević Dj, Grujić V. Menadžment u zdravstvenim ustanovama, ECPD, 1998: 139-164.
27. Jakovljević Dj, Grujić V, Mićović P, Djokić D. Reforme u oblasti zdravstvene zaštite, Institut za zaštitu zdravlja Srbije "Dr Milan Jovanović-Batut", Beograd, 1997.
28. Feinstein A. Problems in defining quality of life. In: Levy AJ, Claude J, Bez G, eds. Cancer, AIDS, and Quality of Life: Plenum Press, New York and London, 1997: 11-17.

29. Joyce CRV. The Evolution of Quality of Life. In: Levy AJ, Claude J, Bez G, eds. Cancer, AIDS, and Quality of Life: Plenum Press, New York and London, 1997: 37-45.
30. Robert JDG. Quality of Care for Cancer and AIDS. In: Levy AJ, Claude J, Bez G, eds. Cancer, AIDS, and Quality of Life: Plenum Press, New York and London, 1997: 45-53.
31. McDowell J. Measuring health, Oxford University press, New York, 1996.
32. Jenkins DC. The measurement of Health - Related Quality of life: Major Dimensions indentified by Factor Analysis, Soc. Sci med. Vol 31, No 8, G. Britain. 1990: 925-931
33. Hačko B. Procena kvaliteta života nakon akutnog infarkta miokarda u odnosu na lokalizaciju infarkta, Magistarska teza, Medicinski fakultet Novi Sad, 1999.
34. Spilker B. Quality of life Assessment in Clinical Trails. Raven Press New York.
35. Šulović V, Jakovljević Dj. Medicina i kvalitet života, naučni skup Medicina i kvalitet života, Beograd, 1997.
36. Spitzer W. State of Science Journal of Chronic Diseases, Vol 40, N° 6, 1987:465-471.
37. Sharon WD. Reintegration to Normal Living as a Proxy to Quality of life, J. Chron Dis, Vol 10, N°6 1987: 494-499.
38. Wood-Dauphinee S. Reintegration to Normal Living as a Proxy to Quality of life, J. Chron. Dis. Vol. 40, N°6, 1987: 494-499.
39. Katz S. The Science of Quality of life, J. Chron Dis Vol 40, N°6 G. Britain. 1987: 459-463.
40. Torrance W. Utility approach to measuring Health Related Quality of life, J. Chron. Dis Vol 40, N° 6, G. Britain, 1987: 593-600.
41. Stamatović M, Jakovljević Dj, Martinov Cvejic M, Legetić B. Zdravstvena zaštita i osiguranje, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1996.
42. Drummond MF. Discussion: Torrance's Utility approach to measuring Health Related Quality of life, J. Chron Dis. vol. 40 N°, G, Britain, 1987: 601-603.
43. Miettinen J. Quality of life from the epidemiologic perspective, J. Crhon Dis. Vol. 40, N°, G. Britaine, 1987: 641-643.
44. Nićiforović O. Zdravstveno stanje stanovništva i korišćenje zdravstvene službe u uslovima krize primenom metoda epi-dizajn izraživanja, specijalistički rad, Medicinski fakultet Novi Sad, 1996.
45. Kvirgić S. Procena zdravlja i kvaliteta života školske dece i omladine u Jugoslaviji, Magistarska teza, Medicinski fakultet, Novi Sad, 2000.
46. Schipper H. Quality of life Assesment in Clinical Trails, Raven Press New York, 1990: 11-23.
47. Ware J.E. Standards for validating health measures: definition and content. 1990.
48. Wiklend I. Scandinavian Journal of primarz Health care suppl 1 11-14 Measuring quality of life in medicine, 1991.
49. Cucić V. Osnovi metodologije naučnog istraživanja u medicini, Beograd, 1996.
50. Steiner LD. Norman RG. Health measurement scales (2nded), Oxford Medical Publications, New York, 1995,
51. Guilford JP. Psychometric methods, McGraw-Hill, New York, 1954.
52. Crombach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests, Psychometrica, 1952: 297-334.
53. Nunnaly JC. Jr. Psychometric theory (2nded), McGraw-Hill, New York, 1978
54. Ware JE. SF-36 Health survey manual and interpretation guide, 1990.
55. Comrey AL. Common methodological problems in factor analyses. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1978: 648-659.
56. Armitage P, Berry G. Statistical methods in medical research, (3rd ed.) Blackwell Stat. Pub. Oxford, 1994.

