



**UNIVERZITET
U NOVOM SADU
MEDICINSKI FAKULTET**



**AKTIVNO STARENJE I SOCIJALNA
PARTICIPACIJA KORISNIKA DOMOVA ZA
SMEŠTAJ I NEGU STARIH LICA**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Mentori:

Prof. dr Nina Brkić-Jovanović

Prof. dr Dragana Milutinović

Kandidat:

Nataša Egeljić-Mihailović

Novi Sad, 2023. godine

КЉУЧНА ДОКУМЕНТАЦИЈСКА ИНФОРМАЦИЈА¹

Врста рада:	Докторска дисертација
Име и презиме аутора:	Наташа Егељић-Михаиловић
Ментор (титула, име, презиме, звање, институција)	Проф. др Нина Бркић-Јовановић, ванредни професор, Медицински факултет Нови Сад Проф. др Драгана Милутиновић, редовни професор, Медицински факултет Нови Сад
Наслов рада:	Активно старење и социјална партиципација корисника домова за смештај и негу старих лица
Језик публикације (писмо):	Српски Латиница
Физички опис рада:	Унети број: Страница: 195 Поглавља: 10 Референци: 222 Табела: 57 Слика: 1 Графикона: 0 Прилога: 9
Научна област:	Медицина, Јавно здравље
Ужа научна област (научна дисциплина):	Здравствена нега

¹Аутор докторске дисертације потписао је и приложио следеће Обрасце:

5б – Изјава о ауторству;

5в – Изјава о истоветности штампане и електронске верзије и о личним подацима;

5г – Изјава о коришћењу.

Ове Изјаве се чувају на факултету у штампаном и електронском облику и не кориче се са тезом.

Кључне речи / предметна одредница:	старење; здраво старење; социјална партиципација; домови за стара лица; квалитет живота; старе особе; анкете и упитници
Резиме на језику рада:	<p>Увод: Старење популације представља један од највећих изазова са којим се суочава савремени свет. Промовисање активног старења и повећање нивоа социјалне партиципације је један од важнијих циљева здравствене и социјалне политике развијених земаља. С обзиром да је број старијих особа у тренду пораста, као и чињенице да се тема активног старења показала као значајно истраживачко поље у страним истраживањима, чије су практичне импликације веома важне у циљу препознавања специфичних аспеката у функционисању старијих особа, сматрамо неопходним сазнати стање на узорку старих који су смештени у дому за смештај и негу старих лица на нашим просторима.</p> <p>Циљ: Општи циљ од ког смо пошли у истраживању је био да испитамо активно старење и социјалну партиципацију старијих особа које су на смештају у установама социјалне заштите, као и да испитамо значај различитих потенцијалних предиктора за процес активног старења и социјалну партиципацију старих.</p> <p>Методологија: Истраживање је спроведено у виду проспективне студије у три фазе. Иницијална фаза подразумевала је разговор са испитаницима, упознавање са темом истраживања, као и начином попуњавања упитника. Главна фаза истраживања подразумевала је попуњавање упитника од стране испитаника, који су потписали текст информисаног пристанка. Финална фаза истраживања подразумевала је статистичку обраду података и публикацију резултата.</p> <p>Подаци су прикупљени у периоду од августа 2020. до септембра 2021. године. У истраживање су биле укључене особе старије од 60 година које су смештене у установе социјалне заштите. Узорак је чинило 200 особа, оба пола, смештених у ЈУ Геронтолошки центар Бања Лука, ЈУ Дом пензионера Бања Лука, ЈУ Дом пензионера Приједор и Дом за старе Кнежево.</p> <p>Као инструмент за прикупљање података, коришћен је анкетни упитник.</p> <p>У упитник су укључене следеће скале: Скала активног старења (UJACAS), Маастрихт скала социјалне партиципације (MSPP),</p>

	<p>Геријатријска скала депресије (GDS), Скала бриге о себи (ADL), Лубенова скала друштвених контаката (LSNS-6), Скала моћи (PM), Скала самоперцепције личног старења (SLO), Скала задовољства негом (NHRSS), Мини-ментал кратки конгнитивни тест (MMSE).</p> <p>Резултати: Истраживање је показало да старе особе смештене у дому постижу низак степен активног старења и социјалне партиципације.</p> <p>Закључак: Виши степен активног старења остварују млађе образованије особе, које су у браку и бољег материјалног статуса, без хроничних болести и са историјом малигних болести, особе које су у мањем степену депресивне, особе које имају активнију бригу о себи и учесталије друштвене контакте. Виши степен социјалне партиципације остварују особе бољег материјалног и бољег когнитивног статуса, особе које имају учесталије друштвене контакте и мању перцепцију моћи контролисања сопственог живота.</p>
Датум прихватања теме од стране надлежног већа:	23.03.2021.
Датум одбране: (Попуњава одговарајућа служба)	
Чланови комисије: (титула, име, презиме, звање, институција)	<p>Председник:</p> <p>Члан:</p> <p>Члан:</p> <p>Члан:</p>
Напомена:	

UNIVERSITY OF NOVI SAD

FACULTY OR CENTER

KEY WORD DOCUMENTATION²

Document type:	Doctoral dissertation
Author:	Nataša Egeljić-Mihailović
Supervisor (title, first name, last name, position, institution)	Prof. Nina Brkić-Jovanović, PhD, Faculty of medicine, Novi Sad Full Prof. Dragana Milutinović, PhD, Faculty of medicine, Novi Sad
Thesis title:	Active aging and social participation of older adults in nursing home
Language of text (script):	Serbian language Latin
Physical description:	Number of: Pages: 195 Chapters: 10 References: 222 Tables: 57 Illustrations: 1 Graphs: 0 Appendices: 9
Scientific field:	Medicine, Public health
Scientific subfield (scientific discipline):	Health care
Subject, Key words:	Aging; Healthy Aging; Social Participation; Homes for the Aged; Quality of Life; Aged; Surveys and Questionnaires

²The author of doctoral dissertation has signed the following Statements:

56 – Statement on the authority,

5B – Statement that the printed and e-version of doctoral dissertation are identical and about personal data,

5r – Statement on copyright licenses.

The paper and e-versions of Statements are held at the faculty and are not included into the printed thesis.

Abstract in English language:

Introduction: Population aging is one of the biggest challenges facing the modern world. Promoting active aging and increasing the level of social participation is one of the most important goals of the health and social policy of developed countries. Given that the number of older adults is on the rise, as well as the fact that the topic of active aging has proven to be an important research field in foreign research. The practical implications of which are very important in order to recognize specific aspects in the functioning of elderly people, we considered it necessary to know the state on the sample. of the elderly who are placed in a home for the accommodation and care of the elderly in our area.

Objective: The general objective from which we started the research was to examine the active aging and social participation of older adults who are in nursing homes, as well as to examine the importance of various potential predictors for the process of active aging and social participation of the elderly.

Methodology: The research was conducted as a prospective study in three phases. The initial phase included a conversation with the respondents, familiarization with the topic of the research, as well as the way to fill out the questionnaire. The main phase of the research involved filling out questionnaires by respondents, who signed the text of the informed consent. The final phase of the research included statistical data processing and publication of the results.

The data was collected in the period from August 2020 to September 2021. The research included people over 60 years old who are housed in nursing homes. The sample consisted of 200 persons, of both sexes, in the: Banja Luka Gerontology Center, Banja Luka Pensioners' Home, Prijedor Pensioners' Home and Kneževo Nursing home.

As an instrument for data collection, a survey questionnaire was used.

The following scales are included in the questionnaire: Jivaskila University Active Aging Scale (UJACAS), Maastricht Social Participation Profile (MSPP), Geriatric Depression Scale (GDS), Self-care scale - Katz index of independence in activities of daily living (ADL), Lubben Social Network Scale (LSNS-6), Pearlin Mastery Scale (PM), Self-perception Scale of Old Age (SLO), Nursing Home Resident Satisfaction Scale (NHRSS), Mini-mental State Exam (MMSE).

Results: The research showed that older adults in nursing home achieve a low level of active aging and social participation.

	<p>Conclusion: A higher degree of active aging is achieved by younger, more educated people, who are married and of better financial status, without chronic diseases and with a history of malignant diseases, people who are less depressed, people who have more active self-care and more frequent social contacts. A higher degree of social participation is achieved by people with better material and better cognitive status, people who have more frequent social contacts and a lower perception of the power to control their own lives.</p>
Accepted on Scientific Board on:	23.03.2021.
Defended: (Filled by the faculty service)	
Thesis Defend Board: (title, first name, last name, position, institution)	<p>President:</p> <p>Member:</p> <p>Member:</p> <p>Member:</p>
Note:	

Zahvalnost

Neizmernu zahvalnost dugujem svojim divnim mentorkama prof. dr Nini Brkić-Jovanović i prof. dr Dragani Milutinović na izdvojenom vremenu, posvećenosti, znanju koje su nesebično podelile, velikoj pomoći i razumevanju koje su mi pružile prilikom pisanja ove doktorske disertacije. Zaista je čast i zadovoljstvo bilo raditi sa njima.

Zahvaljujem se i dragoj prof. dr Dragani Simin prilikom pomoći u prikupljanju podataka, smernicama koje je davala, mom nastavniku i profesoru koji me prati dugi niz godina.

Posebnu zahvalnost dugujem mojoj porodici što su mi u svakom smislu bili oslonac i podrška na čitavom ovom putu. Zahvalila bih svom suprugu Goranu na podršci, razumevanju i što je verovao u mene i slušao svaki moj problem prilikom izrade doktorske disertacije, čak i onda kad nije najbolje razumeo o čemu govorim.

Hvala mojim prijateljima Gorani i Goranu na nesebičnoj podršci i pomoći u prikupljanju i obradi podataka i koji su predano ispratili svaku fazu u pisanju mog rada. Takođe, zahvaljujem se prijateljima i kolegama koji su mi pružili moralnu, logističku i svaku drugu podršku u toku izrade disertacije.

Zahvaljujem se korisnicima domova za stare koji su pristali da učestvuju u ovom istraživanju.

Lista skracenica:

WHO - World Health Organization

UJACAS - University of Jyvaskyla Active Ageing Scale;

MSPP - Maastricht Social Participation Profile;

GDS - The Geriatric Depression Scale;

ADL - Katz Index of Independence in Activities of Daily Living;

LSNS-6 - Lubben Social Network Scale;

PM - Pearlin Mastery skala;

SLO - Self-perception scale of old age;

NHRSS - Nursing Home Resident Satisfaction Scale;

MMSE - Mini-Mental State Exam.

SADRŽAJ

1. Uvod.....	1
1.1. Starenje i starost.....	2
1.1.1. Definicije pojma starenja i starosti	2
1.2. Teorijski pristupi starenju	4
1.2.1. Biološka teorija starenja.....	5
1.2.2. Razvojno psihološka teorija starenja	6
1.2.3. Socijalna teorija starenja.....	6
1.3. Demografski aspekti i uzroci starenja	7
1.3.1. Demografske promene izazvane starenjem	8
1.4. Stereotipi, mitovi i predrasude o starenju	12
1.4.1. Diskriminacija starih osoba	14
1.5. Dom za smeštaj i negu starih lica	15
1.5.1. Život u domu za stare osobe u vreme pandemije COVID-19.....	18
1.6. Aktivno starenje	19
1.6.1. Definisanje pojma aktivnog starenja	19
1.6.2. Savremeni pristup aktivnom starenju.....	22
1.6.3. Investicije u aktivno starenje	25
1.7. Socijalna participacija	26
1.7.1. Definisanje pojma socijalne participacije	26
1.7.2. Nivoi socijalne participacije	27
1.7.3. Socijalna participacija starih osoba.....	27
1.7.4. Aktivno starenje i socijalna participacija korisnika domova za smeštaj i negu starih lica	30
1.8. Prediktori aktivnog starenja i socijalne participacije	32
1.8.1. Sociodemografski faktori	32
1.8.2. Uticaj hroničnih i malignih bolesti ili nekog oštećenja ili invaliditeta	33
1.8.3. Funkcionalni status	34

1.8.4.	Kognitivni status.....	35
1.8.5.	Mentalno zdravlje.....	36
1.8.6.	Socijalni kontakti i socijalna podrška.....	37
1.8.7.	Lični faktori, stavovi o starenju i samopercepcija moći	38
2.	Ciljevi istraživanja.....	41
3.	Hipoteze istraživanja	42
4.	Metodologija rada.....	43
4.1.	Opis procedure istraživanja.....	43
4.2.	Opis uzorka.....	44
4.3.	Instrumenti istraživanja	48
4.3.1.	Skala aktivnog starenja - University of Jyväskylä Active Ageing Scale (UJACAS).....	48
4.3.2.	Mastriht skala socijalne participacije - Maastricht Social Participation Profile (MSPP)	50
4.3.3.	Gerijatrijska skala depresije - The Geriatric Depression Scale (GDS) ...	50
4.3.4.	Skala brige o sebi - Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)	51
4.3.5.	Lubenova skala društvenih kontakata - Lubben Social Network Scale (LSNS-6).....	52
4.3.6.	Pearlin Mastery skala (PM).....	53
4.3.7.	Skala samopercepcije ličnog starenja (SLO).....	53
4.3.8.	Skala zadovoljstva negom - Nursing Home Resident Satisfaction Scale (NHRSS).....	53
4.3.9.	Mini-mental - kratki kognitivni test - Mini-Mental State Exam (MMSE)...	54
4.4.	Statistička obrada podataka.....	54
5.	Rezultati istraživanja	56
5.1.	Deskripcija odgovora ispitanika na domenima i ukupnim skorovima upitnika	56
5.1.1.	Skala aktivnog starenja (UJACAS)	56

5.1.2.	Skala socijalne participacije (MSPP)	69
5.1.3.	Skala gerijatrijske depresije (GDS)	74
5.1.4.	Skala brige o sebi (ADL)	77
5.1.5.	Lubenova skala društvenih kontakata (LSNS-6).....	78
5.1.6.	Skala moći-Pearlin Mastery Scale (PM)	81
5.1.7.	Skala samopercepcije ličnog starenja (SLO)	82
5.1.8.	Skala zadovoljstva negom (NHRSS)	84
5.1.9.	Mini mental kratki kognitivni test (MMSE)	88
5.2.	Prikaz rezultata po hipotezama.....	89
5.2.1.	Hipoteza 1.	89
5.2.2.	Hipoteza 2.	98
5.2.3.	Hipoteza 3.	107
5.2.4.	Hipoteza 4.	109
5.2.5.	Hipoteza 5.	111
5.2.6.	Hipoteza 6.	113
5.3.	Prediktori aktivnog starenja i socijalne participacije	116
6.	Diskusija.....	119
7.	Zaključak.....	134
8.	Ograničenja studije	136
9.	Literatura.....	137
10.	Prilozi	162
10.1.	Prilog 1: Baterija korišćenih testova	162
10.2.	Prilog 2 Frekvencija odgovora na domenima Skale aktivnog starenja (UJACAS)	179
10.3.	Prilog 3. Frekvencija odgovora za domene Skale socijalne participacije (MSPP)	187
10.4.	Prilog 4. Frekvencija odgovora na dimenzijama Gerijatrijske skale depresije (GDS)	189

10.5.	Prilog 5. Frekvenca odgovora na domenima Skale brige o sebi (ADL)...	190
10.6.	Prilog 6. Frekvenca odgovora na domenima Lubenove skale društvenih kontakata (LSNS-6)	191
10.7.	Prilog 7. Frekvenca odgovora na domenima Skale moći (PM)	192
10.8.	Prilog 8. Frekvenca odgovora na ajtemima Skale samopercepcije ličnog starenja (SLO)	193
10.9.	Prilog 9. Frekvenca odgovora na domenima Skale zadovoljstva negom (NHRSS).....	195

1. UVOD

Starenje populacije predstavlja jedan od najvećih izazova sa kojim se suočava savremeni svet. Starenje populacije menja društvo u mnogim elementima njegovog funkcionisanja, što zahteva procenu potreba populacije starih osoba, brigu o njihovom mentalnom zdravlju i omogućavanje aktivnog učešća u zajednici. Promovisanje aktivnog starenja i povećanje nivoa socijalne participacije je jedan od važnijih ciljeva zdravstvene i socijalne politike razvijenih zemalja (1, 2).

S obzirom da je broj starijih osoba u trendu porasta, kao i činjenice da se tema aktivnog starenja pokazala kao značajno istraživačko polje u stranim istraživanjima, čije su praktične implikacije veoma važne u cilju prepoznavanja specifičnih aspekata u funkcionisanju starijih osoba, smatramo neophodnim saznati stanje na uzorku starih koji su smešteni u domu za smeštaj i negu starih lica na našim prostorima.

Oslanjajući se na navedene epidemiološke podatke i zaključke o kontinuiranom porastu populacije starih i potrebi da se odgovori na njihove socijalne i zdravstvene potrebe, kao i da se iskoriste njihovi kapaciteti i obezbedi stvarna uključenost u društvene tokove, dolazimo do prvog domena u kom je prepoznata potreba za ovim istraživanjem, a to je osnov za razvijanje prakse zasnovane na dokazima.

Inicijalni cilj od koga polazimo u istraživanju jeste da ispitamo aktivno starenje i socijalnu participaciju starijih osoba koje su na smeštaju u ustanovama socijalne zaštite, kao i da ispitamo značaj različitih potencijalnih prediktora za proces aktivnog starenja i socijalnu participaciju starih.

Takva saznanja bi omogućila detekciju aktuelnog stanja što bi pružilo objektivnu osnovu za kreiranje programa podrške i prevencije usmerenih prema uočenim specifičnim izazovima i potrebama, kroz dugoročno planirane aktivnosti. Time bi populaciji starijih posvetili potrebnu pažnju, a da se ona ne svodi isključivo na medicinsko zbrinjavanje, već da se bazira na preporukama aktivnog starenja u cilju poboljšanja kvaliteta života i blagostanja te populacije.

Kada govorimo o domenu naučnih teorija i njihovog razvitka, ovo istraživanje bi proverilo hipoteze i prediktorske modele aktivnog starenja koje postavljaju tri aktuelna teorijska pristupa, kao i mogućnost multiteorijskog i interdisciplinarnog pristupa procesu aktivnog starenja.

1.1. Starenje i starost

1.1.1. Definicije pojma starenja i starosti

U okviru psihologije starenja postoje pojmovi koje je ponekad teško razlikovati. Najveće poteškoće u razlikovanju čini definisanje pojmova starenja i starosti, kao i njihovih vremenskih granica. Starenje i starost se vrlo često smatraju sinonimima i njihovu razliku najčešće i ne primećujemo (3).

Starenje je kompleksan i dinamičan proces koji počinje rođenjem. Ne podrazumeva samo protok vremena i ne postoji jedan sveobuhvatan koncept fenomena starenja. Ono je univerzalno, neizbežno, ireverzibilno, dešava se svakome i ne može se zaustaviti. Starenje je složen proces koji dovodi do promena u svim sistemima organa i svim funkcijama ljudskog organizma. Kod različitih ljudi razvija se različitom brzinom (4).

Starost se definiše kao završna faza procesa starenja, koja se završava smrću (5). Drugim rečima, starost je jedno određeno životno razdoblje povezano s hronološkim dobom, dok je starenje progresivan proces smanjenja strukture i funkcije organa (3).

Određivanje starosti nije samo pitanje nečijeg hronološkog doba, već i funkcionalnih sposobnosti, kvaliteta života i učešća u društvenoj zajednici u kojoj osoba živi. Sam položaj starih osoba u društvu, njihov kvalitet života, trendovi u politici brige za stare predmet su interesovanja političkih, stručnih i naučno-istraživačkih krugova (6).