57. Jankins CD, Jono RT, Stanton BA, Stroup-Benham CA. The measurement of health related quality of life: major dimensions indentified by factor analyses, *Soc-Sci-Med* 31(8), 1990: 925-931.
58. Rudberg MA, Fuiner SE, Cassel CK. Measurement issues in preventive strategies: past, present and future, *Am-J-Clin-Nutr* 55 (6 suppl 1) 1992: 1253-1256.
59. Muldon MF, Barger SD, Flory JD, Maruch SB. What are quality of life measurement measuring? *BMD*, vol 316, Feb. 1998.
60. Gill TM, Feinstein AR. A critical apraisal of the quality of life measurements. *Jama* 272, 1994: 619-626.
61. Sanders C. Reporting on quality of life in randomised trials: bibliographic study, *BMJ*, vol 317, 1998: 1191-1194.
62. Warner SC, Williams JI. The Meaning in life scale; Determining the reliability and validity of measure, *J-Chron-Dis*. Vol 40, No 6, 1987: 503-512.
63. Livingston G. Quality of life, in *Older People, Ageing and Mental Health*, Vol 2, ISS 1, 1998: 20-23.
64. Wiklund J. The Nothingem Health Profile-a measure of health related quality of life, *Scand-J-Prim Health Care-Suppl*. 1, 1990: 15-18.
65. Brazier JE, Walters SJ, Nicholl SP, Kohln B. Using the SF - 36, and Eurogoal on an Elderly Population. *Quality of Life Research*, Vol 5, ISS 2, 1996: 195-204.
66. Deleo D. LEIPAD an internationally applicable instrument to assess quality of life in the elderly, *Behavioral Medicine*, 1998.
67. Stamatović M, Jakovljević Dj, Martinov-Cvejin M. *Zdravstvena zaštita, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva*, Beograd, 1995.
68. WHO. *Ageing and Health: Older people are all the same*, Geneva 1999.
69. WHO. *Growing Older-Staying Well, Ageing and physical activity in everyday life*, Geneva, 1998.
70. Albrecht GL, Devlieger PJ. Against all odds, *Soc. Sci Med*. No 8, 1999: 977-988.
71. Lepage A, Hunt S. The probleme of Quality of life in Medicine, *JAMA*, 1997.
72. Weinberg M. Assessing Helath Related Quality of life in Elderly. *Outpatients-Telephon versus Face to face; Journal of American geriatric Society*, vol 142, ISS 12, 1994:1295-1299,
73. Holmen K, Ericsson K, Winblad B. Quality of life Among the Elderly - State of Mood and Loneliness in 2 Selected groups, *Scandinavian Journal of Caring Sciences* vol 13, ISS 2, 1995: 91-95.
74. Institut za zaštitu zdravlja Srbije "Dr Milan Jovanović-Batut". *Zdravstveno stanje stanovništva Srbije 1986-1996. Analitička studija*, Beograd, 1998.
75. WHO. *Health and ageing, A Discussion Paper, Rapid Population Ageing in Developing Countries*, Geneva, 2001: 8-9.
76. Bromley MC, Blieszner R. Planing for Long-term care-Family, *Relations* Vol. 44, 1993:155-162
77. Shepard RJ. Exercise and ageing: extending independence in older adults, *Geriatrics* 45(5), 1993: 61-64.
78. Ač-Nikolić E, Mijatović V, Sente R. *Zdravlje i zdravstvene potrebe starih osoba Severnobačkog okruga*, *Glasnik*, sveska 1-2, 1999: 37-40
79. Arsić M. *Samoprocena zdravlja starijeg stanovništva Novog Sada*, Magistarska teza, Medicinski fakultet Novi Sad, 1999.
80. Institut za zaštitu zdravlja Novi Sad. *Zdravstveno stanje stanovništva Južnobačkog okruga, 1997-2000*, Novi Sad, 2001.
81. Cacciatore F, Napoli C, Abetl P, Marciano E, Triassi-M, Rerigo F. Quality of life Determinants and Hearing Function in the Edlerly Population, *Gerontology*, Vol, 45 ISS 6. 1990:323-238.

82. Mulrow CD, Aquilar C, Eudicott JE, Velez R, Tuley MR, Charlip WS, Hill JA. Association between hearing impairment and the quality of life of elderly individuals, *J-Am-Geriatr-Soc*, 38(1), 1990: 45-50.
83. William D, Spector T, Katz S, Murply JB, Fulton JP, *J-Chron-Dis Vol 40, No 6, 1987: 481-489.*
84. WHO. *Growing Older-Staying Well, Functional Health in Everyday Life*, Geneva, 1998.
85. Butler RN, Davis R. Physical fitness: benefits of exercise for older patients, *Geriatrics*, Vol 53, USA 1998: 46-62.
86. Butler RN, Davis R. et.al. Physical Fitness: How to help older patients live stronger and longer, *Geriatrics*, USA, Vol 53 , ISS 9, 1998: 26-40,
87. WHO. *Ageing and Health, Ageing exploding the myths* Geneva, 1999.
88. Rogers RG, Rogers A, Belanger A. Active live among the elderly in the United States, multishate life - table estimates and population projections, *Milbank-Q* 67(3-4) 1989: 370-411.
89. Dee J. Health maintenance for frail elderly people In: Detels R, Holland WW, McEwan J, Omen SG, eds. *Public Health*, Oxford University Press, 1997: 1477-1493.
90. Fabre C. Evolution of Quality of life in Elderly Healthy Subjects After Aerobic and/or Menalt Training, *Archives of Gerontology and Geriatrics* Vol. 28, ISS 1, 1999:8-22.
91. Dawe D, Cunan SJ. Going through the motions, *Can-Nurse* 90 (1), 1994: 31-33.
92. Institut za zaštitu zdravlja "Dr Milan Jovanović Batut", *Zdravstveno stanje, zdravstvene potrebe i korišćenje zdravstvene zaštite stanovništva Srbije, preliminarni rezultati*, 2001.
93. Noro A, Aaro S. Health related quality of life among the Least Dependent Institutional Elderly dompokared with the Non institutional Elderly Population, *Quality of life Research*, Vol.5, ISS 3, 1996: 355-366.
94. Dorly JH D. Medical and social Predictors of Longlivity in the elderly. Total Predictive value and interdependence, *Soc. Sci. Med.* Vol.29, N° 11, G. Britain, 1989:1271-1280.
95. Svanborg A, Selker L. Postponement of ageing - related disability, *World Health Forum*, Vol. 14 Geneva, 1993.
96. Fung J, Maggi S, Steel K. For the good health of senior citizens *World Health Forum*, Vol. 14, Geneva 1993.
97. Osberg J S. Life satisfaction and the quality of life among disabled elderly adults, *J. Gerontol.* 43 (2) 1997: 228-30.
98. Bowling A, Grundy G. Activities of daily living: changes in functional ability in three samples of elderly and very elderly people. *Age and Ageing*, 26 (2), 1997: 107-114.
99. WHO. *Health and ageing, A Discussion Paper. What Determins Active ageing?* Geneva 2001:19-30.
100. WHO. *Ageing and Health, Older people are frail*, Geneva, 1999.
101. Bennett KM. Gender and longitudinal changes in physical activities in later life. *Age and Ageing*, vol 27, 1998: 24-28.
102. Armstrong GK. Morganh K. Stability and change in levels of habitual physical activity in later life, *Age and Ageing* vol. 27, 1998:17-23.
103. Morgan J. The Nottingham longitudinal Study of Activity and Ageing: a methodological review, *Age and Ageing* vol 27, 1998: 5-11.
104. Bowling A. The concept of successful and positive ageing. *Fam. Pract.* 1993: 449-453.
105. Jeste DV, Alexopoulos GS, Bartels SJ. Crisis in geriatric mental-Health-research Agenda for the next 2 decades, *Archives of General Psychiatry*, vol 56, ISS 9, 1999: 848-853.
106. Grand A, Grosclande P, Bocquet H, Pous J, Albarede JL. Predictive value of life events, psychosocial factors and self rated health on disability in an elderly rural French population, *Soc-Sci-Med* Vol 27, No 12, 1988:1337-1342.

107. WHO. World Health Day, Active ageing makes difference, Message from Director general, Geneva, 1999.
108. WHO. Active ageing, Are the old people the same?, Geneva, 1999.
109. Jutras S. Caring for the elderly: The Partnership Issue, Soc. Sci. Med. vol 31, No 7, 1990: 763-771.
110. Fischer BJ. Successful Ageing, Life Satisfaction and Generativity in Later life, International Journal of Ageing and Human Development, Vol 41, 1995: 239-250.
111. Nagatomo J, Nanaguchi M, Matsumoto K. Depression and quality of life in the elderly in a special nursing home, Jpn-J-Psychiatry-Neurol, No 47, 1993:525-529.
112. Nagatomo J, Nanaguchi M, Matsumoto K. Sex difference in depression and quality of life in elderly people, Jpn-J-Psychiatry-Neurol, No 48(3), 1994:511-515.
113. Bassey EJ. Longitudinal changes in selected physical capabilities: muscle strength, flexibility and body size, Age and Ageing, Vol 27, 1998:12-16.
114. WHO. Ageing and Health, Men and Women age the same way, Geneva, 1999.
115. Ranzin R, Keeves J, Luszcz M, Feather NT. The Role of self Perceived Usefulness and competence in the Self - Esteem of Elderly Adults, Journal of Gerontology, No 2, vol 53, 1998: 96-104.
116. Permiux BWJH, Leveille S, Ferruci L, Veneijk JM, Guraluik JM. Exploring the Effect of Depression on Physical Disability-Longitudinal Evidence from the Established Populations for Epidemiologic studies of the Elderly, American Journal of Public Health, vol 89, ISS 9, 1999:1346-1352.
117. Liewellynjones RH, Baikie KA, Smithers H, Cohen J, Snowdon J, Teunaut C. Late - life depression in Residential care - Randomized Controlled Trial, British Medical Journal, vol 319, 1999: 676-682.
118. Stoppe G, Sandholzer H, Hupertz C, Duwe H, Staedt J. Family physicians and Risk of suicide in the Deprest Elderly, Journal of Affective Disorders, vol 54, ISS 1-2, 1999: 193-198.
119. Reynolds W, Remer R, Johanson M. Marrital satisfaction in later life, International Journal of Ageing and human Development, vol 50, ISS 2, 1995: 155-173.
120. Oconnor BP. Family and Friend Relationships Among Older and Jounger Adults, International Journal of Ageing and Human Development, vol 30, ISS 1, 1995: 9-29.
121. Harison BS, Ostergren PO. Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia theoretical and methodological aspects on some results from population study "Men born in 1914" Malmo Sweden, Soc. Sci. Med. vol 25, No 7, 1987: 849-859.
122. Montz I, Stein C. A life course perspective, World Health Organization, Geneva, 1999.
123. Usni WM, Keil TJ. Life satisfaction and age concentration of the local area, Psychol-Aging 2(1) 1987: 30-35.
124. Roos NP, Havens B: Predicators of successful ageing: A Twelw-year, study of Manitoba Elderly, WHF, vol 16, 1995: 337-343.
125. Bloom RJ. The relationship of social support and Health, Soc. Sci. Med. Vol 30, No 5, 1990: 635-637.
126. William JS, Cohen RD, Shema JS, Kaplan GA. Successful Ageing: Predicators and Associated Activities, American Journal of Epidemiology, vol 144, No 2, 1996:135-141.
127. Dan-Bar-On, Amair M. A new subjective Measure of Quality of life, News quality of life Letter, 1995.
128. Bowling A. What things are important in peoples lives? A survay of the public's Judgements to inform scales of health related quality of life, Soc. Sci. Med. 41 (10), 1995:1447-1462.
129. Guse LW, Maseasar MA. Quality of life and successful ageing, in long term care: perception of residents, Ment Health Nurs 20(6), 1999:527-539.