Kako starenje predstavlja kompleksan fenomen koji nije ograničen samo na aspekt proticanja vremena, za razumevanje starenja i pokušaja definisanja starosti važni su i fiziološki, socijalni i kulturološki aspekti (5).

Hronološke definicije starenja polaze od biološke prirode starosti i odnose se na različit stepen funkcionalnog opadanja. Kada se koristi ovaj kriterijum, starost se definiše godinama i počinje u 60. ili 65. godini. Osobe ovog životnog doba zakoni prepoznaju kao "starije odrasle" ili "starije građane". Sa ovog stanovišta, starenje podrazumeva promenu uloge starih osoba u društvu, pre svega uloge koja se odnosi na rad i zapošljavanje (5).

Fiziološke definicije starenja polaze od fizičkog procesa starenja i po njima je starost povezana sa hronološkom starošću, ali se ne meri direktno godinama stare osobe. Hronološka starost nije uvek u skladu sa biološkom starošću. Fiziološke definicije

starenja pre svega se odnose na gubitak funkcionalnih kapaciteta i postepeno smanjenje koštane gustine, tonusa i promena u percepciji (4, 5).

Socijalne definicije starenja, prvenstveno se odnose na stavove i načine ponašanja koji su prikladni i karakteristični za određene godine života. Ove definicije se odnose na biološke procese starenja i subjektivnu procenu pojedinca i njegove produktivnosti. Kod socijalnih definicija starenja se često radi o kulturno-istorijskom pristupu starenju (5).

Različite definicije starenja utiču ne samo na percepciju i odnos društva prema starosti, već utiču i na kreiranje javnih politika kao i sistema socijalne i zdravstvene zaštite koje se odnose na starije osobe. Starenje je individualno iskustvo. U toku celog života postoje individualne razlike, koje se najviše ispoljavaju u toku starenja. Razlike u starenju su rezultat genetskih faktora, zatim faktora sredine, uslova i stila života osobe (5).

Zbog individualnog procesa ljudskog starenja, početak starosti je teško odrediti. Ne postoji jedinstven, univerzalno priznat i primenjen prag starosti, iako se u literaturi različiti istraživači pozivaju na ovaj problem. Prema nemačkom psihologu *L. Aschoffi*, starenje počinje u 45. godini, dok po ruskoj gerontologiji počinje u 80. godini (7).

Prema definiciji Svetske zdravstvene organizacije (World Health Organization, WHO), osobe od 60 godina i starije smatraju se osobama starijeg životnog doba. Svrstavanje osobe u stariju životnu dob samo na osnovu datuma rođenja odnosno "hronološke starosti" smatra se neadekvatnim, nepotpuno tačnim, jer "hronološka", "biološka" i "socijalna" starost organizma nisu u skladu i srazmeri jedna sa drugom i ne moraju početi u isto vreme. Definisanje životnog doba prema kalendarskim godinama zavisi, pre svega, od društvenog miljea, a nikako od fizioloških promena starenja, koje mogu započeti i pre definisanih granica starosti (8, 9).

Starost je često posmatrana kao jedan stadijum života, a sve osobe koje su u tom životnom stadijumu, nazivali su "starima". Ne treba zaboraviti da se ljudi razlikuju u svakom životnom stadijumu, i to često radikalno (7, 10). Period starosti "pokriva" 30 do 40 godina životnog veka, te razlike između "mladih-starih" i "starih-starih" mogu biti veoma velike. Telesne i psihičke promene u trideset godina prema kraju života su daleko veće nego promene u istom vremenskom rasponu u nekom drugom životnom dobu. Iz tog razloga ne treba upoređivati stare osobe koje imaju 95 godina sa onima

koje imaju 65 godina, jer je to slično upoređivanju ljudi koji se međusobno razlikuju za 30 godina starosti u drugim fazama životnog veka (10).

Istraživanja pokazuju da su mnogi autori definisanjem podgrupa produžili granice starosti. Autori *Rockwood i Mitnitski* u svojoj studiji razlikuju "mlade stare" (60 do 69 godina), "srednje stare" (70 do 79 godina) i "veoma stare" (80+ godina) (11, 12). U studiji *Tsai, SY., Chi, LY., Lee, Ch. i saradnika* definisane su podgrupe na "mladi-stari" (65 do 74 godina), "srednje stari" (75-84 godina) i "najstariji-stari" (85+ godina) (11, 13). U studiji *Otero-Rodríguez i saradnika* autori definišu podgrupe "mladi stari" (65-74 godina), "stari" (74-84 godina) i "stari-stari" (85+ godina) (11, 14).

"Mladi-stari" su po nekim varijablama psihičkih i fizičkih sposobnosti sličniji sredovečnima nego "starima-starima" (10). Zbog toga poistovećivanje starenja sa hronološkim dobom nije opravdano jer postoje velike razlike među ljudima s obzirom na različite aspekte starenja. Verovatnoća nekog hroničnog oboljenja mnogo je veća kod nekog starijeg od 80 godina nego kod nekog između 65 i 80 godina (10).

Iako je, prema navedenom, nezahvalno definisati starost pomoću hronološkog doba, danas, u gerontološko-javnozdravstvenim analizama populacije starih osoba se primenjuje klasifikacija starosnih grupa predložena od strane WHO, koja starost definiše na osnovu hronološkog doba i deli je u tri grupe:

- mlađe starije osobe ili ranija starost (60 do 75 godina);
- srednje starije osobe ili srednja starost (76 do 90 godina);
- stare osobe ili duboka starost (90 godina) (1,8).

1.2. Teorijski pristupi starenju

Većina autora se slaže da je u izučavanju fenomena starosti i samog procesa starenja važan interdisciplinarni pristup, gde je značajno posmatrati starost kroz tri perspektive: biološku, psihološku i socijalnu (15, 16). Uvažavanje interdisciplinarnog pristupa u izučavanju starenja vodilo nas je definisanju teorijskog okvira ovog istraživanja unutar referentnog okvira tri veoma važne i aktuelne teorije starenja:

- Biološka teorija starenja (17);
- Razvojna teorija starenja (18);
- Socio-ekološka teorija starenja (19).

Prema pomenutim teorijama u životnom procesu se prepoznaju biološki, psihološki i socijalni aspekti starenja (7).

1.2.1. Biološka teorija starenja

Biološka teorija starenja odnosi se na usporavanje i opadanje funkcija organizma koje se dešava sa proticanjem vremena. Biološko starenje definiše se kao prirodna pojava ireverzibilnih promena, koje se sa godinama povećavaju. Praćeno je postepenim promenama u većini organa i sistema organa gde dolazi do promena u metabolizmu i fizičko-hemijskim svojstvima ćelija, što na kraju dovodi do poremećene samoregulacije i regeneracije, te strukturnih i funkcionalnih promena u tkivima i organima (7).

Starenje je složen scenario koji karakterišu promene koje se dešavaju na različitim nivoima bioloških sistema. Na biološko doba, naravno, utiče hronološka starost, ali hronološka starost sama po sebi nije reprezentativna za biološku starost. Biološka starost je određena fiziološkom rezervom i funkcionalnim statusom (4).

Biološku starost moguće je definisati kao individualnu sposobnost organizma da se adaptira na uslove okoline, najčešće izražene izdržljivošću, jačinom, fleksibilnošću, koordinacijom i radnim kapacitetom. Današnjem razumevanju fizioloških promena koje nastaju tokom starenja i njihovog uticaja na zdravlje u starosti doprinelo je nekoliko značajnih studija o starenju (7, 20). Istraživanja o biologiji starenja na prvom mestu su fokusirana na razumevanje ćelijskih i molekularnih procesa koji leže u osnovi ovih promena, kao i onih koji prate pojavu bolesti povezanih sa starenjem. U procesu starenja postoji niz regresivnih promena koje se događaju osobi na biološkom nivou. Takve promene slabe otpornost i funkcionalnost organizma čime je povećana opasnost od oboljenja i povreda (20). Druga istraživanja bavila su se prepoznavanjem biološke starosti na osnovu promena u spoljašnjem izgledu. Promene uključuju vidljive znakove poput: sede kose, naboranog lica i tela, isušene kože, lošeg držanja i dr. (7).

Biološko starenje može proticati kao uspešno starenje, tipično ili patološko. Uspešno starenje nastaje kada se proces starenja odvija bez bolesti i faktora poznatih kao prediktori starenja i starosti koje ga usporavaju. Starenje, koje se obično naziva uobičajeno ili tipično fiziološko starenje, znači proces progresivnog deficita, ravnomerno raspoređenih u vremenu, bez vidljivih patoloških promena. Patološko starenje je brzo progresivno oštećenje mnogih vitalnih funkcija organizma, što može dovesti do prerane smrti stare osobe (7).

Fiziološke promene koje se javljaju u toku starenja teku neravnomerno u različitim organima i sistemima organa, a kod pojedinaca mogu se odvijati i u različitim fazama (7).

1.2.2. Razvojno psihološka teorija starenja

Razvojno-psihološka teorija starenja odnosi se na promene u psihičkim funkcijama i prilagođavanju ličnosti na starenje, a definiše se kao mogućnost prilagođavanja pojedinca promenama u životnoj okolini. Najčešće praćene promene u psihologiji starih odnose se na pamćenje i kognitivne funkcije. Stare osobe često se žale na poteškoće u pamćenju, slabo zapamćivanje novih sadržaja, zaboravljanje podataka, gubljenje predmeta i sl. Osim toga, stare osobe postaju i emocionalno osetljivije (21).

Sa druge strane, činjenica je da stare osobe koriste stečena znanja, rešavaju probleme, umeju da planiraju aktivnosti u toku dana i donose svesne odluke. Poteškoće koje mogu nastati prema uvrženim normama su, na primer, sporiji tempo obavljanja aktivnosti, poteškoće u obavljanju složenih i komplikovanijih zadataka, problemi u sticanju novih informacija, podeljena pažnja i koncentracija. Fiziološke promene koje se dešavaju u perceptivno-motoričkoj sferi karakteristične su za ovu fazu života. Pogoršanje raspona ovih sposobnosti može da se desi i zbog nekorišćenja kognitivnih procesa u trenutku odlaska u penziju. Mnoge osobe u ovom životnom dobu na pasivan način pristupaju određenim aktivnostima, a ukoliko se neki deo tela ne koristi, vremenom njegova funkcija počinje da se pogoršava (21).

Tokom starenja ljudskog organizma postoje i pozitivne mentalne promene. Mudrost predstavlja psihičku funkciju koja se povećava u starijem životnom dobu. Stare osobe su oprezne u donošenju odluka i samim tim sposobne da izbegnu mnoge greške. Retrospektivno razmišljanje omogućava starim osobama da se prisete čak i najudaljenijih događaja iz svog života, da steknu veliko praktično iskustvo koje kasnije mogu iskoristiti i podeliti (7, 10).

1.2.3. Socijalna teorija starenja

Socijalna teorija starenja odnosi se na izmenjene socijalne uloge pojedinca u društvu. U socijalne aspekte starenja ubrajaju se promene u odnosu pojedinca koji stari i društva u kome živi. Starenje je proces napuštanja dosadašnjih društvenih uloga i preuzimanje onih za koje se smatra da su primerene određenoj životnoj dobi. Socijalna starost usko je povezana sa hronološkim dobom, iako i biološka i psihološka starost

nisu nezavisne od hronološke starosti. U društvu postoje uobičajene dobne norme ili očekivanja socijalne okoline o ponašanju osobe određenog životnog doba. Na taj način društvo stvara pritisak da se osoba ponaša u skladu sa svojim godinama (22).

Socijalna starost kulturološki je uslovljena i može varirati sa promenom ponašanja. Svaka osoba koja živi u društvu ima definisane uloge, od kojih neke nestaju u starosti, druge se menjaju ili nastavljaju, a i pojavljuju se neke potpuno nove uloge. Ponekad dolazi do zamene uloga, posebno u slučaju kada je odraslom potomstvu potrebna pomoć. To su, zapravo, one situacije u kojima se stare osobe mire sa gubitkom ili modifikacijom određenih uloga i traže novu ulogu, što u velikoj meri zavisi od sredine u kojoj funkcionišu (7).

Period starenja značajno varira u zavisnosti od životne situacije tokom koje se moraju podneti i mnogi gubici: pre ili kasnije, članovi uže i šire porodice umiru, a odrasli potomci napuštaju dom. Većina starih osoba ostala je bez svojih roditelja, deo njih je ostao bez supružnika, dok drugi ulaze u nove brakove. Deo prijatelja umire, ali nije retko da se u doba starosti stiču i nova prijateljstva (npr. odlaskom u domski smeštaj). Prema tome socijalni odnosi u starijoj dobi se odlikuju odlascima ljudi iz njihovog života, ali i dolascima u njega (7).

Sa gubitkom zdravlja dolazi do smanjenja zadovoljstva životom, smanjenja interesovanja, a pojavljuje se opasnost od osećaja usamljenosti. Odlazak u penziju često uključuje veliku promenu u načinu života, smanjenje potrebe za kontaktima, udruženo sa izolacijom i finansijskim osiromašenjem (7).

1.3. Demografski aspekti i uzroci starenja

Demografsko starenje je globalni fenomen sa lokalnim implikacijama koji privlači sve veću pažnju u javnom diskursu razvijenih zemalja poput SAD-a, Australije, Japana i većine zemalja Evropske unije, koji se ponekad opisuje kao „globalna demografska revolucija”. U razvijenim regijama sveta stanovništvo je sve starije. To je fenomen koji ima značajan uticaj na širok spektar ekonomskih, političkih i društvenih procesa (23).

Poslednjih decenija u većini zemalja broj starih osoba i njihov udeo u stanovništvu naglo se povećavao. Očekuje se da će se trend starenja ubrzati i u narednim decenijama. Smatra se da će starenje stanovništva biti najvažnija društvena promena 21. veka (24).

Ubrzan ekonomski razvoj i unapređeni uslovi života (unapređena ishrana, zdravstvena zaštita, obrazovanje i ekonomski napredak u svim sferama života) u razvijenim zemljama, uporedo sa planiranjem porodice i nižom stopom mortaliteta doprineli su dužem trajanju života stanovništva. Produžen životni vek smatra se velikim dostignućem ljudskog razvoja (25).

S obzirom da se u sve većem broju zemalja broj lica starijih od 65 godina povećava, dok broj lica u dobi od 0 do 14 godina i onih od 15 do 64 godina stagnira, postoji zabrinutost kada se govori o ekonomskim i društvenim kapacitetima društava da se nose sa tim promenama, a posebno kada su u pitanju ekonomske migracije mlađe populacije i kada starija lica/roditelji i drugi srodnici ostaju bez adekvatne podrške za nastavak kvalitetnog života (25).

Sa druge strane, stečeno iskustvo i znanje starih osoba predstavljaju pozitivan resurs i značajan izvor znanja i mudrosti za društvo, te se preporučuje ulaganje u zdravo i aktivno starenje s ciljem dobrobiti za celu zajednicu (26).

1.3.1. Demografske promene izazvane starenjem

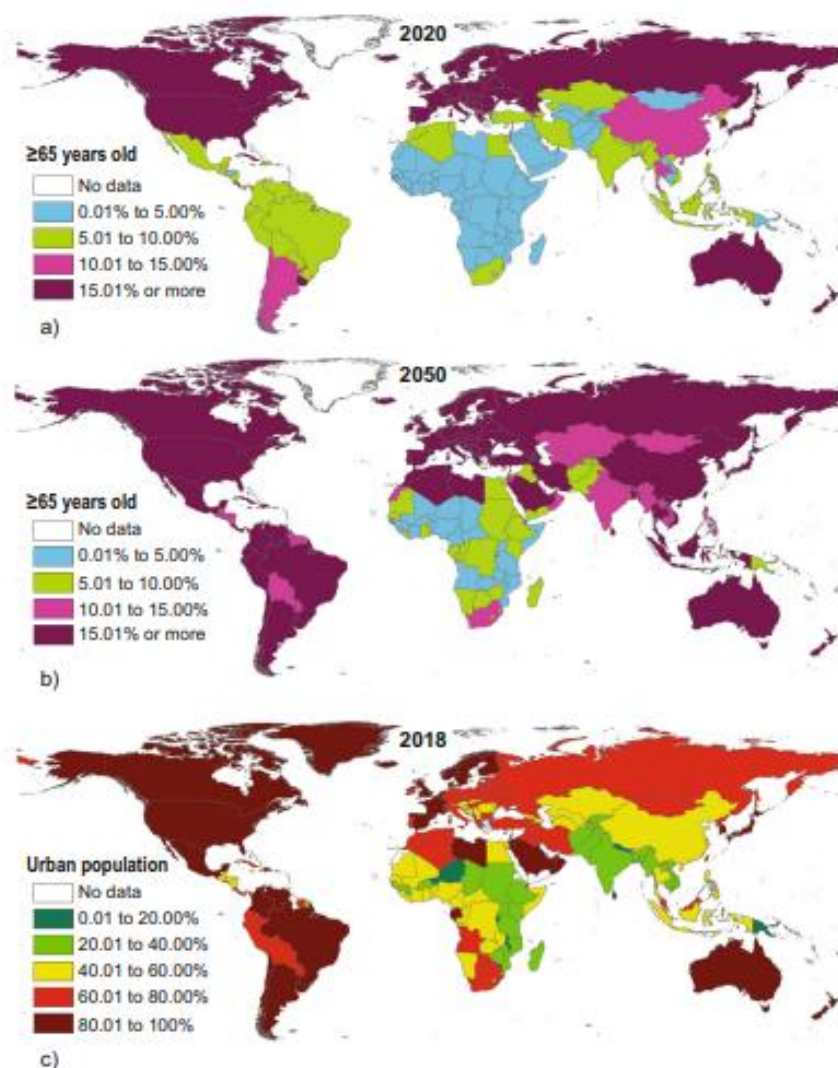
Kontinuirani pad stope fertiliteta u kombinaciji sa povećanjem očekivanog životnog veka izaziva značajno pomeranje starosne strukture globalnog stanovništva na veći postotak starih osoba. Kako se smanjuju stopa fertiliteta i povećava stopa mortaliteta u starijim godinama (koje pre svega odražava sveukupno poboljšanje zdravlja populacije i dovodi do dužeg životnog veka), starenje stanovništva i očekivani životni vek nastavljaju da rastu širom sveta (27).

U čitavom svetu, očekivani životni vek pri rođenju porastao je sa 52,9 godina u 1950. godini na 75,6 godina u 2017. godini za žene, i sa 48,1 godina na 70,5 godina za muškarce. Prema izveštaju Odeljenja za stanovništvo Ujedinjenih nacija, populacija starija od 60 godina skoro se utrostručila između 1950. i 2000. godine i povećaće se na više od dve milijarde 2050. godine, što predstavlja 22% svetske populacije (28, 29).

Na gotovo svim kontinentima sveta, osim u Africi, do 2050. godine četvrtina stanovništva će biti starija od 60 godina (30). Starenje se dešava prilično brzo u Evropi i Aziji. Udeo starih osoba u ukupnoj populaciji najveći je u evropskim zemljama, dok je apsolutni broj starih osoba najveći u azijskim zemljama. Međutim, ove procene o alarmantnom povećanju udela starih osoba temelje se na fiksnom starosnom pragu od 65 godina (24).

U Japanu je procenat starijeg stanovništva (starosti ≥ 65 godina) dostigao 25% 2013. godine. Očekuje se da će 2025. godine premašiti 30% i dostići 39,9% 2060. godine (31). Prema američkom Birou za popis stanovništva više od 54 miliona odraslih osoba starosti 65 i više godina danas živi u Sjedinjenim američkim Državama, što čini oko 16,5% stanovništva nacije. Broj starih osoba koji žive u Sjedinjenim američkim Državama raste i predviđa se da će ukupan broj odraslih starijih od 65 godina do 2050. godine porasti na 85,7 miliona, što je otprilike 20% ukupne populacije u Sjedinjenim američkim Državama (32).

Jarzebski i autori u svom radu navode da je 2020. godine 9% svetske populacije bilo starije od 65 godina, što ukupno čini 728 miliona ljudi. Predviđanja su da će se ova populacija povećati više od dva puta, dostižući 1,55 milijardi 2050. godine što će činiti 16% globalne populacije, sa srednjom stopom fertiliteta. Ljudi stariji od 80 godina činili su 143 miliona u 2019. godini i očekuje se da će dostići 426 miliona u 2050. godini i činiti skoro 60% starijeg stanovništva. Posebno brz rast se odvija u zemljama sa visokim dohotkom (Slika 1.). Međutim, postoje velike regionalne razlike u sadašnjim i budućim obrascima starenja. Očekivanja su da će Evropa postati najstarije društvo 2050. godine. Azija doživljava veliki porast starijeg stanovništva (posebno Kina), dok većina zemalja u Africi ima uglavnom mlado stanovništvo (Slika 1.) (33).



Slika 1. Udeo starijeg stanovništva (2020. i 2050.) i gradskog stanovništva (2018.)

(33)

Značajna karakteristika demografskog starenja je “feminizacija starenja”. Žene čine 54% populacije starijih od 60 godina i 63% populacije starijih od 80 godina. Broj starijih žena uveliko nadmašuje broj starijih muškaraca, kako u bogatim, tako i u manje imućnim regijama. Globalno gledano, u 2014. godini žene u proseku nadžive muškarce za 4,6 godina. U proseku žena koja danas ima 60 godina može očekivati da će doživeti 82. godinu, a muškarac 79. godinu. Na svakih 100 žena starijih od 60 godina, dolazi 84 muškaraca, a na svakih 100 žena starijih od 80 godina dolazi 61 muškarac (5, 33). U Evropi, 2002. godine, je bilo 678 muškaraca na svakih 1.000 žena starijih od 60 godina. U manje razvijenim regionima na 1.000 žena dolazilo je 879 muškaraca. U zemljama kao što su Brazil i Južna Afrika, žene čine otprilike dve trećine stanovništva starijeg od 75 godina (1).

Stanovništvo u Evropi je starije od bilo kog drugog regiona sveta. U poređenju sa drugim regionima, u 2017. godini, Evropa je imala 25% stanovništva starijeg od 60 godina. Istraživanja pokazuju da je trend porasta broja starih takav da će udeo starih osoba (≥ 65 godina) znatno porasti sa 901 miliona (12,3%) u 2015. godini na 1,4 milijarde (16,5%) u 2030. godini (56% porast) (2).

Prema projekcijama Eurostata očekuje se da će srednja starost porasti iznad 50,0 godina u šest zemalja: Poljskoj (51,5 godina), Malti (51,4 godine), Italiji (51,3 godine), Finskoj (50,8 godina), Hrvatskoj (50,5 godina) i Španiji (50,2 godine) do 2100. godine (23). Svetska zdravstvena organizacija procenjuje da će se ova starosna kategorija u prvoj polovini 21. veka učetvorostručiti i brojati 395 miliona 2050. godine (1).

Rezultati Popisa starog stanovništva u Srbiji 2011. godine potvrdili su snažan i kontinuiran proces demografskog starenja u Srbiji. Najnovija situacija pokazuje da se prosečna starost stanovništva povećala na 42,2 godine, da je udeo starijih od 65 godina porastao na 17,4%, kao i da je indeks demografskog starenja meren odnosom starijih od 65 i mlađih od 15 godina dostigao vrednost od 1,22 (34). Koeficijent starosne zavisnosti starih, iznosi 25,5. Svi ovi pokazatelji ukazuju na duboku demografsku starost stanovništva Srbije. Samo šest decenija ranije, stanovništvo Srbije je bilo jedno od najmlađih u Evropi. Udeo starijih od 65 godina je bio 5,6%, prosečna starost 29,1 godinu, a indeks starenja 0,19 (34). Brz rast starih u Srbiji je posledica dvostrukog delovanja na starost. Sa jedne strane povećava se broj starih osoba, a sa druge strane pada natalitet. Pritom, izmena starosne strukture više je naglašena u ruralnoj sredini u odnosu na urbanu (35).

Slična je situacija i u zemljama regiona. Projekcije Ujedinjenih Nacija (UN) predviđaju da će se do 2050. godine u Bosni i Hercegovini značajno uvećati kontingent starih (60 i više godina), koji će predstavljati više od trećine stanovništva (40,5%) (36). Ukupan broj stanovnika na području Republike Srpske u 2016. godini procenjuje se na 1.157.516, a demografski indikatori pokazuju kontinuiran proces demografskog starenja. Procene za 2016. godinu pokazale su da je prosečna starost stanovništva 42,44 godine (povećanje sa 41,63 u 2013. godini), dok je udeo starijih od 65 godina u ukupnoj populaciji 18,42%. Koeficijent starosne zavisnosti starih, koji ilustruje opterećenost radno sposobnog stanovništva (15 do 64 godina) kontingentom starih (65+), iznosio je 27,13 (37). Prolongirana smrtnost među najstarijom populacijom u osmoj i devetoj deceniji života, odnosno dugovečnost, dovešće do daljeg povećanja broja starih osoba (36).

Analiza podataka o strukturi lica starijih od 65 godina iz Popisa 2013. godine i procene stanovništva za 2017. godinu pokazala je da stanovništvo Republike Srpske ubrzano stari, bilo da se posmatra porast broja starijih od 65 godina ili njihov udeo u ukupnoj populaciji. Udeo osoba starijih od 65 godina u ukupnoj populaciji Republike Srpske, na osnovu rezultata Popisa stanovništva iz 2013. godine, bio je 17,12%, dok je prema procenama za 2017. godinu već povećan na 18,94%. Tokom navedenog četvorogodišnjeg perioda učešće starijih osoba od 65 i više godina poraslo je za više od jednog procenta, što ukazuje na ubrzano demografsko starenje stanovništva u Republici Srpskoj (37). Proces starenja svakako nije samo demografski proces već i društveni proces koji se može pratiti i ublažiti (23).

1.4. Stereotipi, mitovi i predrasude o starenju

Kada govorimo o starenju i starosti, nažalost, svesni smo činjenice da i mlade i stare osobe vrlo često imaju pogrešnu sliku o starenju koja je povezana sa stereotipima, mitovima, i predrasudama (5, 10).

Stereotipi su prenaplašena uverenja unutar društva povezana sa određenom grupom ljudi. Stereotipi su široko rasprostranjeni i ukorenjeni u verbalnom, pisanom i vizuelnom kontekstu. Stereotipi starenja uključuju pretpostavke i generalizacije o tome kako bi se ljudi u određenom životnom dobu trebali ponašati i šta će verovatno doživeti, bez obzira na individualne razlike ili jedinstvene okolnosti (38).

Negativna slika o starim osobama može biti iskrivljena i opasna do te mere da predstavlja put ka starosnoj diskriminaciji i često može biti uvod u nasilje nad starima. Međuljudski odnosi i socijalna politika usmerena prema starim osobama može zavisiti od uvrženih stereotipa i predrasuda (5, 10).

Negativna stereotipna slika, koja je uglavnom ili preterana ili netačna, deluje na ponašanje ne samo starih ili mlađih ljudi u interakciji sa starima, već i na ponašanje mlađih odraslih i sredovečnih ljudi. U tom smislu, starenje je negativno vrednovano, pa će mnogi odrasli pokušati, ako ništa drugo, onda barem sačuvati mladolik izgled tako što će farbati kosu, promeniti stil odevanja, napraviti određene promene u ponašanju kao na primer udvarati se mnogo mlađim osobama od sebe i sl. (10).

Da bi se zadovoljile potrebe sve veće grupe starih osoba, prilagodili servisi i usluge, radna mesta prilagodila starijima, potrebno je promeniti sliku o starim osobama. Stare osobe se vide kao problem, teret i pretnja ekonomskom razvoju društva. Ovakva slika predstavlja stereotip koji je neprihvatljiv i daje nam iskrivljenu sliku o ulozi starih osoba

u društvu. Stare osobe su aktivni članovi društva koji daju ključni doprinos porodici i društvu (39).

Osim uobičajenih verovanja, koje na stereotipan način posmatraju stare osobe, postoji i čitav niz mitova o starenju koji mogu pogodovati razvijanju novih ili učvršćivanju postojećih stereotipa (40).

Mitovi o starenju dovode do negativnih stereotipa, koji, zauzvrat dovode do dobrih predrasuda, pa i do isključivanja starih osoba iz bilo kakvih društvenih aktivnosti (10). U skladu sa tim, Svetska zdravstvena organizacija ističe dvanaest mitova (5, 41):

1. Ljudi treba da očekuju pogoršanje svog psihičkog i fizičkog zdravstvenog stanja;
2. Većina starih osoba ima slične potrebe;
3. Kreativnost i doprinos predstavljaju obeležja mlađih osoba;
4. Iskustvo starih osoba je manje relevantno u savremenom društvu;
5. Većina starih osoba voli samoću i žele da ih drugi ostave na miru;
6. Primarna briga starih osoba su bolnički kreveti i zdravstveni radnici;
7. Obezbeđivanje servisa i usluga starim osobama oduzima resurse mladim osobama;
8. Trošak za brigu o starim osobama predstavlja gubitak resursa;
9. Stare osobe se ne uklapaju u savremena radna mesta;
10. "Starog psa" ne možeš naučiti novim trikovima;
11. Od starih osoba se očekuje da se povuku u stranu;
12. Stvari će se rešiti same po sebi.

Prikazom navedenih mitova zabrinjavajuće je što mitovi u velikoj meri jednolično prikazuju proces starenja i starosnu populaciju posmatraju kao jednu kategoriju čime se zanemaruje kompleksnost i individualnost procesa starenja (40). Starenju populacije potrebno je prilagoditi politike, socijalne i zdravstvene usluge, radna mesta, ali pri tom uključiti i same stare osobe u dizajniranje usluga i donošenje odluka (39). Suočena sa ubrzanim starenjem populacije, posebno one u Evropi, Svetska zdravstvena organizacije je 2008. godine publikovala dokument "Demistifikacija mitova

o starosti", kao vodiča za starije, njihove porodice, pružaoce usluga i političare u kojem su na jasan i konkretan način date smernice za menjanje postojećih mitova (5, 40).

1.4.1. Diskriminacija starih osoba

Diskriminacija starih osoba na osnovu doba je sve češća pojava u društvu, te se stare osobe sve više isključuju iz života zajednice, čime se degradira njihov socijalni status i percepcija o tome šta i koliko mogu doprineti zajednici u kojoj žive i deluju (42). Stare osobe podsećaju na prolaznost i smrtnost, pa ljudi iz tog razloga razvijaju stereotipe kao svojevrzne mehanizme samoodbrane. Stoga se mlađe generacije mogu osećati ugroženo u strahu da neće moći i znati odgovoriti njihovim potrebama i zahtevima (40).

Rezultati Evropskog socijalnog istraživanja pokazuju da među građanima Evropske Unije 44% ispitanika smatra da je diskriminacija na osnovu godina veoma ozbiljna, a 35% ispitanika je već prijavilo diskriminaciju na osnovu godina (više nego na osnovu pola ili rase). Od ukupnog broja, 51% ispitanika je pokazalo zabrinutost da poslodavci daju prednost pri zapošljavanju dvadesetogodišnjacima. Poražavajući je i podatak da 57% ispitanika veruje da osobe starije od 70 godina ne doprinose društvu ekonomski, a 53% svih ispitanika nema prijatelje starije od 70 godina (5, 43).

U novije vreme sve se više govori o ejdžizmu kojeg karakteriše nepriznavanje ili ograničavanje prava starosnih grupa. Pojam ejdžizam potiče od engleske reči *ageism* što znači dob, starost, godine života. Pojam je prvi upotrebio *Robert Butler* 1969. godine kako bi opisao proces stereotipizacije i diskriminacije ljudi isključivo na osnovu kalendarske starosti (40).

Ejdžizam se odnosi na sistemsku stereotipizaciju i diskriminaciju ljudi koji stare i sličan je rasizmu i seksizmu jer ima za cilj isključivanje osoba iz društvenog sveta na osnovu nekog specifičnog obeležja, u ovom slučaju na osnovu godina. Na taj način se stare osobe, uprkos razlikama koje postoje među njima, svrstavaju u jednake grupe kojima je unapred dodeljena (nametnuta) društvena uloga (40).

Takođe, ejdžizam se može posmatrati u kontekstu sve veće segregacije starijeg stanovništva s obzirom da je sve manji broj porodica u kojima živi nekoliko generacija zajedno. Mlađe generacije na taj način nemaju priliku za upoznavanje sa starim osobama. Usled nedovoljnog poznavanja i prepoznavanja potreba stare populacije postoji opasnost od razvijanja stereotipa, predrasuda i diskriminacije (40).

U odnosu na ostale predrasude, istraživanje ejdžizma i predrasuda prema starim osobama ima kratku istoriju. Do sada dostupni podaci govore da te predrasude postoje, da su višestruke i da ljudi često imaju kontradiktorne stavove prema starim osobama (5).

Nažalost predrasude prema starim osobama primećene su i u radu zdravstvenih radnika. Dešava se da zdravstveni radnici prilikom pružanja usluga zdravstvene zaštite često daju prioritet osobama mlađeg životnog doba, u odnosu na osobe starijeg životnog doba (10).

Ponekad predrasude mogu biti i kulturološki uslovljene i povezane sa strahom od smrti, sa mobilnošću starijih, sa pogrešnim shvatanjem da su stare osobe teret društvu, a ne resurs koji treba iskoristiti (5).

Stereotipi o starenju su sveobuhvatni i zahvataju sve segmente društva. Da bi se eliminisali, potreban je sveobuhvatni i zajednički rad, počev od obrazovnog sistema od predškolskog uzrasta i tokom školovanja, kao i komuniciranje sa medijima da starenje nije nešto čega se treba bojati, čega se treba stideti, već je normalan deo života (5).

U borbi protiv stereotipa, predrasuda, ejdžizma, potrebno je izgraditi pozitivnu sliku o starim osobama. Društvo treba da shvati da stare osobe nisu teret, već resurs, da stare osobe imaju mudrost i iskustvo, da ih treba poštovati, a ne sažaljevati. Sa godinama prava starih osoba ostaju ista i ne menjaju se (5).

1.5. Dom za smeštaj i negu starih lica

Starenje često predstavlja razdoblje kada osobe pred kraj svog života ostanu same. Prilagođavanje starih osoba na samački život, posebno onih koji ostaju bez bračnog partnera može biti vrlo teško. Biti sam postaje najveći problem onda kad se javi potreba za negom. Zbog bliske veze između funkcionalne nesposobnosti i uznapredovale starosti demografski pomak prema starenju stanovništva uzrokuje porast broja starih osoba kojima je potreban neki vid nege ili potpore (44).

Veliki broj starih osoba je bolestan ili ima određene probleme sa zdravljem. Stare osobe koje su same, teže podnose i rešavaju svoje zdravstvene probleme. Često stare osobe nisu u mogućnosti da same odu kod lekara, uzimaju lekove na vreme, vode brigu o ličnoj higijeni i higijeni prostora gde žive i samostalno sprovode druge aktivnosti svakodnevnog života. Nažalost, nemaju sve stare osobe pomoć neke druge osobe koju mogu pozvati u slučaju potrebe. Iz tog i drugih razloga kao što su uznapredovala

starost, bolest, nemoć, invalidnost ili druge nepovoljne životne okolnosti kada stare osobe nisu u mogućnosti da samostalno brinu o svojim osnovnim životnim potrebama, a ne postoji mogućnost da im se obezbedi adekvatna pomoć u njihovom domu, postoje domovi za smeštaj i negu starih i nemoćnih osoba. Ponekad je smeštaj u dom jedini način da se pruži adekvatna nega i zaštita starim osobama (44).

Dom za smeštaj i negu starih lica je ustanova u kojoj se zbrinjavaju stare osobe koje više nisu u mogućnosti da brinu o osnovnim svakodnevnim životnim potrebama, a nemaju dovoljnu ili nemaju adekvatnu pomoć porodice i svojih bližnjih. Sa procesom starenja i pratećim bolestima koje se javljaju u ovom periodu života, mnoge stare osobe i njihove porodice na kraju se odlučuju za smeštaj u domu za stare, kako bi obezbedili neophodnu negu staroj osobi u ovoj fazi života (45).

Smeštaj u dom za stare se sprovodi i kada su isprobane i druge opcije negovanja u kućnim uslovima, ali one ne zadovoljavaju potrebe za negom stare osobe ili ne zadovoljavaju potrebe lica koje vodi računa o staroj osobi. Smeštaj u dom za stare zahtevaju i one situacije kada u kućnim uslovima lice koje neguje staru osobu nije u mogućnosti da pruži adekvatnu negu i pomoć, jer je i sama osoba koja neguje vrlo često starija, narušenog zdravlja, sa različitim komorbiditetima i nije u mogućnosti da se u dovoljnoj meri pobrine za drugu stariju osobu. Zatim, ako osoba koja brine o staroj osobi pokazuje znakove izgaranja ili se njeno psihofizičko zdravlje pogoršava. Takođe, postoje i situacije kada stare osobe sa demencijom počinju da ispoljavaju bes, ljutnju ili paranoju i počinju da lutaju i odlaze od kuće, pa je o takvim osobama izuzetno teško brinuti (46).

Domovi za stare osobe pružaju negu i zdravstvenu zaštitu starim i nemoćnim osobama izvan porodičnog okruženja, a u sklopu stalnog smeštaja pružaju i potpunu negu i zdravstvenu zaštitu, koja obuhvata stanovanje, ishranu, održavanje lične higijene, brigu o zdravlju, negu, radne aktivnosti i korišćenje slobodnog vremena (44).

Dom za stare osobe predstavlja bezbedno mesto koje savremenim pristupom omogućava starim osobama sa smanjenim fizičkim i ostalim mogućnostima dostojanstveno i ugodno starenje (47, 48). Dom za stare je ustanova za stara lica kojima je potrebna nega, i primarni cilj domova za stare treba da bude održavanje interesovanja za život, a ne samo održavanje života. Život u domu treba da zadovolji fizičke, emocionalne i socijalne potrebe svojih korisnika (47).

Potražnja za smeštajem u dom je uvek aktuelna, iako postoje mnoge žalbe na smeštaj i negu starih osoba u ustanovama ovakvog tipa. Poslednjih godina raste broj novootvorenih domova i njihovih korisnika i postoji trend porasta popularnosti smeštaja u domovima za stare, ali još uvek se donošenje odluke za smeštaj stare osobe u dom odlaže do zadnjeg momenta. Najveći otpor prema smeštanju u dom proističe iz nedovoljne informisanosti o uslugama koje pružaju domovi i predrasuda koje su duboko ukorenjene (47).