130. Bowling A. Associations with life satisfaction among very elderly people living in a deprived part of inner London, *Soc.Sci.Med*, Vol 31, No 9, 1990: 1003-1011.
131. Ardelt M. Wisdom and life satisfaction in old age, *J-Gerontol-B-Psihol-Sci-Soc-Sci*, 52(1) 1997:15-27.
132. Herisman R. Severely mobility disabled people assess the quality of their lives, *Scand J Rehabil Med*. 17(2), 1985: 87-89.
133. Coleman PG. Dimensions of subjective well-being in the elderly: conclusions from Dutch and English studies *Compr, Gerontolo-B* 1(1), 1987: 8-12.
134. Fylkesnes K, Helge FO. The tromso study: Predictors of self - evaluated Health - Has society adopted the expanded Health Concept? *Soc.Sci.Med*. Vol 32, No 2, 1991: 141-146.
135. Mosteller F. Implications of Measures of Quality of life for Policy Development, *J. Chron-Dis*, Vol 40, No 6, 1987: 645-650.
136. Donaldson C, Atkinson A, Bond-J Wright K. QALYS and long term care for elderly people in the UK, Scales for assessment of quality of life, *Age and Ageing*, 17(6) 1988:379-389,
137. Feinstein AR. Clinimetric perspectives *J-Chron-Dis*, Vol 40, No6, 1987: 635-640.
138. Pearlman RA, Uhlman RF. Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients, *J-Gerontol* 43 (2) 1988: 25-30.
139. Grimby A, Wiklund I. Health related quality of life in old age. A study among 76 Year old Swedish urban citizens. *Scand J - Soc.-Med*. 22(1) 1994: 7-14.
140. Hamashima C. The quality of life in aged people, *Nippon Eiseugujy-Zasshi* 49(2), 1994: 533-532.
141. Brorsson B, Ifver J, Hays RD. The Swedish Health Related Quality of life survey, *Qual-Life-Ris* 2(1), 1993: 33-45.
142. Helset A. Elderly women in the Nordic countries; Level of living and situation in life, *Scand-J-Soc.Med*, 21(4), 1993: 223-226.
143. Kaplan RM, Anderson JP, Wingard DL. Gender differences in health related quality of life, *Health Psychol* 10(2), 1991: 86-93.
144. Hong SM, Grannakopoulos E. Effects of age, sex and university status on life satisfaction. *Psychol-Rep*, 74(1), 1994: 99-103.
145. Snowdon DA, Ostwald SK, Kane RL, Keenan NL. Years of life with good and poor mental and physical function in the elderly. *J-Clin-Epidemiol*. 42(11), 1989:1055-66.
146. Kai-I, Ohi-G, Kobayashi-Y, Ishizaki-T, Hisata-M, Kivchi-M. Quality of life: a possible health index for elderly, *Asia-Pac-J-Public-Health*, 5 (3), 1991: 221-227.
147. Svardsudd K, Tibblin-G. Is quality of life affecting survival? The study of men born in 1903, *Scand-J-Prim-Health-Care-Suppl* 1, 1990: 55-60.

OPŠTA PITANJA

Pol: M Ž
 !_!

GODINA RODJENJA: _____
 !_!_!

MESTO STANOVANJA: _____
 !_!_!

Molimo Vas da na pitanja pod brojem **1 – 5** zaokružite jednu od ponudjenih mogućnosti.

1. VAŠA NAJVIŠA ZAVRŠENA ŠKOLSKA SPREMA

- 1) bez škole
 - 2) nepotpuna osnovna škola
 - 3) završena osnovna škola
 - 4) srednja školska sprema
 - 5) viša škola
 - 6) visoka škola (fakultet)
- !_!

2. ZANIMANJE KOJIM STE SE NAJDUŽE BAVILI?

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| 1) zemljoradnik | 6) administrativni radnik |
| 2) nekvalifikovani radnik | 7) stručnjak |
| 3) polukvalifikovani | 8) rukovodilac |
| 4) kvalifikovani | 9) domaćica |
| 5) visokokvalifikovan | 10) drugo _____ |
- !_!_!

3. VAŠE BRAČNO STANJE?

- 1) oženjen / udata
 - 2) razveden/a
 - 3) udovac/ica
 - 4) neoženjen/ neudata
 - 5) vanbračna zajednica
- !_!

4. IZVOR VAŠIH PRIHODA?

- 1) plata
- 2) penzija
- 3) аренда
- 4) soc.pomoć
- 5) drugo (navesti) _____

!_!

5. DA LI ŽIVITE?

- 1) sami
 - 2) sa bračnim drugom
 - 3) decom
 - 4) u domu
 - 5) drugo (navesti) _____
 - 6) vanbračnoj zajednici
- !_!

DEO A: Pitanja u vezi fizičkog zdravlja i postojanje bolesti ("F")

Za svako pitanje od a – i stavite krstić u odgovarajuću kućicu.

1. DA LI MOŽETE DA?

	Teško	Bez teškoće
Ne mogu		
a) hodate-idete 1 km? !_!	!_!	!_!
b) se popnete 2 sprata stepenicama bez odmaranja !_!	!_!	!_!
c) sednete ili ustanete sa stolice !_!	!_!	!_!
d) se sami hranite !_!	!_!	!_!
e) se sami skinete - obučete !_!	!_!	!_!
f) se sami umijete (lice, ruke), obrijete. očešljate !_!	!_!	!_!
g) sami idete u kupovinu !_!	!_!	!_!
h) kuvate !_!	!_!	!_!
i) radite lakše kućne poslove (brisanje prašine) !_!	!_!	!_!

Na pitanja 2 – 19 i 21 – 22 zaokružite jednu od ponudjenih mogućnosti.

2. DA LI MOŽETE DA PRETRČITE -BRZO PREDJETE 100 METARA
AKO JE TO NEOPHODNO?

1. NE
 2. DA
- !_!

3. DA LI SE BAVITE ILI DA LI BISTE SE MOGLI BAVITI NEKIM SPORTOM
(FUDBAL, KUGLANJE, PLIVANJE, GIMNASTIKA, TRČANJE I DR.)?

1. NE
 2. DA
- !_!

4. DA LI MOŽETE SAMI DA IZADJETE IZ STANA (KUĆE) I DA PROŠETATE?

1. NE
 2. DA
- !_!

5. AKO MOŽETE SAMI DA IZADJETE IZ KUĆE KOLIKO MOŽETE DA
HODATE?

1. 1 km i više
 2. manje od 1 km. ali više od 1o metara
 3. manje od 1o metara
- !_!

6. AKO NE MOŽETE SAMI DA IZADJETE IZ KUĆE DA LI MOŽETE DA
HODATE SAMI? (ZAOKRUŽITE JEDAN ODGOVOR)

1. izmedju soba u kući (stanu)
 2. samo u sobi
 3. ne možete uopšte da hodate
- !_!

7. AKO BI TREBALO DA LI BISTE MOGLI DA PUTUJETE AUTOBUSOM?

1. DA
2. NE

!_!

8. AKO NE MOŽETE DA PUTUJETE AUTOBUSOM NAVEDITE RAZLOG?

- 1) ne možete da hodate
- 2) ne možete da se popnete u autobus
- 3) pozli vam u autobusu
- 4) drugo _____

!_!