Preseljenje u dom za stare je jedinstveno iskustvo za svakog pojedinca i predstavlja prekretnicu i kritičan trenutak u njihovom životu, jer dovodi do promene društvenog statusa, promene društvenih kontakata i smanjenja uobičajenih aktivnosti. Može biti prisutan otpor i od strane same stare osobe, koja ne želi napustiti vlastiti dom, porodicu i poznato okruženje (49).

Uprkos svim prethodnim pripremama, smeštaj starih osoba u dom, može biti težak kako i za samu staru osobu, tako i za porodicu. Kod članova porodice koji smeštaju staru osobu u dom često može biti prisutan i određeni nivo griže savesti. Osećaj griže savesti potiče od njihovog dvoumljenja da li smeštanje u dom ujedno znači i odbacivanje. Takođe, može se javiti osećaj da nisu sposobni preuzeti brigu i odgovornost prema staroj osobi (47).

Odlazak u dom za stare može biti važno životno iskustvo, jer se stare osobe plaše da će izgubiti svoju nezavisnost i identitet nakon što su se uselili u dom (45, 49). Domovi za stare imaju tendenciju da korisnicima uskrate mnoge individualne izbore koje su imali u svojim životima pre smeštaja u dom. Postoji nedostatak ličnog prostora i povećanje vremena koje se provodi na javnim mestima. Rezultat toga može biti osećaj gubitka kontrole nad sobom i svojim životom (47).

Pored osećanja da su napušteni i uverenja da su teret za porodicu, jedno od najprisutnijih osećanja u životima institucionalizovanih starih osoba je osećaj „isključenosti“. Kada su stare osobe institucionalizovane, suočavaju se i sa poteškoćama gubitaka, kao što su gubitak socijalnog učešća i uloga koje su prethodno imali, zatim, suočavanje sa zdravstvenim i ekonomskim problemima, izolacijom, odbacivanjem, društvenom marginalizacijom i sl. (45, 49).

Prema podacima Ministarstva zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske na području Republike Srpske u 2018. godini je delovalo sedam ustanova za smeštaj korisnika, čiji je osnivač Vlada Republike Srpske, od toga su tri ustanove socijalne zaštite za smeštaj

starijih lica (JU Dom za starija lica u Prijedoru, JU Dom za starija lica u Istočnom Sarajevu i JU Gerontološki centar Banja Luka) (37).

Takođe, u Republici Srpskoj deluje i 26 ustanova za smeštaj starih osoba, čiji su osnivači druga pravna i fizička lica, a upisani su u Registar ustanova socijalne zaštite koje vodi Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske. Ukupan smeštajni kapacitet privatnih ustanova je 1.195, a u njima je zaključno sa 31. decembrom 2018. godine bilo smešteno 990 korisnika (37).

Takođe, kao podatak Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske navodi da su najčešći razlozi smeštanja starih osoba u domove problemi iz domena mentalnog zdravlja (oko 20% korisnika), zatim teže hronične bolesti (oko 19,6%), fizički invaliditet (16,9%), nesređene stambene prilike (oko 7%) i narušeni odnosi u porodici (0,7%). Za oko 33,2% korisnika kao razlog smeštaja je navedena samo starost (37).

Većina korisnika domova za smeštaj starih osoba su žene (oko 60%), dok je oko 85% korisnika domova za smeštaj starih osoba u dobi od 65 godina i više. U odnosu na 2011. godinu, u 2018. godini je bilo za oko 70% više korisnika smeštaja u ovim domovima. Domovi za smeštaj (javne ustanove) starih osoba imaju trenutnu popunjenost 100% raspoloživih kapaciteta (37).

1.5.1. Život u domu za stare osobe u vreme pandemije COVID-19

Koronavirusna bolest 2019, prepoznatljiva pod skraćenicom COVID-19, je akutna zarazna bolest uzrokovana novim korona virusom SARS-CoV-2. Bolest se od 2019. godine proširila na ceo svet. Zbog brzog širenja ove bolesti Svetska zdravstvena organizacija u martu 2020. godine proglasila je pandemiju bolesti COVID-19 (50).

Tokom pandemije COVID-19, 2020. godine, kada je i rađeno ovo istraživanje kao zaštitna mera, uvedeno je ograničenje kretanja i socijalnih kontakata sa odraslim osobama starijim od 65 godina, dok su oni koji su boravili u domovima za stare većinu vremena provodili u potpunoj izolaciji (51).

Preventivne mere, uključujući nametnute mere zatvaranja, socijalno distanciranje, samoizolaciju i karantin kako bi se usporilo širenje COVID-19 doprinele su socijalnoj izolaciji, nižoj socijalnoj participaciji i usamljenosti kod starih osoba (52, 53). U to vreme smanjene su sve zajedničke aktivnosti korisnika domova. Tokom dana vreme su provodili u svojim sobama i samo osoblje je smelo da ih poseti (53).

Proglašenje epidemije COVID-19 dovelo je do pojave psiholoških stresora vezanih za duže trajanje karantina, straha od infekcije, anksioznosti, osećaja bespomoćnosti, frustracija, dosade, nedovoljnih zaliha, neadekvatnih informacija, finansijskog gubitka i stigme, što je dodatno povećalo socijalnu izolaciju i osećaj usamljenosti (53).

Socijalna izolacija je jedan od faktora koji povećava usamljenost kod nekih ljudi. Subjektivno osećanje usamljenosti i izolovanosti postalo je samo složenije u situaciji pandemije, a povezano je sa nizom problema u mentalnom i fizičkom zdravlju starih osoba, od kojih su najčešći viša stopa depresije i veća smrtnost (51). Stoga je prioritet službi za mentalno zdravlje spremnost da se kompetentno pozabave rastućim problemom usamljenosti tokom pandemije i njenim posledicama (54, 55).

Depresivni poremećaji u starosti mogu se sprečiti, mada često ostaju neprimećeni kod korisnika domova za stare, te se stoga i ne leče. To posebno može kulminirati u pandemijskoj situaciji i može rezultirati nižim kvalitetom života korisnika, lošijim fizičkim funkcionisanjem, preranom smrću i većim stopama hospitalizacije. S obzirom da je depresija široko rasprostranjena u starijoj odrasloj populaciji, posebno kod onih koji žive u domovima za stare, bilo je potrebno posvetiti posebnu pažnju zaštiti mentalnog zdravlja za vreme trajanja pandemije COVID-19 (56–58).

1.6. Aktivno starenje

1.6.1. Definisane pojma aktivnog starenja

Kao posledica povećanja očekivanog životnog veka, poboljšanje kvaliteta života i blagostanja starijeg stanovništva postalo je važan cilj. Imajući ovo u vidu, Svetska zdravstvena organizacija je predložila termin aktivnog starenja, definišući ga kao „proces optimizacije mogućnosti za zdravlje, učestvovanje i bezbednost u cilju poboljšanja kvaliteta života kako ljudi stare” (1, 59).

Uvažavajući ove aspekte starenja Svetska zdravstvena organizacija je krajem devedesetih godina usvojila izraz „aktivno starenje” zbog njegove pozitivne konotacije, smatrajući ga kompleksnijim od termina „zdravog starenja“ (1).

Aktivno starenje znači kontinuirano učestvovanje u društvu, uz održavanje socijalnog, mentalnog i fizičkog zdravlja kojim se učestvovanje i ostvaruje (60, 61). Kao ključni cilj izrade i sprovođenja politika aktivnog starenja na svim nivoima, Svetska zdravstvena organizacija postavlja očuvanje autonomije i nezavisnosti starih osoba (1).

Autonomija je definisana kao „percipirana sposobnost kontrole, suočavanje i donošenje odluka o tome kako čovek svakodnevno živi, u skladu sa vlastitim pravilima i preferencijama“ (1).

Nezavisnost podrazumeva sposobnost obavljanja funkcija vezanih za svakodnevni život, tj. sposobnost samostalnog življenja u zajednici bez i/ili uz malo pomoći drugih osoba (1).

Prema definiciji se navodi da je aktivno starenje proces punog iskorišćavanja mogućnosti za zdravlje, participaciju i sigurnost kako bi se unapredio kvalitet života u procesu starenja ljudi (62).

Uslovno rečeno, definicija aktivnog starenja počiva na tri domena:

Prvi domen predstavlja zdravlje. Održavanje dobrog zdravlja je najvažnija tačka u kontekstu aktivnog života starih osoba. Aktivan život nije moguć za pojedinca koji je izgubio zdravlje i postao potpuno zavisan od drugih (1). Veza između zdravlja i kvaliteta života u kasnijim godinama je dobro dokumentovana, pa su i politike koje se fokusiraju na aktivnosti i ambijent koji unapređuju zdravlje značajne za produžetak životnog veka i kvaliteta života (5).

Drugi domen predstavlja socijalna participacija. Odnosi se na niz višestrukih aktivnosti u socijalnoj sferi (društvenih, ekonomskih, kulturnih, duhovnih, itd.) za stare osobe. Na taj način stare osobe nastavljaju da doprinose društvu kroz plaćene i neplaćene aktivnosti čime se povećava aktivnost i produktivnost starih osoba. Zato su aktivnosti i projekti koji podstiču na povećanje plaćenog i neplaćenog doprinosa društvu nešto što treba podsticati od strane države (1, 5).

Treći domen je sigurnost. U okviru domena sigurnosti sadržani su i ekonomski faktori. Ekonomski faktori koji utiču na proces aktivnog starenja su; prihodi, radni vek i socijalna sigurnost starih osoba. Ovaj domen se odnosi na politike i aktivnosti koje treba da obezbede dostojanstvo i potrebnu negu onim starim osobama koje nisu u mogućnosti da to same obezbede (1, 5).

Aktivno starenje predstavlja proces kojim se na najbolji način iskorišćavaju šanse za fizičko, socijalno i mentalno blagostanje u čitavom životnom toku, s ciljem produžavanja življenja u zdravlju i produktivnosti, i kvalitetnog života u starosti (1). Aktivno starenje omogućava pojedincu da kontinuirano učestvuje u društvenim, kulturnim, duhovnim, građanskim i ekonomskim aktivnostima, shodno njegovim

potrebama i mogućnostima, a da mu je pritom pružena odgovarajuća podrška i nega (65).

Aktivno starenje znači da osobe stare u dobrom zdravlju i kao punopravni članovi društva, da se osećaju ispunjenije u poslovima koje obavljaju i u društvenim angažmanima, da su nezavisniji u svakodnevnom životu i više angažovani kao građani (5).

Iako konceptu aktivnog starenja nedostaje precizna, univerzalno usaglašena definicija, ovaj termin se široko koristi u mnogim zemljama. U svakoj od definicija aktivnog starenja naglašava se povezanost između aktivnosti, zdravlja, nezavisnosti i kvalitetnog procesa starenja. *Walker* definiše aktivno starenje kao višedimenzionalan koncept kojim se objedinjuje aktivnost, zdravlje, nezavisnost i produktivnost te učestvovanje i osnaživanje starih osoba kao jedne od pretpostavki opšte društvene dobrobiti (63).

Kako bi podigle svest o položaju starih osoba koje i dalje igraju aktivnu ulogu u društvu, Evropske zemlje su 2012. godinu odredile kao Evropsku godinu aktivnog starenja (62, 64). Mnogi autori smatraju da je strategija aktivnog starenja zapravo ključni odgovor razvijenih zemalja na izazove starenja stanovništva (60, 63, 65, 66).

Glavna ideja koncepta aktivnog starenja jeste da pojedinac može da bude aktivan učesnik u životu svoje porodice, kao i u društvu, uprkos postojećim kognitivnim, fizičkim ili drugim poteškoćama koje često prate starije životno doba (67–69). Sama reč „aktivno” ima svoje društvene, kulturne, ekonomske, građanske, duhovne aspekte i ne znači samo fizičku aktivnost, već naprotiv predviđa i socijalnu participaciju starijih osoba koji uprkos starosti mogu pružiti doprinos svojoj porodici, lokalnoj zajednici ili više od toga (6).

Angažovanje u slobodno vreme u fizičkim, kulturnim i društvenim aktivnostima, kao sredstvom za merenje aspekta participacije u aktivnom starenju predstavlja, zajedno sa zdravljem i funkcionisanjem, porodičnim i društvenim konekcijama i ekonomskim resursima, jedan od najvažnijih faktora koji kao ključni za kvalitet života definišu same stare osobe (70).

Podrška aktivnom starenju na nivou društvene zajednice se obezbeđuje podrškom u oblastima: zdravstvene i socijalne zaštite, zakonodavstva, penzionog sistema, specijalne edukacije i rehabilitacije i drugim značajnim oblastima, kao i razvijanjem

institucionalnog i vaninstitucionalnog vida zbrinjavanja starih. Svest o aktivnom životnom stilu života starih osoba, bilo bi dobro da imaju i članovi njihovih porodica, rodbina i drugi koji o njima brinu, najviše zbog toga da bi ih na te aktivnosti podsticali (2).

Krajnja ideja koncepta aktivnog starenja zasniva se na činjenici da sami pojedinci, kao aktivni subjekti, treba da vlastitom odgovornošću i brigom o sebi utiču na uslove starenja (67).

Pod paradigmom aktivnog starenja predložen je širok spektar aktivnosti i programa čiji je cilj da se što duže sačuva samostalnost i nezavisnost starih osoba. Ovi programi se fokusiraju na promociju dobrobiti starih osoba i na istraživanju faktora koji su povezani sa aktivnim starenjem (70). Sve veći udeo starih osobau populaciji danas predstavlja globalno pitanje, a promocija društva aktivnog starenja je od vitalnog značaja kako za napredne, tako i za zemlje u razvoju (71).

Treba napomenuti da se paralelno sa idejom da aktivno starenje postane vodeći okvir socijalne politike, razvijao i sve veći broj kritičkih pristupa. Politika aktivnog starenja kritikovana je zbog toga što u njoj dominira uska ekonomska ili produktivna perspektiva koja daje prednost produženju radnog veka i stoga zanemaruje one koji nisu uključeni u plaćeno zapošljavanje (72). Zbog toga se smatra da pri definisanju politika za aktivno starenje treba uzeti u obzir lične percepcije starih osoba o starenju (73).

Kritički pristupi su dalje tvrdili da planiranje politike aktivnog starenja ne bi trebalo da ignoriše kulturne razlike i da bi trebalo da poštuje i nacionalnu i kulturnu raznolikost. Među različitim kulturama, stare osobe imaju vrlo različita gledišta i razumevanja aktivnog starenja, uključujući ne samo razlike u finansijskoj sigurnosti i dobrom zdravlju, već i u aspektima kao što su porodica, prilagođavanje promenama u vezi sa godinama i pozitivan pogled prema starenju. Konačno, naglašeno je da je problem sa prihvatanjem univerzalne definicije aktivnog starenja taj što je to relativan koncept, smešten unutar kulturološkog konteksta, u skladu sa svojim normama i vrednostima i stoga varira u različitim socijalno kulturološkim sredinama (63, 73).

1.6.2. Savremeni pristup aktivnom starenju

Potreba za osmišljavanjem novih politika i programa koje su usmerene prema osobama starijeg životnog doba ne proističe samo iz demografskih trendova, nego i iz promena u sociodemografskim obeležjima starijeg stanovništva. S obzirom da se

menjaju potrebe i interesi starih osoba postoji i potreba za promenom odnosa prema njima (74, 75).

Prema istraživanju koje su sproveli, *Spajić-Vrkaš i saradnici* navodi se da su u pitanju nove generacije starih osoba koje su informisane, obrazovane, stambeno situirane i finansijski relativno nezavisne (75). Drugim rečima, dolaze nove generacije starih osoba koje će biti boljeg opšteg zdravstvenog stanja, višeg stepena obrazovanja, drugačijih životnih navika, većih funkcionalnih sposobnosti, pa se pretpostavlja kako postojeći oblici zaštite starih osoba neće moći zadovoljiti njihove potrebe (74, 76).

U skladu sa tim, organizovanu zaštitu za stare osobe potrebno je prilagoditi sociodemografskim razlikama između nekadašnjih i budućih generacija starih osoba (77). Iako je socijalna zaštita i dalje temelj zaštite starih osoba, neophodno je promeniti pristup društva prema njihovoj zaštiti. Tačnije, potrebno je prilagoditi i osmisliti strategije koje bi starim osobama omogućile zdrav život, učestvovanje u društvu, a samim tim i očuvanje kvaliteta života (74, 75).

Kao polazni okvir socijalne politike prema starim osobama, široko je prihvaćen koncept aktivnog starenja (69). Koncept aktivnog starenja se fokusira na podsticanje kontinuiranog učestvovanja starih osoba u društvu. U sklopu toga prednost se daje njihovim kompetencijama i znanju, umesto da se naglašava njihov deficit tj. ono što više ne mogu da urade (77).

Strategije aktivnog starenja odnose se na promenu stavova i razvijanje pozitivnijeg pristupa suočavanju sa izazovima starenja. Izazov za strategije aktivnog starenja je da se obezbedi okruženje bogato mogućnostima u kojem starost nije sinonim za zavisnost od drugih. Takva paradigma zdravog i aktivnog starenja maksimalno iskorišćava potencijale starih osoba i čini ih manje zavisnima od porodice i države (5).

Preduslov za aktivno starenje je prepoznavanje varijacija koje postoje među starim osobama i koje svakako treba uzeti u obzir. Stare osobe iz različitih podgrupa (npr. različitog životnog doba, etničke pripadnosti, sredine, životnih okolnosti i sl.) verovatno će imati i različite potrebe, prioritete i percepciju onoga što život čini aktivnim (77).

Koncept aktivnog starenja može se posmatrati kroz dve dimenzije (63). Sa jedne strane, koncept aktivnog starenja promoviše ideju o produženju radnog staža pojedinca, odnosno produženju odlaska u penziju te se usredsređuje isključivo na povećanje tržišta rada. Sa druge strane koncept aktivnog starenja podrazumeva

uključivanje i kontinuirano učestvovanje starije populacije u različitim domenima života kojima se osiguravaju uslovi za vođenje zdravog i samostalnog života (61, 74, 77)

Razvoj koncepta aktivnog starenja je započeo time da se aktivnim starenjem postiže što kasniji odlazak u penziju, te što duže ostajanje na tržištu rada čime bi se osigurala nezavisnost i autonomija. Aktivno starenje treba da doprinosi kvalitetu života stare osobe, njegove porodice, lokalne zajednice i celokupnog društva i ne treba se oslanjati na plaćeni rad kao na jedinu svrhu u zajednici (63, 74). Pristup aktivnom starenju, koji podrazumeva produženje perioda čovekovog plaćenog rada, ne sugerise da je pogrešan, već da nije sveobuhvatan. Među važne segmente aktivnog starenja, uključuju se ne samo spomenute proizvodne aktivnosti, nego i aktivna razonoda, hobiji, sport, putovanja, kreativne aktivnosti, socijalni kontakti i obrazovanje (74, 77).

Savremeni pristup aktivnom starenju naglasak stavlja na učestvovanje i uključivanje starih osoba u sve sfere društva, uključujući i obrazovanje (63). Aktivno starenje bi trebalo biti preventivni koncept što podrazumeva uključivanje svih dobnih grupa u proces aktivnog starenja tokom čitavog života. Treba da obuhvati sve stare osobe, čak i one koje su funkcionalno slabije i zavisne od pomoći drugih. Fokus ne sme biti samo na mlađim starijim osobama, jer se na taj način marginalizuju oni stariji. To znači da je glavna vizija učestvovati i doprinositi društvu bez obzira na životnu dob ili druge individualne karakteristike (63, 74).

Strategija savremenog pristupa aktivnom starenju treba biti participativna i osnažujuća, mora poštovati nacionalnu i kulturnu raznolikost te treba sadržavati prava i obaveze. Delotvorna strategija promovisanja aktivnog starenja zasniva se na partnerstvu između građana i društva, tj. zahteva međusobno povezivanje individualne i društvene strategije (65).

Savremeni pristup aktivnom starenju svakako podrazumeva širi spektar aktivnosti. Nakon penzionisanja ili pred penzionisanje, stare osobe bi pomoću strategije aktivnog starenja mogle dati svoj doprinos na različite načine, odnosno imale bi slobodu izbora između različitih vrsta aktivnosti, poput plaćenog rada, dobrovoljnog rada, učestvovanja u zajednici, slobodnog vremena, celoživotnog obrazovanja i sl. (63, 74). Koncept aktivnog starenja pruža potporu u celoživotnom obrazovanju i kontinuiranom usavršavanju koji su posebno važni jer pomažu u razvoju veština i konkurentnosti radnika, ali i olakšavaju prilagođavanje na novonastale promene u svakodnevnim aktivnostima (63, 74).

Koncept aktivnog starenja posmatran na ovaj način u skladu je sa rezultatima istraživanja koje je sproveda *Bowling* u kojem su ispitanici starijeg životnog doba definisali aktivno starenje kao „održavanje telesnog i zdravstvenog funkcionisanja, iskorišćavanje slobodnog vremena i učestvovanje u društvenim aktivnostima, razvoj mentalnih sposobnosti te održavanje socijalnih odnosa i kontakata“ (60, 74).

Aktivno starenje doprinosi smanjenju rizika od bolesti i invalidnosti povezane s bolešću, održavanju mentalne i fizičke funkcije pojedinca te kontinuiranom aktivnom uključivanju pojedinca u njegov sopstveni život (78). Takođe, aktivnim starenjem podstiče se stvaranje pozitivne slike starih osoba prema njima samima. Omogućava da stare osobe imaju pozitivan pogled prema svom telu, sposobnostima te mogućnostima ispunjavanja slobodnog vremena različitim aktivnostima (79).

Koncept aktivnog starenja zapravo počiva na perspektivi čitavog ljudskog veka. Detinjstvo, adolescencija i odraslo doba imaju presudan uticaj na kvalitet života u starijem životnom dobu. Način na koji starimo nije unapred zadat i na njega se može uticati. Aktivnosti koje podstiču aktivno starenje su se pokazale efikasnim u pogledu kvaliteta života u starosti, mada sa godinama života njihova efikasnost opada (5).

1.6.3. Investicije u aktivno starenje

Investicije u aktivno starenje mogu biti rane i kasne. Iako se pre svega misli na investicije na nivou pojedinca, potrebno je da postoje investicije i na nivou društva (politike ili institucije koje podstiču aktivno starenje kao i adekvatna socijalna i zdravstvena zaštita) (5).

Rane investicije (detinjstvo, adolescencija, mlađe odraslo doba), pogotovo one tokom školovanja, imaju temeljan i dugotrajan efekat. Rane investicije u aktivno starenje imaju veće efekte, jer dovode do produženja životnog veka, odlažu funkcionalni pad prema kasnijim fazama života, omogućavaju veće učešće u sferi socijalne participacije (5).

Najvažnija rana investicija jeste investicija u obrazovanje. Obrazovni status se reflektuje na sva tri domena aktivnog starenja: zdravlje, socijalnu participaciju i sigurnost. Socio-ekonomski status je u relaciji sa obrazovnim statusom i ima snažan uticaj na zdravlje. Obrazovni status bitno utiče na procenat socijalne participacije starih osoba kroz rad ili volontiranje. Obrazovanje utiče i na prihode tokom čitavog života čime se obezbeđuje domen sigurnosti (5).

Svetska zdravstvena organizacija prilikom definisanja okvira delovanja za aktivno starenje pomoću tri domena upozorava na važnost obrazovanja unutar koncepta aktivnog starenja (1). Obrazovanje ne samo da je važno za izbor zanimanja, a samim tim i za socioekonomski status, već školovanje i celoživotno obrazovanje utiču na zdravlje i pozitivno usmeravanje u životu (74).

Kasne investicije (srednje i kasno odraslo doba) su manje efikasne od ranih investicija, ali svakako imaju pozitivan uticaj na kvalitet života u starosti. Primeri kasnih investicija u aktivno starenje su fizička aktivnost i prilagođena ishrana, kao i izbegavanje štetnih uticaja duvanskih proizvoda i alkohola. Fizička aktivnost ima pozitivan uticaj i na kognitivne procese, kao i na osećaj zadovoljstva sopstvenim životom (5).

Jednu od najvažnijih kasnih investicija predstavlja socijalna participacija i veoma je značajna u borbi protiv usamljenosti. Takođe važne systemske kasne investicije predstavljaju pristup tržištu rada i fleksibilne godine penzionisanja, fleksibilno radno okruženje kao i mogućnosti za volontiranje (5).

1.7. Socijalna participacija

1.7.1. Definisane pojma socijalne participacije

Socijalna participacija je složen koncept za koji još uvek ne postoji jasna i jedinstvena definicija (70, 80, 81). Smatra se jednim od glavnih ciljeva rehabilitacije, kao i osnovnim indikatorom zdravlja, blagostanja i pozitivnog društvenog ponašanja (81–83).

U literaturi se može naći veliki broj termina i konstrukata koji se često koriste kao sinonimi i za koje ne postoji jasno razgraničenje u definicijama i čiji se delovi definicija često preklapaju: socijalna participacija, socijalno učešće, socijalna mreža, socijalni kapital, socijalna podrška, uključenost u zajednicu (70, 84–86).

Nepostojanje saglasnosti među istraživačima oko definicije socijalne participacije dovodi do poteškoća u komunikaciji između stručnjaka, nemogućnosti poređenja rezultata istraživanja, poteškoća u razvijanju novih instrumenata za merenje socijalne participacije, primene neprikladnih ili nepotpunih intervencija (70, 84–86).

Socijalna participacija se može podeliti na formalnu i neformalnu. Formalna socijalna participacija se odnosi na aktivnosti u kojima osoba može doprineti zajednici ili individui kroz njenu uključenost u političke ili volonterske organizacije. Neformalna socijalna participacija se takođe odnosi na učešće pojedinca u zajednici ali stavljajući akcenat na lični razvoj i blagostanje (87).

1.7.2. Nivoi socijalne participacije

Kada su u pitanju nivoi socijalne participacije, *Levasseur i saradnici* naglašavaju da se učešće u aktivnostima može posmatrati od relativno pasivnog do veoma aktivnog. Shodno tome predlažu taksonomiju aktivnosti na osnovu stepena uključenosti pojedinca u kontaktu sa drugima i ciljevima samih aktivnosti (70, 81, 86).

Prvi nivo uključuje sve aktivnosti koje osoba radi u cilju povezivanja sa drugima. Aktivnosti na ovom nivou osoba uglavnom sprovodi sama i u svom domu. Obuhvata aktivnosti koje su bazične, najjednostavnije, kao što su jelo, oblačenje, ali i nešto kompleksnije aktivnosti, kao što je spremanje obroka. Aktivnosti poput slušanja radija i gledanja televizijskog programa takođe su uključene u ovaj nivo (70).

Drugi nivo uključuje aktivnosti kao što su šetnja u parku ili vožnja gradskim prevozom. Većina aktivnosti na ovom nivou se odvija u zajednici, ali osoba nije u direktnom kontaktu sa drugima iako su druge osobe oko nje (70).

Treći nivo podrazumeva da je osoba u socijalnom kontaktu sa drugima, lično ili putem interneta, ali ovo predstavlja nespecifične aktivnosti komunikacije sa drugima. Jedan od primera ovog tipa je komunikacija sa prodavačicom prilikom kupovine (70).

Četvrti nivo uključuje saradnju pojedinca sa drugima pri čemu oni imaju neki zajednički cilj. To mogu biti različite rekreativne aktivnosti ili grupni hobi (70).

Peti nivo obuhvata aktivnosti u kojima pojedinac pomaže drugima kao što su volontiranje ili pružanje nege (70).

Šesti nivo podrazumeva doprinos pojedinca društvu u celini, što se ogleda kroz uključivanje u različite organizacije i političke partije (70, 81).

1.7.3. Socijalna participacija starih osoba

Među nizom strategija izvedenih iz teorijskog okvira aktivnog starenja, socijalna participacija može se smatrati jednim od temelja za održavanje kvaliteta života starih osoba i održavanje njihovog psihološkog blagostanja i zadovoljstva životom (88).

Socijalna participacija starih osoba predstavlja jednu od centralnih tema u istraživanjima o starenju i često se smatra ključnom determinantom uspešnog i zdravog starenja (70, 81). Socijalna participacija se posmatra kao jedan od važnih i delotvornih faktora koji utiču na dobrobit i zdravlje starijih (89). Kada nastupi doba

starosti, socijalna participacija se menja usled životnih tokova, a kasnije tokom života može se očekivati da će se ponovo promeniti usled pada psihofizičkih kapaciteta (80).

S obzirom na to da stare osobe provode manje vremena u nekim strukturisanim aktivnostima (zaposlenje) imaju više vremena za učestvovanje u nekim drugim aktivnostima, stoga se njihova socijalna participacija može razlikovati od participacije mlađih odraslih (70).

Socijalna participacija je jedan od načina da se spreči socijalna izolacija. Nakon što su završili odgajanje dece i povukli se iz različitih društvenih uloga, stariji imaju više slobodnog vremena, a socijalna participacija čini veliki deo njihovog života. Socijalna participacija ne samo da sprečava izolaciju, već su efektivno korišćenje slobodnog vremena i aktivno društveno učešće najvažniji faktori koji određuju zadovoljstvo u životu starijih osoba (90).

Socijalna participacija predstavlja organizovan proces u kome pojedince karakterišu specifične, kolektivne, svesne i dobrovoljne akcije, što u krajnjoj liniji dovodi do samoaktualizacije i postizanja ciljeva, promovisanja zdravlja i prevencije invaliditeta (89, 91).

Socijalna participacija se definiše kao uključenost osobe u društvene aktivnosti koje u zajednici obezbeđuju interakciju sa drugima. U ispunjavanju njihovih osnovnih potreba za socijalizacijom i samoaktualizacijom, od ključne je važnosti za stare da osobe razviju sposobnosti i učine život smislenim, promovišu zdravlje i spreče invalidnost (89, 91, 92).

Socijalna participacija je važna dimenzija aktivnog starenja i odrednica zdravlja. Za promociju aktivnog i zdravog starenja važno je podsticati socijalnu participaciju (89, 93).

Nedavno istraživanje je pokazalo da ljudi sa jakim društvenim vezama imaju 50% povećanu verovatnoću preživljavanja. Socijalna participacija je takođe pozitivno povezana sa smanjenom smrtnošću, invalidnošću, depresijom i kognitivnim padom i kraćim boravcima u bolnici (89).

Za stare osobe socijalna participacija uključuje niz aktivnosti kao što su individualno usmerene aktivnosti (npr. hobiji, veze sa komšijama i sl.) ili aktivnosti koje su organizovane u zajednici (npr. neki kulturni događaji, volontiranje, događaji koji mogu imati veze sa crkvom, centri za starija lica) (80, 94).

Na socijalnu participaciju utiču fizički i društveni aspekti životne sredine. Fizički aspekti uključuju tip životne sredine i mogućnosti koje ona nudi, pristup zdravstvenim i socijalnim uslugama, saobraćajnu infrastrukturu i dr. Veća blizina resursa je takođe povezana sa većom socijalnom participacijom starih osoba. Dostupnost resursa je generalno veća u urbanim nego u ruralnim područjima, dok priroda, parkovi, sport i slobodno vreme bi mogli biti dostupniji u ruralnim područjima (95).

Socijalna participacija može biti kategorizovana u tri tipa: kolektivna, produktivna i politička participacija (80). Kolektivna socijalna participacija je zajedničko delovanje grupe, gde je aktivnost usmerena prema samoj grupi, a ne za postizanje nekog spoljašnjeg cilja (npr. igranje društvenih igara, zajednička putovanja sa drugim ljudima). Produktivna socijalna participacija podrazumeva pružanje usluga, dobara i benefita za druge (npr. pružanje usluga brige o drugima, plaćeni i volonterski rad). Politička socijalna participacija uključuje postupke donošenja odluka o socijalnim grupama (npr. uključenost u političke partije) (80, 94).

Na socijalnu participaciju takođe utiče društveno okruženje, koje je definisano sa tri široke dimenzije: međuljudskim odnosima (npr. društvena podrška i društvena mreža), društvenim nejednakostima (npr. socioekonomski položaj i nejednakost prihoda, rasna nejednakost) i karakteristikama životne zajednice (npr. društvena kohezija i društveni kapital, odnosi sa komšijama) (95).

U starosti, pored porodice, prijatelji i komšije, predstavljaju važan izvor socijalne podrške s obzirom na blizinu komšija i učestalost viđanja sa prijateljima. Važnost zajednice u kojoj ljudi borave i komšijskih veza, raste kako ljudi stare (96). Osećaj pripadnosti ili osećaj zajedništva sa komšijskim okruženjem može doprineti većem uključenju starih osoba u različite društvene aktivnosti i smanjenju osećaja usamljenosti. Takođe, osobe koje više komuniciraju sa svojim komšijama imaju više mogućnosti da budu informisane i direktno pozvane da učestvuju u socijalnim aktivnostima (85, 95, 96).

Pored aspekata fizičkog i društvenog okruženja, prethodne studije su otkrile da se potrebe za socijalnom participacijom žena i muškaraca razlikuju. Starije žene su češće učestvovala u aktivnostima zajednice kao što je volontiranje dok su muškarci bili više angažovani u fizičkim aktivnostima. Takođe, više žena je pokazalo želju da učestvuje u više različitih aktivnosti (95).

Pored koristi koje socijalna participacija ima na celokupno funkcionisanje i život starih osoba, istraživanja su se fokusirala i na pronalazak svih relevantnih faktora koji utiču na socijalnu participaciju u starosti. Neka istraživanja su bila usmerena na lične faktore (94, 97, 98), dok su se neka bavila sredinskim faktorima koji utiču na nivo socijalne participacije (99, 100).

Analizom dostupne literature može se zaključiti da su sledeći faktori uključeni u većini istraživanja: fizička sposobnost, socijalna podrška, depresija, invaliditet, hronične bolesti, okruženje, godine starosti (veći broj godina), niži socioekonomski status, status etničke manjine, nedostatak poverenja, nedostatak finansija, poteškoće prilagođavanja na starenje, karakteristike ličnosti, prisustvo oštećenja vida, emocionalni stres (94, 97–101). Svaki od ovih faktora može imati uticaj na smanjenje nivoa socijalne participacije što će za posledicu dovesti do socijalne izolacije starih osoba i do osećaja manje vrednosti i izolovanosti, a što dalje može dovesti do određenih zdravstvenih problema (95, 98–100).

Kako bi se podstakao viši nivo socijalne participacije, važno je znati više o potrebama starih osoba. Socijalna participacija starih osoba se može promeniti i u tom smislu mogu se preduzeti mere da se ona poveća. Stare osobe, kao i osobe koje o njima brinu, često imaju ograničeno znanje o intervencijama koje su dostupne u zajednici i ograničenu sposobnost da ih koriste (89).

Zdravstveni radnici navode da imaju ograničeno znanje o intervencijama dostupnim u zajednici i ograničeno vreme za procenu i sprovođenje intervencija kako bi se zadovoljile potrebe starih osoba, uključujući podršku njima i njihovim negovateljima u preduzimanju koraka za korišćenje usluga u zajednici. Da bi se poboljšala i održala socijalna participacija starih osoba, neophodne su sveobuhvatne procene, uključujući i procene društvene aktivnosti (91).

1.7.4. Aktivno starenje i socijalna participacija korisnika domova za smeštaj i negu starih lica

Domovi za smeštaj starih osoba više nisu mesto gde osoba ostaje pasivna do svoje smrti, već se percipira kao mesto gde se nečiji život nastavlja, a korisnici mogu i trebaju ostati aktivni (37).

Istraživanja potvrđuju da je za aktivno starenje važna briga o zdravlju i zadovoljstvo negom u domu za smeštaj starih lica. Promena boravišta može izazvati osećaj

nepriyatnosti i nesigurnosti u bilo kojem životnom dobu, a promena boravišta posebno je teška u starosti. Za staru osobu promena mesta boravišta, iako je promena dobrovoljna, često je praćena socijalnom izolacijom, problemima u prilagođavanju i osećajem da se nekome nameće ili da joj se neko nameće. Na taj način se narušava kvalitet života i onemogućava aktivno starenje osobe (3, 47). Ekološki pristup starenju smatra starenje interakcijom pojedinca i sredine i procesom prilagođavanja osobe fizičkom i društvenom okruženju (102).

Smeštaj starih osoba u dom često se povezuje sa gubitkom fizičke i mentalne funkcionalnosti, što predstavlja prepreku aktivnom starenju, te veliki deo stare populacije ima poteškoće u pristupu programima koji se nude u domu (67). Na primer, stare osobe sa telesnim invaliditetom mogu nastaviti da traže mentalne izazove i uživati u društvenom kontaktu. Politika aktivnog starenja treba da im omogući da ostvare svoje psihološke i socijalne potencijale i potrebe uprkos njihovom fizičkom ograničenju, umesto da se isključuju i marginalizuju iz društva primenom uskog gledišta o aktivnom starenju (77).

Takođe, domovi za stare retko nude sveobuhvatne i globalne mogućnosti aktivnog starenja i šansu da korisnici učestvuju u društvenim aktivnostima. U tom pogledu, pregled interventnih programa usmerenih na poboljšanje dobrobiti institucionalizovanih starih osoba koji se sprovode u ustanovama za dugotrajno zbrinjavanje pokazuje da je veliki procenat takvih intervencija ograničen na program aktivnog starenja usmeren na poboljšanje samo fizičkog ili kognitivnog funkcionisanja, dok se zanemaruju domeni socijalne participacije i celoživotnog učenja (103).

Zbog svega navedenog potrebno je prilikom izučavanja aktivnog starenja i socijalne participacije korisnika domova za smeštaj i negu starih lica, a prema navedenim teorijama uključiti veći broj faktora koji bi mogli zajednički predviđati uspešnost procesa aktivnog starenja. Naučnici aktivno starenje opisuju kao želju i sposobnost starih osoba za integraciju fizičke aktivnosti u dnevne rutine, kao što su odlazak do prevoza, vežbanje ili zadovoljstvo. Takođe, navode da aktivno starenje može uključivati angažovanje u ekonomskim i društveno produktivnim aktivnostima, kao što su igranje u parku sa unucima ili rad u kući i dvorištu (104). Drugi navode da je fizička aktivnost, odnosno mobilnost preduslov zdravlja i socijalne participacije koja je od posebnog značaja za proces aktivnog starenja (105).

1.8. Prediktori aktivnog starenja i socijalne participacije

Kao što je već prethodno navedeno većina istraživanja aktivnog starenja i socijalne participacije starih osoba nisu imale interdisciplinarni pristup, ali njihovom analizom može se izdvojiti nekoliko ključnih prediktora aktivnog starenja i socijalne participacije.

1.8.1. Sociodemografski faktori

Sociodemografski faktori značajno predviđaju aktivno starenje i socijalnu participaciju u domovima za smeštaj i negu starih lica. Među sociodemografskim karakteristikama, kao značajni prediktori izdvajaju se godine, pol, prihodi i nivo obrazovanja. Ovo su ujedno i varijable koje su u velikoj meri povezane sa zadovoljstvom životom starih osoba (106).