9. DA LI IMATE VOZAČKU DOZVOLU?

1. DA

2. NE
!_!

10. AKO IMATE VOZAČKU DOZVOLU DA LI VOZITE AUTO (MOTOR)?

1. DA
2. NE
!_!

11. AKO IMATE VOZAČKU DOZVOLU A NE VOZITE NAVEDITE RAZLOG?

!_!

12. DA LI NOSITE NAOČARE?

1. NE
2. DA
!_!

13. DA LI IMATE PROBLEMA DA PROČITATE NEŠTO, NPR. NOVINE
(AKO NOSITE NAOČARE - SA NAOČARIMA)

1) nikada
2) ponekad
3) uvek
!_!

14. DA LI VAS BOLI GLAVA POSLE GLEDANJA TELEVIZIJE?

1) nikada
2) ponekad
3) uvek
!_!

15. DA LI NOSITE SLUŠNI APARAT?

1) DA
2) NE
!_!

16. DA LI IMATE PROBLEMA DA ČUJETE ŠTA DRUGI GOVORE U
RAZGOVORU (KO NOSI SLUŠNI APARAT - SA APARATOM)?

1) nikada
2) ponekad
3) uvek
!_!

17. DA LI IMATE PROBLEMA DA RAZUMETE ŠTA GOVORE NA RADIJU
ILI NA TELEVIZIJI?

1) nikada
2) ponekad
3) uvek
!_!

18. DA LI BOLUJETE OD NEKE HRONIČNE BOLESTI?

- 1) DA
- 2) NE
- !_!

19. AKO BOLUJETE OD HRONIČNE/IH BOLESTI, OD KOLIKO?

- 1) jedne
- 2) dve
- 3) tri
- 4) četiri
- 5) više
- !_!

20. AKO BOLUJETE, OD KOJIH BOLESTI BOLUJETE?

(Zaokružite najviše 3 odgovora)

- 1) Bolesti srca
- 2) Bolesti vena
- 3) Visok pritisak
- 4) Oboljenja kostiju i zglobova
- 5) Bolesti pluća (astma, bronhitis i dr.)
- 6) Bolesti bubrega i mokraćnih puteva
- 7) Bolesti živaca
- 8) Bolesti kože
- 9) Bolesti čira na želucu ili dvanaestopalačnom crevu
- 10) Bolesti žučne kese
- 11) Drugo (navesti) _____
- !_!_!_!

21. DA LI VAM JE LEKAR PREPISAO NEKE LEKOVE KOJE TREBA STALNO DA UZIMATE?

- 1) DA
- 2) NE
- !_!

22. DA LI REDOVNO UZIMATE LEKOVE

- 1. DA
- 2. NE: a) zato što mi ne trebaju
- b) zato što ih nema u apoteci
- c) zato što su skupi
- d) nešto drugo _____
- !_!

DEO B: EMOCIONALNO ZDRAVLJE ("E")

Za svako pitanje stavite krstić u odgovarajuću kućicu.

	Potpuno čno se znam čno se slažem	Potpuno se ne slažem	Delimi- slažem	Ne	Delimi- se ne slažem
1. PONEKAD OSEĆAM DA MI ŽIVOT NIJE MNOGO KORISTAN !_!		!_!	!_!		!_!
2. SVAKO TREBA DA IMA U ŽIVOTU NEKOGA ČIJA SREĆA MU ZNAČI KOLIKO I NJEGOVA LIČNA !_!		!_!	!_!	!_!	!_!
3. JA SAM KORISNA OSOBA ZA OKOLINU (TREBAJU ME LJUDI) !_!		!_!	!_!		!_!
4. ČESTO MISLIM (OSEĆAM) DA SAM GUBITNIK !_!		!_!	!_!		!_!
5. MNOGI LJUDI SU NESRE- ĆNI JER NE ZNAJU ŠTA ŽELE OD ŽIVOTA !_!		!_!	!_!		!_!
6. U DANAŠNJE VREME KADA JE SVAKO OKRENUT SAMOM SEBI, LJUDI DOLAZE DO TOGA DA NE VERUJU JEDNI DRUGIMA !_!		!_!	!_!		!_!
7. BRZO MISLIM (RAZMIŠLJAM) DONOSIM ODLUKE !_!		!_!	!_!		!_!
8. NEKI LJUDI OSEĆAJU DA PROLAZE KROZ ŽIVOT NA NAČIN NA KOJI ŽELE, A TO JE SLUČAJ SA MNOM !_!		!_!	!_!	!_!	!_!

9. IMA MNOGO LJUDI KOJI NE ZNAJU ŠTA DA RADE SA SVOJIM ŽIVOTOM
!_!
10. MNOGI LJUDI NE SHVATAJU KOLIKO JE NJIHOV ŽIVOT KONTROLISAN ZAVERAMA DRUGIH LJUDI PREMA NJIMA
!_!
11. LJUDI OSEĆAJU NAKLONOST PREMA MENI
!_!
12. REKAO BIH DA SKORO UVEK ZAVRŠIM POSAO KOJI ZAPOČNEM
!_!

Za svako pitanje stavite krstić u odgovarajuću kućicu.

- | | Potpuno
čno se znam
čno se
slažem | Potpuno
se ne
slažem | Delimi-
slažem | Ne
ne slažem | Delimi-
se |
|--|--|----------------------------|-------------------|-----------------|---------------|
| 13. KADA PRAVIM PLANOVE JA SE POBRINEM DA SE STVARI DEŠAVAJU ONAKO KAKO JA OČEKUJEM
!_! | | !_! | !_! | !_! | !_! |
| 14. VEĆINA LJUDI U BRAKU IMA LOŠ ŽIVOT
!_! | !_! | !_! | !_! | !_! | |
| 15. NIJE POŠTENO RADJATI DECU UZIMAJUĆI U OBZIR KAKVA ĆE BITI BUDUĆNOST
!_! | !_! | !_! | !_! | !_! | |
| 16. NEKI LJUDI OSEĆAJU KAO DA IH DRUGI ODGURUJU OD DOBRIH STVARI. I JA SE TAKO OSEĆAM
!_! | !_! | !_! | !_! | !_! | |
| 17. JA SAM OBIČNO OPREZAN
!_! | !_! | !_! | !_! | !_! | |
| 18. U DANAŠNJE VREME LJUDI MORAJU DA ŽIVE ZA DANAS, I DA PUSTE DA SE | | | | | |

SUTRAŠNJICA DESI
!_!