Istraživanja su pokazala da su starije osobe, ženskog pola, lošijeg socio-ekonomskog statusa, bez bračnog partnera i iz ruralnih sredina ređe aktivne u starosti (107–109).

Sagledavanje polnih razlika u starenju je od suštinske važnosti ako želimo da imamo sveobuhvatno i temeljno razumevanje problema starenja stanovništva. Situacija starih osoba i situacija žena obično se analiziraju odvojeno, što prikriva posebne izazove sa kojima se starije žene suočavaju kada se spoje ograničenja u odnosu na pol i starost (110).

Žene češće žive same u dubokoj starosti zbog toga što su žene često mlađe od svog partnera i zbog razlika u očekivanom životnom veku. To znači da one same moraju snositi troškove života koje su ranije delile sa svojim partnerom i da su im prihodi od penzije znatno manji, te su samim tim u većem riziku od siromaštva i socijalne isključenosti starih (110).

Obrazovanje je bitna pretpostavka za uspešan život u svetu konstantnih promena i razvoja. Predstavlja važan alat pomoću kojeg će starije osobe zadržati i unaprediti svoje veštine te usvojiti nove i tako smanjiti ili u potpunosti ukloniti socijalnu izolaciju i isključenost (74).

Obrazovanje starijih osoba je ključni preduslov njihovog kvalitetnog života. Obrazovanje im obezbeđuje uspešno nošenje s promenama u tehnologiji i načinu života kao i vođenje aktivnijeg društvenog života i veću uključenost u zajednici. Osim toga, obrazovanje starih osoba doprinosi radu na identitetu (pronalazak smisla i osećaj zadovoljstva, organizovanje svakodnevice), daljem razvoju ličnih sposobnosti koje se nadovezuju na znanje i kompetencije koje su stečene tokom života, iskustvu

društvenih odnosa izvan porodičnog okruženja te održavanju psihičkog zdravlja čime se indirektno utiče i na fizičko zdravlje (74).

1.8.2. Uticaj hroničnih i malignih bolesti ili nekog oštećenja ili invaliditeta

Uticaj hroničnih bolesti (111, 112), malignih bolesti (113, 114) ili nekog oštećenja ili invaliditeta (115) na aktivno starenje i socijalnu participaciju pojedinca postao je važna tema u proteklih nekoliko decenija te je neophodno pratiti biološke aspekte starenja i zdravstveni status korisnika. Proces starenja se manifestuje stalnim i postepenim smanjenim funkcionisanjem organa i organskih sistema. Shodno tome, stare osobe su sklonije hroničnim oboljenjima, praćenim postepenim gubitkom sposobnosti za samostalno funkcionisanje (116). Neka od uobičajenih stanja u starosti uključuju gubitak sluha, kataraktu, bolove u leđima i vratu, degenerativne bolesti, hroničnu opstruktivnu bolest pluća, kardiovaskularne bolesti, dijabetes, depresiju, demenciju i maligne bolesti (116).

Postojanje hroničnih bolesti pokazalo se kao značajan prediktor aktivnog starenja i socijalne participacije, a samim tim i kvaliteta života starih osoba. Stare osobe koje pate od neke hronične bolesti imaju manje zadovoljstvo životom uopšte i nepovoljnije opažaju svoje zdravlje. U velikoj meri su zavisni od zdravstvene nege i od pomoći drugih osoba. Pored toga trpe i velike finansijske izdatke zbog čestih kontrolnih pregleda, kontinuirane terapije koju uzimaju i slično, što se dodatno može odraziti na njihovu socijalnu participaciju i aktivnosti koje preduzimaju (117).

Uticaj malignih bolesti ili invaliditeta na društveno učešće obolelih pojedinaca je postao važna tema istraživanja u poslednjih nekoliko decenija. Više studija ukazuje na korelaciju između malignih bolesti i nastanka invaliditeta kod starijih (120, 121). Takođe, mnoge studije su otkrile uticaj malignih bolesti i invaliditeta na socijalnu participaciju i stepen njene varijabilnosti kod starih osoba (116, 118, 119).

Maligne bolesti, njeno lečenje i posledice lečenja često mogu dovesti do društvene marginalizacije i smanjenja kvaliteta života. Maligna bolest i neželjeni efekti njenog lečenja predstavljaju faktore rizika u razvoju funkcionalne, kognitivne i depresivne simptomatologije i psihijatrijskog morbiditeta. Grupu koja je posebno izložena većem riziku od socijalne isključenosti i psihijatrijskog morbiditeta čine oboleli u kasnim stadijumima malignih bolesti. Osim toga, osobe obolele od malignih bolesti često su izložene stigmatizaciji. Stigma malignih bolesti proizilazi iz istorijske i kulturološke ideje o nesrećnom ishodu, bolnih procedura u dijagnostici i lečenju, kao i loše prognoze.

Stepen stigmatizacije koju će obolela osoba doživeti, zavisi od okruženja u kojem živi, stepena obrazovanja, kulture, religije, predrasuda i zabluda koje ima u vezi sa malignim bolestima. Maligna bolest, način na koji se leči i duga rehabilitacija često isključuju obolele iz njegovog društvenog okruženja i na kraju značajno smanjuju društvene kontakte (120).

Višestruka hronična zdravstvena stanja, koja mogu dovesti do funkcionalnih ograničenja, utiču na pokretljivost starih osoba, kao i na njihovu relativnu lakoću učešća u društvenim aktivnostima (116, 121). Zapravo, početak zdravstvenih problema predstavlja glavni razlog za smanjenje društvenog učešća u starosti (87).

1.8.3. Funkcionalni status

Funkcionalni status osobe je takođe važan parametar koji povezuje zdravstveni status sa mogućnošću funkcionisanja osobe u realnom okruženju. Proces starenja manifestuje se stalnim i postepenim procesom smanjenja funkcije organa i organskih sistema. Zbog tih promena stare osobe su podložne hroničnim bolestima, a time i postepenom gubitku sposobnosti za samostalno funkcionisanje i brigu o sebi (78, 122).

Ukoliko je stara osoba slabijeg zdravstvenog stanja, automatski je više zavisna od pomoći drugih, a samim tim postaje i manje aktivna, socijalno izolovana što kao posledicu može da ima i niži kvalitet života (106, 123).

Sa druge strane, očuvana sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti povezana je sa višim kvalitetom života. Subjektivne procene zdravlja su se pokazale čak snažnije povezane sa kvalitetom života u odnosu na objektivne procene zdravlja (124).

Funkcionalnost je ključna za zdravlje starih osoba, a gubitak funkcionalnosti je rezultat kako bioloških procesa starenja, tako i društvenog okruženja u kojem se te promene doživljavaju. Funkcionalna procena je jedan od najboljih načina za procenu zdravstvenog statusa starih osoba koja daje objektivne podatke koji mogu ukazivati na budući pad ili poboljšanje zdravstvenog statusa (125).

Fizički invaliditet kod starih osoba se prvenstveno meri potrebom za pomoći zbog ograničenja fizičke sposobnosti (funkcionalno ograničenje) za obavljanje uobičajenih aktivnosti koje su neophodne za samostalan život. Te aktivnosti se nazivaju aktivnostima svakodnevnog života i to su osnovni zadaci koji se obavljaju uobičajeno i univerzalno (125).

Funkcionalni status stare osobe je zapravo mera njenog ukupnog zdravlja. Funkcionalni status odražava sposobnost pojedinca da obavlja fizičke i društvene poslove potrebne za održavanje brige o sebi i uobičajene dnevne aktivnosti (126).

Funkcionalni status određuju tri nivoa aktivnosti: osnovne aktivnosti svakodnevnog života, instrumentalne aktivnosti svakodnevnog života i napredne aktivnosti svakodnevnog života (126).

Osnovne aktivnosti svakodnevnog života uključuju kupanje, oblačenje, upotrebu toaleta, premeštanje, održavanje kontinencije i hranjenje (126).

Instrumentalne aktivnosti svakodnevnog života uključuju aktivnosti višeg nivoa kao što su: rukovođenje finansijama, korišćenje telefona, obavljanje kućnih poslova, vožnja ili korišćenje javnog prevoza, uzimanje lekova, pripremanje obroka, pranje i kupovina (126).

Napredne aktivnosti svakodnevnog života uključuju profesionalne i rekreativne aktivnosti, putovanja. Ove aktivnosti zahtevaju viši nivo kognitivnog funkcionisanja i uključenosti u uloge društvene zajednice (126).

Smanjenje funkcionalnih sposobnosti sa starenjem dovodi do gubitka nezavisnosti. Oštećenje funkcionalnog statusa može biti prvi znak bolesti. Stoga je razumevanje funkcionalnog statusa važna komponenta gerijatrijske procene (126).

1.8.4. Kognitivni status

Kognitivni status osobe je važan prediktor aktivnog starenja i socijalne participacije. Tokom starenja dešava se čitav niz kognitivnih promena. Promene se odnose na brzinu obrade informacija, opada količina informacija koja može biti zadržana u radnoj memoriji, dolazi do zaboravljanja davnih događaja i sl. (127, 128).

Opadanje kognitivnih funkcija u starosti povezuje se sa nizom rizičnih zdravstvenih i psihosocijalnih faktora. Među glavnim razlozima opadanja kognitivnih funkcija u starosti navodi se bolest, nedostatak okolnih podsticaja, socijalna izolacija, smanjenje motivacije za izvođenje intelektualnih zadataka ili kombinacija ovih faktora (124).

Rezultati nekih istraživanja pokazuju da su subjektivne izjave o dobrom zdravstvenom stanju pozitivno povezane sa dobrim kognitivnim funkcionisanjem starih osoba, dok su u nekim istraživanjima rezultati pokazali suprotno (129, 130). Novija istraživanja pokazuju da su količina primljene socijalne podrške i uključenost u produktivne

socijalne aktivnosti prediktori manjeg longitudinalnog opadanja u kognitivnoj funkciji (131,132).

Odlazak u penziju takođe može imati značajan uticaj na pad ili rast kognitivnih sposobnosti. Penzionisanje nakon radnog veka provedenog na poslovima više složenosti može ubrzati intelektualno propadanje ukoliko se ne nađe dovoljno stimulišuća zamenska aktivnost. Svi spomenuti faktori mogu se povezati sa smanjenim osećajem kontrole nad sopstvenim životom koja posledično ima uticaja na uključivanje u aktivnosti koje mogu doprineti dobrom kognitivnom funkcionisanju u starijoj životnoj dobi (124).

Sve vrste društvenog uključivanja poboljšavaju kognitivne funkcije (131). Visoko obrazovanje, podsticajne slobodne aktivnosti i učestvovanje u životu zajednice značajni su prediktori održanja kognitivnih funkcija u starijoj životnoj dobi. Rezultati istraživanja koje su sprovedeli *Enkvist i saradnici* (133) pokazali su da postoji izražena pozitivna povezanost kognitivnog funkcionisanja i kvaliteta života kod osoba s višim nivoom obrazovanja. Pozitivna povezanost kognitivnog funkcionisanja i obrazovanja objašnjava se na način da osobe viših intelektualnih sposobnosti u većoj meri uključuju kognitivno zahtevnije aktivnosti u svoj svakodnevni život (133, 134).

1.8.5. Mentalno zdravlje

Mentalno zdravlje starih je takođe važan prediktor aktivnog starenja i socijalne participacije. Najčešći problem u domenu mentalnog zdravlja kod starih osoba jeste pojava izraženijih depresivnih obeležja. Prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji, oko 15% odraslih osoba starih 60 i više godina pati od mentalnih poremećaja, od kojih je depresija najčešća (135).

Samo starenje nije razlog za veću stopu depresije. Depresija je postala značajan problem, jer je usko povezana sa različitim faktorima koji su povezani sa starenjem, kao što su penzionisanje, invaliditet, bol, kognitivna oštećenja, nizak osećaj kontrole nad životom, loša percepcija zdravstvenog stanja, hronične bolesti, funkcionalne smetnje i povećan mortalitet, što sve povećava rizik od pojave depresije kod starijih osoba (136, 137).

Incidenca depresije raste sa godinama, tako da svaka deseta osoba starosti 65-84 godine doživi veliku depresivnu epizodu u svom životu (137). Depresija se znatno

češće javlja kod starih osoba čija fizička sposobnost neprekidno opada i koji su sve manje u mogućnosti da učestvuju u svakodnevnim aktivnostima (58).

Opadanje zdravlja starih osoba koje žive u institucijama utiče na njihove odnose i svakodnevne interakcije i može izazvati izolaciju, odvojenost od drugih, usamljenost i teške manifestacije depresije (56). Prevalenca depresije kod starih osoba koje žive u domovima za stare je skoro dvostruko veća od one kod starih osoba koje žive u zajednici (138).

Iako smeštaj u domovima za stare može da pruži sigurnost i sveobuhvatnu negu, to takođe uključuje prilagođavanje potpuno drugačijem okruženju i može implicirati zavisnost, gubitak i tugu (51). Novi korisnici domova za stare mogu biti posebno skloni depresiji jer čin iseljavanja iz sopstvenog doma može sam po sebi biti stresan i povećati rizik od depresije (54, 55).

Depresivnost je značajan prediktor zadovoljstva životom u populaciji starih osoba smeštenih u domu za stare i nemoćne. Osobe koje su emocionalno stabilnije i koje nemaju simptome depresivnih obeležja zadovoljnije su svojim životom, što uveliko utiče na suočavanje sa problemima i načinom rešavanja tih problema, što doprinosi aktivnom starenju (139, 140).

1.8.6. Socijalni kontakti i socijalna podrška

Socijalni kontakti i socijalna podrška važni su za aktivno starenje i socijalnu participaciju. Dimenzija pozitivnih odnosa odnosi se na percepciju pojedinaca o dostupnim bliskim društvenim odnosima. U tom smislu, uspostavljanje novih i održavanje starih socijalnih i smislenih društvenih odnosa i održavanje društvene mreže su od ključnog značaja za dobrobit korisnika (141).

Socijalna podrška je širok pojam koji je teško uopšteno definisati, a podrazumeva različite oblike podržavajućeg ponašanja različitih ljudi u socijalnoj okolini. Spominje se kao jedan od značajnijih faktora koji doprinose kvalitetu života starijih osoba (142).

Socijalna podrška i socijalna participacija su među najviše proučavanim psihosocijalnim faktorima koji imaju dokazano značenje za očuvanje dobrog stanja u starosti, a povezani su sa zdravljem i dužinom života starih osoba (134). Uobičajeno je razlikovanje nekoliko oblika socijalne podrške. Autori *Stroebe i Jonas* spominju podelu na emocionalnu, instrumentalnu, informativnu, te podršku pripadanja (142).

Emocionalna podrška odvija se kroz slušanje, brigu i empatiju, instrumentalna uključuje pružanje konkretne pomoći osobi, informativna označava pružanje informacija koje će osobi pomoći, dok se podrška pripadanja može nazvati društvenom podrškom, a definiše se kao postojanje osoba s kojima se mogu sprovoditi različite aktivnosti (142, 143).

Emocionalna socijalna podrška posebno je izdvojena kao delotvorna zaštita od depresije i ona može biti važnija od instrumentalne podrške (144). Emocionalna podrška se često smatra najvažnijom za kvalitet života do te mere da neki autori mere samo ovaj aspekt socijalne podrške (144). Uopšteno govoreći, stare osobe koje imaju kvalitetan kontakt sa svojom socijalnom mrežom (deca, unuci, prijatelji, komšije) aktivnije su i zadovoljnije tim odnosima, zadovoljnije su položajem u društvu i svojim životom (143).

Smatra se da ako stara osoba nema dovoljno socijalne podrške i nije uključena u socijalne aktivnosti, to može sprečiti njeno uspešno suočavanje sa životnim teškoćama. U tim situacijama kod starih osoba može se javiti osećaj gubitka kontrole u životu, što dodatno povećava stres koji deluje štetno na njihovo zdravlje (134).

Socijalna podrška i socijalna participacija su važni faktori i za kognitivne funkcije. Istraživanja pokazuju da su količina primljene socijalne podrške, a posebno emocionalne, te uključenost u produktivne socijalne aktivnosti prediktori manjeg opadanja u kognitivnoj funkciji (131, 145, 146).

1.8.7. Lični faktori, stavovi o starenju i samopercepcija moći

Lični faktori, stavovi o starenju i samopercepcija moći su takođe faktori koji se u aktuelnoj literaturi sve češće prepoznaju kao važni u procesu aktivnog starenja i socijalne participacije (147–150). Istraživanja pokazuju da iskustvo starosne diskriminacije i predrasuda prema starenju i starim osobama predstavlja strukturnu prepreku koja onemogućava starim osobama ostvarenje njihovih potencijala i postizanje najboljeg fizičkog i psihičkog zdravlja (147).

Stereotipi o određenoj grupi igraju snažnu ulogu u oblikovanju načina na koji razmišljamo i komuniciramo s pojedincima, kao i kako pojedinci unutar stereotipne grupe vide sebe. Na osnovu prikaza dominantnih verovanja, mitova, medijske slike i istraživanja uočava se sveobuhvatnost i kompleksnost stereotipa o starijim osobama (38).

Percepcija društva o starijima je pretežno negativna, iskrivljena i netačna. Stereotipi i predrasude mogu imati brojne posledice na pojedinca, ali i društvo u celini. Implikacije stereotipnih očekivanja utiču na samopercepciju i samoevaluaciju. Iz tog razloga stare osobe se sve više počinju slagati s konstatacijom kako rast hronološkog doba neizbežno dovodi do smanjivanja razvojnih potencijala i povećanja gubitaka. Nametnute koncepcije o dobu kod starih osoba služe kao smernice za percepciju ličnih razvojnih promena. (38).

Svest o starenju i starosti najčešće je odraz promena i događaja koje se poistovećuju sa stereotipima o starijem dobu kao što su pogoršano zdravlje, odlazak u penziju, gubitak supružnika (38).

Socijalna okolina koja se prema pojedincu, zbog promena koje nastupaju, ponaša u skladu s dobnim stereotipima i predrasudama ima važnu ulogu. Percipirane kao zaboravne, nezanimljive i nesposobne, stare osobe i same počinju prihvatati stereotip kao opis samog sebe. Zbog toga često odbijaju socijalnu interakciju smatrajući da su dosadni. Takođe, odbijaju i učenje novih veština verujući da su nesposobni za njihovo savladavanje. Zapravo, stare osobe počinju se osećati starijima nego što stvarno jesu (10). Mogu čak i da zanemare neke procese u organizmu jer ih smatraju pratećom pojavom starosti. Posledice dobnih stereotipa prvo se primete u smanjenju samopoštovanja i funkcionalne sposobnosti starih osoba što dalje može dovesti i do slabljenja psihičkih sposobnosti (38).

Posledice koje različiti događaji i dobnih stereotipi imaju na stare osobe utiču i na njihovu identifikaciju s grupom „starih“. Većina starih osoba, kao što je već i navedeno, sebe percipira srednjovečnim za razliku od ostalih starijih. Na taj način starije osobe nastoje, barem prividno, odložiti ličnu identifikaciju sa grupom „starih“. Pritom starija osoba subjektivnu procenu sopstvenog doba ne povezuje sa negativnim stavovima i strahom od starenja (38).

Niža subjektivna dob u ovom slučaju ne mora nužno podrazumevati usmerenost na mlađu starosnu grupu, već se pojedinac unutar svoje grupe može upoređivati sa „tipičnom starom osobom“ ili većinom ljudi svog doba. Obično upoređivanje sa drugim starim osobama rezultuje povoljnijom samoprocenom, naročito u područjima u kojima pojedinac doživljava ozbiljniju pretnju ličnom samopoštovanju (38).

Jedna od posledica stereotipa o starima je njihovo zatvaranje u sebe i sniženo samopouzdanje kao rezultat socijalnih uverenja o tome da nisu skloni prilagođavanju

mlađim osobama, te da najčešće preopširno pričaju o svojim problemima i poteškoćama (38).

Uzrok poteškoća u interakciji sa starijima pretežno su stereotipne karakteristike starih osoba poput onih da slabije čuju, sporije obrađuju informacije, rigidni su, nisu skloni prihvatanju novih ideja. Zbog toga se često preteruje što se naročito primeti u glasnijem i sporom govoru, intonaciji, upotrebi kraćih i jednostavnijih rečenica (38).

Dionigi u svom radu problematizuje učinak stereotipa na zdravlje starih osoba. Rezultati upućuju kako stereotipi o starijima uveliko utiču na samopercepciju starih osoba, kao i na to kako stari percipiraju druge stare osobe. Takođe, stereotipi određuju sposobnosti starih osoba, ali i njihovu sposobnost da se nose i oporave od bolesti. U tom kontekstu od posebne važnosti je društveno okruženje i dobijanje socijalne podrške uključujući i odluke starih osoba da se uključe u kognitivne, društvene i fizičke aktivnosti (38).

S obzirom da ejdžizam može biti prepreka aktivnom starenju, insistiranje na strategijama aktivnog starenja predstavlja ključ za poboljšanje odnosa prema starijim osobama. U tom kontekstu aktivno starenje se posmatra kao delotvoran instrument smanjenja diskriminacije starijih osoba. Reč je o konceptu koji svojim preventivnim potencijalima, kao što su celoživotno obrazovanje i kontinuirano usvajanje znanja i veština, efikasno doprinosi ostvarenju načela jednakosti u društvu (65).

2. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Opšti cilj od kog smo pošli u istraživanju jeste da ispitamo aktivno starenje i socijalnu participaciju starijih osoba koje su na smeštaju u ustanovama socijalne zaštite, kao i da ispitamo značaj različitih potencijalnih prediktora za proces aktivnog starenja i socijalnu participaciju starih.

Pojedinačni ciljevi su:

1. Ispitati aktivno starenje i socijalnu participaciju korisnika domova za smeštaj i negu starih lica.
2. Ispitati odnos zdravstvenog (postojanje invaliditeta i/ili hroničnih i malignih bolesti) i funkcionalnog statusa korisnika sa aktivnim starenjem i njegovom socijalnom participacijom.
3. Utvrditi značaj kognitivnog i mentalnog statusa korisnika doma za smeštaj starih lica za aktivno starenje i njegovu socijalnu participaciju.
4. Proveriti značaj zadovoljstva korisnika doma za smeštaj i negu starih lica pruženom negom za aktivno starenje i socijalnu participaciju.
5. Utvrditi značaj društvenih kontakata za aktivno starenje i socijalnu participaciju starih lica korisnika doma za smeštaj i negu starih lica.
6. Proveriti značaj stavova o ličnom starenju i percepcije lične moći za aktivno starenje i socijalnu participaciju korisnika doma za smeštaj i negu starih lica.

3. HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

1. Korisnici doma za smeštaj i negu starih lica imaju nizak stepen aktivnog starenja i nisku socijalnu participaciju. Starije osobe, ženskog pola, lošijeg materijalnog statusa, iz ruralnih sredina i bez bračnog partnera imaju posebno nisko aktivno starenje i socijalnu participaciju.
2. Postojanje invaliditeta, hroničnih ili malignih bolesti i niži funkcionalni status su u vezi sa nižim aktivnim starenjem i lošijom socijalnom participacijom korisnika domova za negu i smeštaj starih lica.
3. Korisnici doma za smeštaj i negu starih lica koji imaju lošiji kognitivni status kao i oni koji imaju izraženija depresivna obeležja ostvaruju niži stepen aktivnog starenja i lošiju socijalnu participaciju.
4. Zadovoljstvo korisnika doma za smeštaj i negu starih lica pruženom negom je značajan pozitivni prediktor aktivnog starenja i socijalne participacije.
5. Učestaliji društveni kontakati pozitivno koreliraju sa aktivnim starenjem i socijalnom participacijom starih lica korisnika doma za smeštaj i negu starih lica
6. Pozitivan stav osobe o ličnom starenju i percepcija moći u odnosu na kontrolu sopstvenog života podstiču aktivno starenje i socijalnu participaciju korisnika doma za smeštaj i negu starih lica.

4. METODOLOGIJA RADA

4.1. Opis procedure istraživanja

Istraživanje je sprovedeno u vidu prospektivne studije u tri faze. Inicijalna faza podrazumevala je razgovor sa ispitanicima, upoznavanje sa temom istraživanja, kao i načinom popunjavanja upitnika. Glavna faza istraživanja podrazumevala je popunjavanje upitnika od strane ispitanika, koji su potpisali tekst informisanog pristanka. Finalna faza istraživanja podrazumevala je statističku obradu podataka i publikaciju rezultata.

Podaci su prikupljeni u periodu od avgusta 2020. do septembra 2021. godine. U istraživanje su bile uključene osobe starije od 60 godina koje su smeštene u ustanove socijalne zaštite. Uzorak je činilo 200 osoba, oba pola, smeštenih u JU Gerontološki centar Banja Luka, JU Dom penzionera Banja Luka, JU Dom penzionera Prijedor i Dom za stare Kneževo.

Kriterijumi za uključivanje u studiju bili su starost ispitanika 60 godina i više, očuvana orijentacija u prostoru, vremenu i prema ljudima i potpisan informisani pristanak za učešće u istraživanju. Pre popunjavanja baterije testova sproveden je skrining kognitivnog funkcionisanja Mini-mental kratkim kongnitivnim testom. Ispitanici koji su imali skor 25 i više bili su uključeni u studiju. Takođe, samo osobe kojima je srpski jezik maternji bile su uključene u studiju.

Kriterijumi za isključivanje iz studije bili su loše opšte zdravstveno stanje, dezorijentisanost, nemogućnost uspostavljanja adekvatne saradnje, odbijanje učešća u istraživanju. Takođe su isključene starije osobe koje imaju vrlo teško oštećenje vida, sluha, govorno-jezičke smetnje i oštećenja, psihijatrijsko oboljenje, osobe koje u trenutku ispitivanja boluju i leče se od malignih bolesti. Za utvrđivanje postojanja ovih problema i smetnji korišćeni su postojeći podaci u dokumentaciji ili informacije koje su dobijene od zaposlenih u domu za stare.

Kako bi se obezbedila validnost dobijenih podataka, istraživač je individualno sprovodio ispitivanje i po potrebi pružao pomoć ispitanicima u vezi sa svim aspektima istraživanja. Poštujući etičke zahteve, svi ispitanici su bili pismeno upoznati sa osnovnim ciljevima istraživanja i informacijom da će dobijeni podaci biti korišćeni isključivo u naučne svrhe, kao i da se garantuje anonimnost svih dobijenih podataka i

identitet ispitanika. Sve osobe koje je osoblje doma za stare ocenilo kao kognitivno sposobne da daju informisani pristanak i da održe razgovor u trajanju od najmanje 20 minuta bile su pozvane da učestvuju.

S obzirom da je prikupljanje uzorka trajalo u toku pandemije COVID-19 virusom, kako bi se obezbedila maksimalna zaštita korisnika, kao i zaposlenih u domu, istraživač je mogao da obavi anketiranje korisnika doma, uz prethodno odrađen negativan PCR test na COVID-19 i korišćenje svih predloženih mera zaštite (distanca, maska, vizir, zaštitni mantili, rukavice) ukoliko je anketiranje sprovedeno u zatvorenom prostoru. Anketiranje se obavljalo pojedinačno sa svakim korisnikom i u prisustvu socijalne radnice u određenim prostorijama doma ili na otvorenom ukoliko je to vreme dozvoljavalo. Anketiranje korisnika je obavljeno uz prethodnu najavu ispitivača sa tačno utvrđenim terminom dolaska. Termini za anketiranje su unapred dogovoreni sa socijalnom radnicom zaposlenom u domu i prilagođavali se vremenu kada su korisnici doma bili slobodni u odnosu na raspored aktivnosti u domu, kao i onda kada su želeli da razgovaraju sa istraživačem. Iako su aktivnosti u domu bile redukovane, vreme se moralo prilagođavati u odnosu na njihove obroke, pojedine terapijske tretmane i vreme za odmor korisnika. Trajanje razgovora/anketiranja prilagođavalo se ispitanicima u zavisnosti od njihovog opšteg stanja i raspoloženja i trajao je između 20 i 45 minuta.

Ukupno je anketirano 258 korisnika domova, ali je 58 korisnika isključeno iz istraživanja, jer su na skriningu kognitivnog funkcionisanja Mini-mental kratkim kognitivnim testom imali skor manji od 25.

4.2. Opis uzorka

Uzorak je činilo 200 ispitanika populacije korisnika domova za stare, pri čemu su nešto veći procenat uzorka činile žene (53,0%). Raspon godina ispitanika kretao se od 60 do 95 godina. Prosečna starost uzorka je iznosila $\bar{X}=77,27$ godina ($SD=7,44$). Najveći procenat ispitanika (oko 70%), navodi da dolazi sa sela. U ispitivanom uzorku prosečan broj meseci provedenih u domu iznosi $\bar{X}=69,25$ meseci ($SD=67,42$), što prevedeno u godine iznosi u proseku $\bar{X}=5,77$ godina ($SD=5,62$).

Najveći procenat ispitivanog uzorka ima završenu srednju školu (oko 41%), a zatim osnovnu školu (oko 31%). S druge strane, najmanji procenat ispitanika ima završenu visoku školu (oko 11%). Svega 2,5% procenata ispitanika se nalazi u nekoj vrsti veze. Najfrekventniju kategoriju čine udovci/udovice (oko 57%). Decu ima oko 62% ispitanika. Oko 63% ispitanika navodi da je zadovoljan svojim mesečnim prihodima

(vrlo dobra i dovoljna mesečna primanja), dok oko 13% ispitanika navodi da su im mesečna primanja nedovoljna (Tabela 1.).

Tabela 1. Deskripcija socio-demografskih karakteristika ispitivanog uzorka

Deskripcija uzorka	
Pol	N (%)
Muškarci	94 (47,0)
Žene	106 (53,0)
Starost	
<i>Raspon</i>	60-95 god.
<i>(X; SD)</i>	77,27 (7,44)
Mesto prebivališta	N (%)
<i>Selo</i>	139 (70,2)
<i>Grad</i>	59 (29,8)
Koliko dugo ste korisnik doma	
<i>Raspon</i>	0,1-29 god.
<i>(X; SD)</i>	5,79 (5,60)
Nivo obrazovanja	N (%)
<i>Osnovna škola</i>	61 (30,7)
<i>Srednja škola</i>	82 (41,2)
<i>Viša škola</i>	34 (17,1)
<i>Fakultet</i>	22 (11,1)
Bračni status	N (%)
<i>Sam/sama</i>	47 (23,5)
<i>Oženjen/udata</i>	2 (1,0)
<i>Razveden/a</i>	35 (17,5)
<i>Udovac/ica</i>	113 (56,5)
<i>U vezi</i>	3 (1,5)
Deca	N (%)
<i>Ne</i>	76 (38,4)
<i>Da</i>	122 (61,6)

Mesečna primanja	N (%)
<i>Vrlo dobra mesečna primanja u odnosu na životne potrebe</i>	28 (14,0)
<i>Dovoljna mesečna primanja za životne potrebe</i>	98 (49,0)
<i>Jedva dovoljna mesečna primanja za životne potrebe</i>	48 (24,0)
<i>Nedovoljna mesečna primanja za životne potrebe</i>	26 (13,0)

U ispitanom uzorku, oko 80% ispitanika, navodi da ima jednu ili više hroničnih bolesti. Najučestalije bolesti su bolesti kardiovaskularnog sistema (oko 41%), te reumatske bolesti (oko 28%) i oboljenja koštano-zglobnog sistema (oko 20%). Prosečan broj meseci lečenja hronične bolesti iznosi $\bar{X}=129,31$ (SD=122,6). Među ispitanim uzorkom, oko 3% ispitanika, imao je dijagnozu maligne bolesti, pri čemu je karcinom dojke najzastupljenija dijagnoza. Kada je u pitanju broj meseci pre kojeg je završeno lečenje od maligniteta, dobijeni rezultati pokazuju da je to $\bar{X}=68,83$ (SD=45,54). Telesni invaliditet kao dijagnozu ima 5,5% ispitanog uzorka, a amputacija nekog od ekstremiteta predstavlja najfrekventniji vid invaliditeta.

Na pitanje: „U kojoj meri procenjujete da je pojava virusne infekcije COVID-19 uticala na Vaše svakodnevne aktivnosti u domu?“ pri čemu su isto ocenjivali na skali od 1 (nije uopšte) do 10 (potpuno su izmenjene aktivnosti), prosečan skor koji ispitanici postižu iznosi $\bar{X}=7,31$ (SD=2,45), tj. ispitanici navode da im je COVID-19 značajnije izmenio aktivnosti.

Isti trend odgovora visokog slaganja u pravcu znatno izmenjenog/narušenog funkcionisanja beležimo i na sledeća dva pitanja: „U kojoj meri procenjujete da je pojava virusne infekcije COVID-19 uticala na Vaše raspoloženje u vidu nemira, teskobe, anksioznosti i slično?“ $\bar{X}=7,11$ (SD=2,51), kao i na pitanje: „U kojoj meri procenjujete da je pojava virusne infekcije COVID-19 uticala na Vaše socijalne kontakte u domu i van njega?“ $\bar{X}=7,86$ (SD=2,39) (Tabela 2.).

Tabela 2. Anamnestički podaci (bolesti) sa korišćenog upitnika

Deskripcija uzorka	
Hronične bolesti	N (%)
<i>Ne</i>	41 (20,5)
<i>Da</i>	159 (79,5)
Dijagnoza hronične bolesti	N (%)
<i>Bolesti kardiovaskularnog sistema</i>	83 (40,7)
<i>Respiratorne bolesti</i>	14 (6,9)
<i>Oboljenja koštano-zglobnog sistema</i>	40 (19,6)
<i>Reumatske bolesti</i>	58 (28,4)
<i>Bolesti urinarnog sistema</i>	9 (4,4)
Koliko dugo lečite hronične bolesti	
<i>Raspon</i>	7-936 meseci
<i>(X; SD)</i>	129,31 (122,60)
Maligne bolesti	N (%)
<i>Ne</i>	192 (97,0)
<i>Da</i>	6 (3,0)
Koje maligne bolesti	N (%)
<i>Karcinom bubrega</i>	1 (0,5)
<i>Karcinom debelog creva</i>	1 (0,5)
<i>Karcinom dojke</i>	3 (1,5)
<i>Karcinom pluća</i>	1 (0,5)
Maligne bolesti-pre koliko je završeno lečenje	
<i>Raspon</i>	18-131 mesec
<i>(X; SD)</i>	68,83 (45,54)
Telesni invaliditet	N (%)
<i>Ne</i>	189 (94,5)
<i>Da</i>	11 (5,5)
Koja vrsta invaliditeta	N (%)
<i>Amputacija</i>	3,0 (27,3)
<i>Dečija cerebralna paraliza</i>	1 (9,1)
<i>Kraća leva noga</i>	1 (9,1)
<i>Proteza desnog ramena</i>	2 (18,2)
<i>Slabovidost</i>	2 (18,2)
<i>Ukočenost zbog Parkinsonove bolesti</i>	1 (9,1)
<i>Veštački kuk</i>	1 (9,1)
Virusne infekcije Covid-19 -uticaj na svakodnevne aktivnosti	
<i>Raspon</i>	0,0-10,0
<i>(X; SD)</i>	7,31 (2,45)
Virusne infekcije Covid-19 -uticaj na raspoloženje	
<i>Raspon</i>	0,0-10,0
<i>(X; SD)</i>	7,11 (2,51)
Virusne infekcije Covid-19 -uticaj na socijalne kontakte	
<i>Raspon</i>	0,0-10,0
<i>(X; SD)</i>	7,86 (2,39)

Za određivanje obima uzorka korišćen je nivo značajnosti 95%, procenat marginalne greške od 5% i procenat procenjene populacije od 50% koji se preporučuje u prospektivnim studijama javnog zdravlja. Procenjena populacija kognitivno zdravih osoba starijih od 60 godina koji su korisnici doma za smeštaj i negu starih lica u Republici Srpskoj je 600. Na osnovu navedenih podataka, obim uzorka (minimalan) za ispitivanu grupu iznosi 200.

4.3. Instrumenti istraživanja

Kao instrument za prikupljanje podataka, korišćen je anketni upitnik. Upitnik je konstruisan za potrebe ovog istraživanja i sastoji se iz dva dela.

Prvi deo upitnika sadrži sociodemografske podatke, anamnestičke podatke o postojanju hroničnih i malignih bolesti i eventualnom prisustvu invaliditeta, kao i pitanja koja se odnose na uticaj COVID-19 pandemije na svakodnevne aktivnosti u domu, raspoloženje i socijalne kontakte u domu i van njega.

Drugi deo upitnika sadrži niz skala preuzetih i prilagođenih za ovo istraživanje. U upitnik su uključene sledeće skale:

- Skala aktivnog starenja - University of Jyvaskyla Active Ageing Scale (UJACAS);
- Maastricht skala socijalne participacije - Maastricht Social Participation Profile (MSPP);
- Gerijatrijska skala depresije - The Geriatric Depression Scale (GDS);
- Skala brige o sebi - Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL);
- Lubenova skala društvenih kontakata - Lubben Social Network Scale (LSNS-6);
- Skala moći - Pearlin Mastery skala (PM);
- Skala samopercepcije ličnog starenja - Self perception scale of old age (SLO);
- Skala zadovoljstva negom - Nursing Home Resident Satisfaction Scale (NHRSS);
- Mini-mental kratki kongnitivni test - Mini-Mental State Exam (MMSE).

4.3.1. Skala aktivnog starenja - University of Jyvaskyla Active Ageing Scale (UJACAS)

Skalu aktivnog starenja razvili su *Rantanen i saradnici* 2018. godine (151). Za korišćenje i prilagođavanje skale srpskom jeziku bilo je neophodno da istraživač

pisanim putem zatraži dozvolu od autora UJACAS skale, kao i da navede razlog njenog korišćenja.

UJACAS je kvantitativna skala za procenu aktivnog starenja koja meri težnju pojedinaca za aktivnim životnim područjima. Opisuje aktivnost starih osoba, tj. njihovu inicijativu da deluju nezavisno i da sami slobodno biraju. Skala pruža saznanje o pozitivnim aspektima starenja. Može se koristiti za procenu efikasnosti različitih intervencija kojima je cilj promovisanje aktivnog starenja. Skala je namenjena za upotrebu među starim osobama koje mogu da reaguju nezavisno i nije ograničena na određeni segment starije populacije. Skala pravi razliku između starih osoba koje su više aktivne u odnosu na stare osobe koje su manje aktivne (151).

UJACAS skala koncipirana je tako da meri aktivnost u poslednje četiri nedelje. Period od četiri nedelje smatra se dovoljno dugim kako bi se izbegle moguće vanredne situacije tokom prethodne sedmice, kao što su, potencijalna bolest, putovanje, neobični vremenski uslovi ili poseta (151).