!_!

!_!

!_!

!_!

Za svako pitanje stavite krstić u odgovarajuću kućicu.

	SLAŽEM SE	NE SLAŽEM SE	NE ZNAM
1. SREĆAN SAM ISTO KOLIKO I U MLADOSTI	!_!	!_!	!_!
2. ŽIVOT BI MOGAO DA MI BUDE SREĆNIJI NEGO ŠTO JESTE	!_!	!_!	!_!
3. OVO SU NAJBOLJE GODINE MOGA ŽIVOTA	!_!	!_!	!_!
4. OSEĆAM SE STARIM I UMORNIM	!_!	!_!	!_!
5. OSEĆAM SVOJE GODINE, ALI ME TO NE BRINE	!_!	!_!	!_!
6. KADA POGLEDAM SVOJ ŽIVOT UNAZAD, ZADOVOLJAN SAM NJIME	!_!	!_!	!_!
7. PROŠLI ŽIVOT NE BIH MENJAO/LA SVE I DA MOGU!_!		!_!	!_!
8. PRAVIM PLANOVE U ŽIVOTU ZA MESEC I GODINU DANA UNAPRED	!_!	!_!	!_!

**DEO C: OPŠTE ZDRAVLJE (SUBJEKTIVNA PROCENA) I
SOCIJALNE AKTIVNOSTI**

Na pitanja od 1 – 14 zaokružite jednu od ponudjenih mogućnosti.

1. KAKO BI STE OCENILI VAŠE ZDRAVSTVENO STANJE?

1. veoma dobro
 2. dobro
 3. loše
 4. veoma loše
- !_!

2. UZIMAUĆI SVE U OBZIR DA LI STE?

1. veoma srećni
 2. srećni
 3. nesrećni
 4. veoma nesrećni
- !_!

3. DA LI STE ZADOVOLJNI NAČINOM KOJIM PROVODITE ŽIVOT DANAS?

1. potpuno zadovoljan
 2. delimično zadovoljan
 3. delimično ne zadovoljan
 4. potpuno sam nezadovoljan
- !_!

4. ŠTA MISLITE KAKVE SU VAŠE FIZIČKE SPOSOBNOSTI (POD OVIM SE PODRAZUMEVA MOGUĆNOST HODANJA, KOMUNICIRANJA, I DR.)

1. veoma dobre
 2. dobre
 3. zadovoljavajuće
 4. loše
 5. veoma loše
- !_!

5. KAKO BI STE OCENILI VAŠE SOCIJALNE AKTIVNOSTI (DRUŽENJE SA PRIJATELJIMA, ODRŽAVANJE KONTAKTA SA PORODICOM I DR.)?

1. veoma dobre
 2. dobre
 3. zadovoljavajuće
 4. loše
 5. veoma loše
- !_!

6. KAKO BISTE OCENILI VAŠ EMOCIONALNI ŽIVOT? (POD OVIM SE PODRAZUMEVA DA LI STE OBIČNO DOBRO RASPOLOŽENI, ZADOVOLJNI ŽIVOTOM)

1. veoma dobar
 2. dobar
 3. zadovoljavajući
 4. loš
 5. veoma loš
- !_!

7. KOLIKO ČESTO IDETE U POSETU PRIJATELJIMA?

1. ne idem u posete
 2. 1-2 puta nedeljno
 3. 2 puta mesečno
 4. redje nego 1 puta mesečno
- !_!

8. KOLIKO ČESTO PRIJATELJI DOLAZE KOD VAS?

1. ne dolaze
 2. 1.2 puta nedeljno
 3. 2 puta mesečno
 4. redje nego 1 put mesečno
- !_!

9. DA LI VAS JE TOKOM PROŠLE NEDELJE NEKO POSETIO? (RODJAK,

PRIJATELJI)

1. DA

2. NE

!_!

10. DA LI IMATE TELEFON?

1. DA

2. NE

!_!

11. AKO IMATE TELEFON KOLIKO ČESTO ZOVETE PRIJATELJE ILI RODJAKE?

1. svaki dan

2. 1 put nedeljno

3. 2 puta mesečno

4. redje nego 1-2 puta mesečno

!_!

12. TOKOM POSLEDNJE GODINE DA LI VAM SE DESILO NEŠTO OD SLEDEĆIH STVARI?

a) razdvajanje od bračnog druga (usled smrti ili razvod)

1. DA

2. NE

!_!

b) putovanje?

1. DA

2. NE

!_!

c) veći problemi sa prijateljima, rođacima

1. DA

2. NE

!_!

d) da li vam se nešto značajno desilo tokom prošle godine (odlazak u penziju, odlazak u dom, izmena stana ili nešto slično – navedite šta)?

!_!

13. DA LI STE ČLAN NEKOG UDRUŽENJA, KLUBA, PARTIJE I DR.?

1. DA

2. NE

!_!

14. ŠTA OČEKUJETE U NAREDNIH 5 GODINA VEZANO ZA VAŠE ZDRAVSTVENO STANJE?

- a) ostaće nepromenjeno
- b) pogoršaće se
- c) poboljšaće se
- d) drugo _____

!_!

DEO E: ZA ŠTIĆENIKE DOMA

1. KOLIKO STE U DOMU? _____ godina

!_!

Za pitanja pod brojem 2 – 9 zaokružite jednu od datih mogućnosti.

2. DA LI VAM JE ŽIVOT OD KADA STE U DOMU?

- 1. lepši nego ranije
- 2. isti kao ranije
- 3. gori nego ranije

!_!

3. DA LI IMATE DECU ILI PRIJATELJE VAN DOMA?

- 1. DA
- 2. NE

!_!

4. AKO IMATE DECU ILI PRIJATELJE VAN DOMA DA LI VAS ONI POSEĆUJU?

- 1. DA
- 2. NE

!_!

5. AKO IMATE DECU ILI PRIJATELJE VAN DOMA DA LI VI NJIH POSEĆUJETE?

- 1. DA
- 2. NE

!_!

6. KOJI SU BILI VAŠI RAZLOZI DOLASKA U DOM?

- 1. ostali ste sami
- 2. razboleli ste se
- 3. deca ili rodbina vas je smestila u dom
- 4. drugo (navesti)_____

!_!

7. DA LI JE DOLAZAK U DOM BILA VAŠA ŽELJA?

- 1. DA
- 2. NE
- 3. DELIMIČNO

!_!

8. DA LI IMATE ŽELJU DA SE VRATITE I DA ŽIVITE KAO ŠTO STE ŽIVELI PRE DOLASKA U DOM?

- 1. DA
- 2. NE
- 3. DELIMIČNO

!_!

9. DA LI STE U DOMU STEKLI NOVE PRIJATELJE?

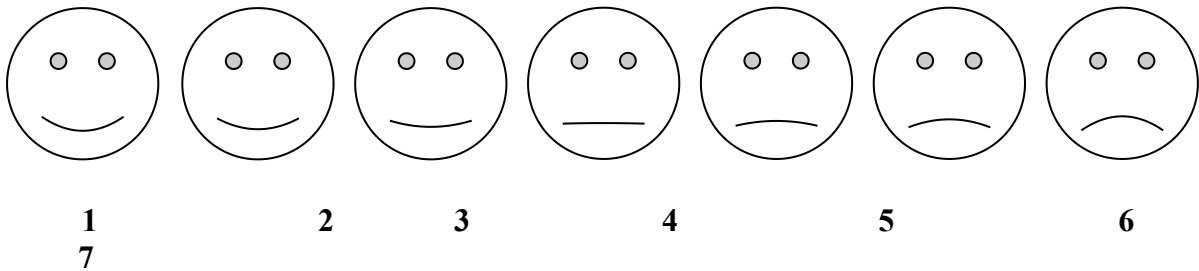
1. DA

2. NE

!!

D.

1. Koji od dole sedam (7) prikazanih lica najbolje odražava vaše osećaje u vezi zadovoljstva vašim životom (zaokružite jedan broj):



2. Ako biste ocenjivali uspeh dosadašnjim životom, kojim biste brojem prikazanim na slici ispod, to označili (zaokružite jedan broj):

9	- najbolji život koji sam mogao/la da očekujem
8	
7	
6	
5	
4	
3	

----- 2 -----

----- 1 ----- - najgori život koji sam mogao/la da očekujem

3. Ako imate sugestije na ovo istraživanje molim Vas da to učinite na ovom prostoru.

H V A L A!

PRILOG B

OPŠTI DEO

Pol: M Ž

!_!

GODINA ROĐENJA: _____

!_!_!

1. Vaša najviša završena školska sprema

- a) bez škole
- b) nepotpuna osnovna škola
- c) završena osnovna škola
- d) srednja školska sprema
- e) viša škola
- f) visoka škola (fakultet)

!_!

2. Zanimanje kojim ste se najduže bavili?

- a) zemljoradnik
- b) nekvalifikovani radnik
- c) polukvalifikovani
- d) kvalifikovani
- e) visokokvalifikovan
- f) administrativni radnik
- g) stručnjak
- h) rukovodilac
- i) domaćica
- j) drugo _____

!_!_!

3. Vaše bračno stanje?

- a) oženjen/udata
- b) razveden/a
- c) udovac/ica
- d) neoženjen/ neudata
- e) vanbračna zajednica

!_!

FIZIČKO FUNKCIONISANJE (FF)

Za svako pitanje stavite krstić u odgovarajuću kućicu.

1. Da li možete da?

	Teško	Bez teškoće	Ne mogu
a) hodate-idete 1 km?	!_!	!_!	!_!
b) se popnete 2 sprata stepenicama bez odmaranja	!_!	!_!	!_!
c) sami idete u kupovinu	!_!	!_!	!_!
d) da li možete da pretrčite - brzo predjete 100 metara ako je to neophodno?	!_!	!_!	!_!
e) da li možete sami da izadjete iz stana (kuće) i da prošetate?	!_!	!_!	!_!
f) ako bi trebalo da li biste mogli da putujete autobusom?	!_!	!_!	!_!

SAMOZBRINJAVANJE (SC)

Za svako pitanje stavite krstić u odgovarajuću kućicu.

1. Da li možete da?	Teško	Bez teškoće	Ne mogu
a) sednete ili ustanete sa stolice	!_!	!_!	!_!
b) se sami hranite	!_!	!_!	!_!
c) se sami skinete - obučete	!_!	!_!	!_!
d) se sami umijete (lice, ruke), obrijete. očešljate	!_!	!_!	!_!
e) kuvate	!_!	!_!	!_!
f) radite lakše kućne poslove (brisanje prašine)	!_!	!_!	!_!

OSEĆANJA U VEZI KORISNOSTI U DRUŠTVU (KD)

Za svako pitanje stavite krstić u odgovarajuću kućicu.

	Potpuno se slažem	Delimi- čno se slažem	Ne znam	Delimi- čno se ne slažem	Potpuno se ne slažem
a) svako treba da ima u životu nekoga čija sreća mu znači koliko i njegova lična	!_!	!_!	!_!	!_!	!_!
b) ja sam korisna osoba za okolinu (trebaju me ljudi)	!_!	!_!	!_!	!_!	!_!
c) ljudi osećaju naklo- nost prema meni	!_!	!_!	!_!	!_!	!_!
d) rekao bih da skoro uvek završim posao koji započnem	!_!	!_!	!_!	!_!	!_!
e) kada pravim planove					

ja se pobrinem da se stvari dešavaju onako kako ja očekujem	!_!	!_!	!_!	!_!	!_!
---	-----	-----	-----	-----	-----

OSEĆANJA U VEZI ŽIVOTA

Za svako pitanje stavite krstić u odgovarajuću kućicu.

- | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| a) ponekad osećam da mi život nije mnogo koristan | !_! | !_! | !_! | !_! | !_! |
| b) često mislim (osećam) da sam gubitnik | !_! | !_! | !_! | !_! | !_! |
| c) većina ljudi u braku ima loš život | !_! | !_! | !_! | !_! | !_! |
| d) srećan sam isto koliko i u mladosti | !_! | !_! | !_! | !_! | !_! |
| e) osećam se starim i umornim | !_! | !_! | !_! | !_! | !_! |
| f) osećam svoje godine, ali me to ne brine | !_! | !_! | !_! | !_! | !_! |
| g) kada pogledam svoj život unazad, zadovoljan sam njime | !_! | !_! | !_! | !_! | !_! |
| h) prošli život ne bih menjao/la sve i da mogu | !_! | !_! | !_! | !_! | !_! |
| i) pravim planove u životu za mesec i godinu dana unapred | !_! | !_! | !_! | !_! | !_! |

SOCIJALNO FUNKCIONISANJE

1. Koliko često idete u posetu prijateljima?

- | | |
|------------------------------|-----|
| a) ne idem u posete | |
| b) 1-2 puta nedeljno | |
| c) 1-2 puta mesečno | |
| d) redje nego 1 puta mesečno | !_! |

2. Koliko često prijatelji dolaze kod vas?

- a) ne dolaze
- b) 1.2 puta nedeljno
- c) 2 puta mesečno
- d) redje nego 1 put mesečno

!_!

3. ako imate telefon koliko često zovete prijatelje ili rodjake?

- a) svaki dan
- b) 1 put nedeljno
- c) 2 puta mesečno
- d) redje nego 1-2 puta mesečno

!_!

4. da li vas je tokom prošle nedelje neko posetio? (rodjak, prijatelji)

- a) da
- b) ne

!_!

SAMOPROCENA

1. Kako bi ste ocenili vaše zdravstveno stanje?

- a) veoma dobro
- b) dobro
- c) loše
- d)veoma loše

!_!

2. uzimajući sve u obzir da li ste?

- a) veoma srećni
- b) srećni
- c) nesrećni
- d) veoma nesrećni

!_!

3. Da li ste zadovoljni načinom kojim provodite život danas?

- a) potpuno zadovoljan
- b) delimično zadovoljan
- c) delimično ne zadovoljan
- d) potpuno sam nezadovoljan

!_!

4. Šta mislite kakve su vaše fizičke sposobnosti (pod ovim se podrazumeva mogućnost hodanja, komuniciranja, i dr.)

- a) veoma dobre
- b) dobre
- c) zadovoljavajuće
- d) loše
- e) veoma loše

!_!

5. Kako bi ste ocenili vaše socijalne aktivnosti (druženje sa prijateljima, održavanje kontakta sa porodicom i dr.)?

- a) veoma dobre
- b) dobre
- c) zadovoljavajuće
- d) loše
- e) veoma loše

!_!

6. Kako biste ocenili vaš emocionalni život? (pod ovim se podrazumeva da li ste obično dobro raspoloženi, zadovoljni životom)

- a) veoma dobar
- b) dobar
- c) zadovoljavajući
- d) loš
- e) veoma loš

!_!

SADRŽAJ

1. U V O D.....	5
1.1 KRETANJE BROJA STANOVNIKA.....	5
1.2. STARENJE STANOVNIŠTVA.....	11
1.3. ZDRAVLJE I KVALITET ŽIVOTA.....	18
2. CILJEVI.....	37
2.1. OSNOVNI CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	37

2.2. POSEBNI CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	37
3. HIPOTEZE.....	37
4. METODOLOGIJA RADA.....	38
4.1. UZORAK I NAČIN RADA.....	38
4.2. INSTRUMENT.....	39
4.3. OBRADA PODATAKA I STATISTIČKE METODE.....	42
5. REZULTATI.....	44
5.1. OPŠTE KARAKTERISTIKE UZORKA.....	44
5.2. OSOBE U DOMU.....	49
5.3 FIZIČKO FUNKCIONISANJE.....	53
5.4. EMOCIONALNO ZDRAVLJE.....	61
5.5. SAMOPROCENA ZDRAVLJA.....	65
5.6. SOCIJALNA KOMPONENTA ZDRAVLJA.....	70
5.7. SKALE / DOMENI.....	75
5.8. SKALA FIZIČKOG FUNKCIONISANJA.....	88
5.9. SKALA SAMOZBRINJAVANJA.....	93
5.10. SKALA O OSEĆANJIMA O KORISNOSTI U DRUŠTVU.....	96
5.11. SKALA O OSEĆANJIMA U VEZI ŽIVOTA.....	99
5.12. SKALA SOCIJALNE AKTIVNOSTI.....	101
5.13. SKALA SAMOPROCENE.....	105
5.14. QOL-OLD INDEX.....	108
6. DISKUSIJA.....	115
6.1. INSTRUMENT.....	115
6.2. ANKETIRANJE I UZORAK.....	122
6.3. FIZIČKO ZDRAVLJE.....	125
6.4. PSIHIČKO ZDRAVLJE.....	130
6.5. SOCIJALNA AKTIVNOST.....	135
6.6. SAMOPROCENA.....	138
6.7. QOL-OLD.....	139
7. ZAKLJUČCI.....	144
LITERATURA.....	147
OPŠTI DEO.....	166
OSEĆANJA U VEZI ŽIVOTA.....	168
SOCIJALNO FUNKCIONISANJE.....	169
SAMOPROCENA.....	169