Skala aktivnog starenja ima 17 pitanja izraženih sa četiri domena (želje/ciljevi, sposobnost, mogućnost/prilike i učestalost/aktivnost). Navedena četiri domena sa postavljenim pitanjima bili su sledeći:

1. Domen želja/cilj ispitanika: „Tokom prethodne četiri nedelje želeo/la sam da...“;
2. Domen sposobnost tj. funkcionalni kapacitet ispitanika: „Tokom prethodne četiri nedelje, imao/la sam ili bih mogao/la da...“;
3. Domen mogućnosti/prilike ispitanika: „Tokom prethodne četiri nedelje, moje mogućnosti da uradim bile su...“;
4. Domen učestalost/aktivnost ispitanika: „Tokom prethodne četiri nedelje, uradio/la sam...“.

Opcije odgovora su formulisane tako da odgovaraju postavljenom pitanju i ocenjuju se od 0 (najniži, najmanje aktivan) do 4 (najviši, najaktivniji). Rezultati se izračunavaju zbrajanjem bodova (opcija odgovora 0-4) za svaki domen. Najmanji rezultat za svaki domen na skali je 0, a najviši 68. Ukupan rezultat skale se kreće od 0 do 272 boda. Viši rezultati su povoljniji od nižih, odnosno viši rezultati ukazuju na aktivnije starenje (151).

U originalnoj skali, pouzdanost instrumenta merena Kronbahovim alfa koeficijentom (α) za skalu u celini je iznosila $\alpha=0,95$ što predstavlja dobru unutrašnju saglasnost.

Kronbahov alfa koeficijent podskale ciljeva bio je $\alpha=0,860$; podskale funkcionalnog kapaciteta (sposobnosti) $\alpha=0,910$; podskale mogućnosti $\alpha=0,890$, a podskale aktivnosti $\alpha=0,800$ (154).

4.3.2. *Mastriht skala socijalne participacije - Maastricht Social Participation Profile (MSPP)*

Mastriht skalu socijalne participacije konstruisali su autori *Mars GMJ, Kempen GIJM, Post MWM, Prootl M, Mesters I, van Eijk JTM* 2009. godine u Holandiji (153). Skala je namenjena osobama starijim od 60 godina. Konstruisana je za merenje socijalne participacije u stvarnom životu kod starijih osoba sa hroničnim bolestima, a zasnovana na definiciji socijalne participacije koju su dali učesnici u originalnoj studiji. Skala meri učestalost i raznolikost socijalne participacije (koliko često i u koliko različitih tipova socijalne participacije su starije osobe uključene) u poslednje 4 nedelje (153).

Skala se sastoji od tri podskale: društvena aktivnost (9 stavki), kontakt sa prijateljima (8 stavki) i kontakt sa porodicom (8 stavki). Za svaku podskalu se mogu izračunati dva rezultata: rezultat raznolikosti i rezultat učestalosti. Sve stavke na skali su imale isti format odgovora: ovo nisam uradio/la u poslednje 4 nedelje (0), ovo sam uradio manje od jednom nedeljno (1-3), ovo sam uradio/la jednom ili dva puta nedeljno (4-8), ovo sam uradio/la više od dva puta nedeljno (9+). Rezultat raznolikosti odnosi se na broj stavki u podskali na kojima je ispitanik postigao skor od barem jednog boda. Rezultat učestalosti odražava srednju ocenu stavki na podskali. Viši skor rezultata ukazuje na raznovrsniju ili češću socijalnu participaciju (153).

U drugim istraživanjima pouzdanost instrumenta merena Kronbahovim alfa koeficijentom bio je $\alpha=0,909$, dok su vrednosti Kronbah alfa koeficijenta za pojedinačne podskale bile u rasponu od 0,744 do 0,875 (118).

4.3.3. *Gerijatrijska skala depresije - The Geriatric Depression Scale (GDS)*

Gerijatrijska skala depresije razvijena je 1986. godine za procenu simptomatologije depresije kod starih osoba. GDS kratka forma skale (15 pitanja) izvedena je iz verzije skale od 30 pitanja. Skala je sastavljena od 15 pitanja koja nude mogućnost odgovara sa DA ili NE, a opisuju osećanja ispitanika u proteklih nedelju dana. Pitanja na skali reflektuju raznovrsnost simptoma povezanih sa depresijom, uključujući loše raspoloženje, manjak motivacije, orijentaciju prema prošlosti umesto budućnosti, kognitivne poteškoće, opsesivne karakteristike i anksioznost (154, 155).

Bodovanje GDS skale sprovodi se tako da odgovori „NE” na pitanja pod rednim brojevima 1, 5, 7, 11, 13 nose po jedan bod. Odgovori “DA”na pitanja pod brojevima 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 takođe nose po jedan bod. Kada bodujemo celu skalu, bodovi se zbrajaju. Rezultat broja bodova od 0-4 smatra se normalnim; od 5-8 označava blagu depresiju; od 9-11 označava umerenu depresiju, a od 12-15 označava tešku depresiju (52, 156).

GDS je koristan alat za skrining depresije kod starih osoba, ali nije dijagnostički alat i nije zamena za kliničko posmatranje i procenu. Može se koristiti kod osoba koje su zdrave ili imaju blago do umereno kognitivno i fizičko oštećenje. Koristan je za razlikovanje depresivnih starih osoba od onih koji nisu depresivni. GDS ima ograničenu upotrebu za skrining depresije kod starih osoba s Alchajmerovom bolešću, hroničnim bolom, srčanim bolestima, dijabetesom i drugim hroničnim ili degenerativnim oboljenjima koja pogađaju ovu populaciju i mogu uticati na raspoloženje starih osoba (52, 156).

U drugim studijama, analiza pouzdanosti GDS-a pokazala je unutrašnju konzistentnost veću od $\alpha=0,800$ (52).

4.3.4. *Skala brige o sebi - Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)*

Skalu brige o sebi razvili su *Katz i saradnici* 1960-ih godina (126). Katzov indeks aktivnosti u svakodnevnom životu je najprikladniji instrument za procenu funkcionalnog statusa starih osoba. Skala meri sposobnost ispitanika da samostalno izvršava svakodnevne aktivnosti. Koristi se kao alat za procenu funkcije i otkrivanje problema u obavljanju aktivnosti svakodnevnog života i planiranje zdravstvene nege u skladu s tim. ADL rangira adekvatnost izvođenja u šest funkcija: kupanje, oblačenje, upotreba toaleta, premeštanje, kontinencija i hranjenje (157).

Izvođenje aktivnosti se ocenjuje na skali od 0–6 bodova. Za nezavisno obavljanje aktivnosti bez supervizije i pomoći, ispitanik dobija 1 bod. Za obavljanje aktivnosti sa supervizijom, uz pomoć ili kompletno pružanje nege, ispitanika dobija 0 bodova. Rezultat od 6 bodova ukazuje na punu funkciju, rezultat od 4 boda označava umereno funkcionalno oštećenje, a rezultat od 2 boda ili manje označava ozbiljno funkcionalno oštećenje (157).

Katzov indeks je međunarodno prihvaćen i vrlo široko korišćen instrument u različitim okruženjima. Koristi se kao alat za gerijatrijsku procenu i pružanje prediktivnih informacija o dinamici invaliditeta u procesu starenja i utvrđivanja potreba za zdravstvenom negom (125). Pouzdanost instrumenta u drugim studijama bila je umereno dobra sa Kronbahovim alfa koeficijentom od $\alpha=0,792$ (158).

4.3.5. Lubenova skala društvenih kontakata - Lubben Social Network Scale (LSNS-6)

Lubenova skala društvenih kontakata je validirani instrument dizajniran za merenje socijalne izolacije kod starih osoba. Skala meri broj i učestalost društvenih kontakata sa prijateljima i članovima porodice (159). Pomoću ovog instrumenta, moguće je identifikovati ranjive pojedince koji doživljavaju društvenu izolovanost ili su u opasnosti da postanu društveno izolovani (160).

Postoje dve verzije ove skale; duža verzija skale sadrži 12 stavki i kratka verzija skale koja sadrži 6 stavki. Za ovo istraživanje korišćena je kratka verzija skale sa 6 stavki. Pitanja su dizajnirana tako da mere socijalnu izolaciju starih osoba od strane porodice i prijatelja. LSNS-6 sastavljena je od tri pitanja koja procenjuju porodične veze i tri pitanja koja procenjuju prijateljske veze. Pitanja procenjuju broj rođaka ili prijatelja sa kojima se učesnik viđa ili čuje barem jednom mesečno, može ih pozvati u pomoć i može razgovarati o privatnim stvarima (159).

Pitanja na skali su formulisana u šest kategorija, u kojima učesnik označava broj rođaka ili prijatelja koji su mu dostupni. Svako LSNS-6 pitanje se boduje od 0 (bez rođaka ili prijatelja) do 5 (devet ili više rođaka ili prijatelja). Odnosno, odgovori se boduju na sledeći način: nijedan rođak ili prijatelj = 0 bodova, jedan rođak ili prijatelj = 1 bod, dva rođaka ili prijatelja = 2 boda, tri ili četiri rođaka ili prijatelja = 3 boda, pet do osam rođaka ili prijatelja = 4 boda, devet ili više rođaka ili prijatelja = 5 bodova (159).

Ukupni rezultati za svih šest pitanja se zbrajaju i kreću se u rasponu od 0 do 30, pri čemu viši rezultati ukazuju na nižu socijalnu izolaciju. Skor od 12 bodova može se uzeti kao pokazatelj prisutnosti socijalne izolacije, zapravo, skor od 12 i niži ukazuje na jako siromašnu socijalnu mrežu i visok rizik za pojavu socijalne izolacije (159, 161).

Kineska verzija LSNS-6 skale pokazala je dobru unutrašnju konzistentnost sa Kronbahovim alfa koeficijentom od $\alpha=0,830$. Osim toga, dve podskale LSNS-6 takođe

su imale pouzdanu unutrašnju konzistentnost. Kronbahov alfa koeficijent za podskalu porodice bio je $\alpha=0,900$ i $\alpha=0,950$ za podskalu prijatelja (162).

4.3.6. Skala moći - Pearlin Mastery skala (PM)

Pearlin Mastery skalu (PM) konstruisali su *Leonard I. Pearlin and Carmi Schooler* 1978. godine. Skala meri do koje mere pojedinac smatra da je njegov život pod njegovom ličnom kontrolom. Skala se sastoji od ukupno 7 stavki, od kojih je pet stavki negativno formulisano i dve stavke pozitivno formulisane. Opcije odgovora se sastoje od Likertove skale koja se može kretati od 1, u potpunosti se slažem, do 7, nikako se ne slažem (1-7 bodova). Za svaku stavku zbraja se broj bodova. Negativno formulisane stavke zahtevaju obrnuto kodiranje pre bodovanja. Viši rezultati ukazuju na veću percepciju moći kontrolisanja sopstvenog života (163, 164). U studiji kineskih autora pouzdanost instrumenta bila je dobra sa Kronbahovim alfa koeficijentom od $\alpha=0,870$ (164).

4.3.7. Skala samopercepcije ličnog starenja - Self Perception Scale of Old Age (SLO)

Skala samopercepcije ličnog starenja (SLO) je instrument koji je razvijen od strane Univerziteta države Meksiko i adaptirana je od strane stručnjaka iz oblasti gerontologije. Skala se sastoji od 21 tvrdnje, a opcije odgovora su po tipu Likertove skale: 1 = potpuno se ne slažem, 2 = umereno se ne slažem, 3 = umereno se slažem; 4 = u potpunosti se slažem. Smatra se da visoka ocena predstavlja negativnu samopercepciju ličnog starenja. Pouzdanost instrumenta u drugim studijama bila je dobra sa Kronbahovim alfa koeficijentom od $\alpha=0,830$ (165).

4.3.8. Skala zadovoljstva negom - Nursing Home Resident Satisfaction Scale (NHRSS)

Skala zadovoljstva negom je instrument razvijen 1993.godine od strane *Zinn JS, Lavizzo-Mourey R, Taylor L*. Skala je osmišljena da meri zadovoljstvo korisnika u domu za stare negom koju dobijaju. Skala se sastoji od tri domena sa po tri stavke u kojima se ocenjuje odnos lekara prema korisniku, odnos medicinskih sestara i nega koju dobijaju, kao i okruženje u kojem borave. Skala sadrži i jedno pitanje u vezi globalnog zadovoljstva negom i uslugom koja im je pružena u domu. Ispitanici ocenjuju boravak u domu prema ponuđenim opcijama odgovora u vidu Likertove skale od 1 (ne baš dobro) do 4 (vrlo dobro) (166).

Pouzdanost interne konzistentnosti instrumenta u originalnoj studiji, merena Kronbahovim alfa koeficijentom, bila je $\alpha=0,690$ za usluge lekara, $\alpha=0,790$ za usluge medicinskih sestara i $\alpha=0,740$ za okruženje (166).

4.3.9. Mini-mental - kratki kognitivni test - Mini-Mental State Exam (MMSE)

Mini-mental - kratki kognitivni test koristi se u situacijama koje zahtevaju vrlo brz kognitivni skrining. MMSE sadrži 11 pitanja koja proveravaju vremensku i prostornu orijentaciju, pamćenje, pažnju i koncentraciju, jezičke veštine, vizuelno-prostorne sposobnosti - vizuelne i prostorne odnose između objekata, sposobnost razumevanja i praćenja uputstava (167).

Maksimalan skor za MMSE je 30. Skor od 25 ili više se klasifikuje kao normalan. Skor ispod 24 ukazuje na moguće kognitivno oštećenje. Visok MMSE skor ne znači nužno da ne postoji kognitivno oštećenje. Slično tome, nizak skor ne znači nužno da osoba ima demenciju. Ponekad određene fizičke smetnje, jezik, govor, nivo obrazovanja ili kulturološke razlike mogu uticati na rezultat (167).

Pouzdanost ovog instrumenta i u drugim istraživanjima je dobra, sa Kronbahovim alfa koeficijentom preko $\alpha=0,700$ (51). U ovom istraživanju korišćen je za procenu kognitivnog funkcionisanja kako bi se identifikovale stare osobe koje ispunjavaju kriterijume za uključanje u studiju.

4.4. Statistička obrada podataka

Za unos i obradu podataka korišćen je programski paket SPSS 20.0. Za potrebe analize i opisa strukture uzorka po relevantnim varijablama, korišćeni su prikazi frekvencija i procenata, kako bi se prikazala zastupljenost određene kategorije ili odgovora. Metode deskriptivne statistike upotrebljene su za određivanje mera centralne tendencije (aritmetička sredina), mera varijabiliteta (standardna devijacija) i ekstremnih vrednosti (minimum i maksimum) posmatranih numeričkih obeležja.

U okviru komparativne statistike korišćene su sledeće tehnike: Studentov t-test za nezavisne uzorke, Pirsonov koeficijent linearne korelacije i Multipla regresiona analiza. Kod izvesnog broja varijabli, iako su korišćene mere zadovoljavale kriterijum kontinuirane (numeričke) varijable, ograničena veličina uzorka i narušena normalnost distribucije, dozvolila je korišćenje neparametrijskih metoda. U slučaju tih varijabli, za testiranje razlika dva nezavisna uzoraka korišćen je Man-Vitnijev U-test

(neparametrijska zamena za t-test za nezavisne uzorke), dok je za ispitivanje povezanosti varijabli korišćen Spirmanov koeficijent rang korelacije.

U primenjenim testovima granične vrednosti verovatnoće rizika su na nivou značajnosti od 95% ($p < 0,05$) (razlika statističkih parametara značajna) i 99% ($p < 0,01$) (razlika statističkih parametara visoko značajna). Za proveru pouzdanosti skale u celini korišćena je mera interne konzistencije izražena Kronbahovim alfa koeficijentom.

5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

Pre obrade podataka urađena je analiza pouzdanosti, kao i ukupan skor pouzdanosti za sve skale korišćene u istraživanju. U redosledu prikazivanja prvog dela rezultata, za svaku skalu pojednično prvo će biti predstavljena analiza pouzdanosti, potom sledi deskripcija odgovora ispitanika na domenima i ukupnim skorovima upitnika. U drugom delu, biće prikazani rezultati po hipotezama.

5.1. Deskripcija odgovora ispitanika na domenima i ukupnim skorovima upitnika

5.1.1. Skala aktivnog starenja (UJACAS)

Interna konzistencija Skale aktivnog starenja (UJACAS) proveravana je izračunavanjem Kronbahovog alfa koeficijenta. Dobijeni rezultati ukazuju da je pouzdanost za skalu u celini iznosila $\alpha=0,941$, što predstavlja odličnu unutrašnju saglasnost. Pouzdanost pojedinačnih subskala upitnika se kretala u rasponu od 0,772 do 0,850, što predstavlja zadovoljavajuću do dobru internu konzistenciju (Tabela 3.).

Tabela 3. Mera pouzdanosti Skale aktivnog starenja (UJACAS)

	Broj ajtema	Alfa koeficijent
Ukupni skor	68	0,941
Želje/Ciljevi	17	0,803
UJACAS Sposobnosti	17	0,850
Mogućnosti/Prilike	17	0,845
Učestalost/Aktivnost	17	0,772

Tabela 4. Prosečne vrednosti, mere varijabiliteta i ukupan skor na domenu želje Skale aktivnog starenja (UJACAS)

UJACAS - Želja	Min	Max	\bar{X}	SD	Sk	Ku
1. Želeo/la sam da se bavim nekom aktivnošću samostalne izrade stvari ili drugom aktivnošću koja zahteva manuelne veštine	0,0	4,0	1,91	1,46	-0,029	-1,315
2. Želeo/la sam da crtam, pevam ili sviram muzički instrument, pišem, ili istražujem neku drugu umetnost	0,0	4,0	1,36	1,29	0,297	-1,309
3. Želeo/la sam da učestvujem u raznim događajima ili aktivnostima kroz klubove ili udruženja	0,0	4,0	1,51	1,31	0,259	-1,159
4. Želeo/la sam da izađem napolje i uživam u prirodi.	0,0	4,0	3,56	0,73	-2,074	5,475
5. Želeo/la sam da vežbam i održavam fizičku kondiciju	0,0	4,0	2,68	1,29	-0,677	-0,581
6. Želeo/la sam da se potrudim da vežbam svoj um ili pamćenje	0,0	4,0	2,64	1,29	-0,662	-0,589
7. Želeo/la sam koristiti računar ili tablet	0,0	4,0	1,14	1,33	0,745	-0,735
8. Želeo/la sam da pomognem ili podržim meni bliske ljude	0,0	4,0	3,25	0,90	-1,349	2,010
9. Želeo/la sam učiniti stvari kako bih održao svoje društvene odnose	0,0	4,0	2,71	1,04	-0,491	-0,177

Rezultati istraživanja

10. Želeo/la sam preuzeti aktivnosti kako bih stekao/la nova poznanstva	0,0	4,0	1,68	1,31	0,215	-1,018
11. Želeo/la sam preuzeti odgovornost za stvari koje se tiču mog sopstvenog života	0,0	4,0	2,65	1,02	-0,545	-0,044
12. Želeo/la sam preuzeti odgovornost za promociju društvenih ili javnih pitanja	0,0	4,0	0,69	1,10	1,600	1,780
13. Želeo/la sam da učinim neke stvari kako bih učinio/la svoje dane zanimljivijim ili ugodnijim	0,0	4,0	2,90	1,07	-0,940	0,492
14. Želeo/la sam poboljšati ili održati ugodnost svog doma	0,0	4,0	3,00	0,96	-0,754	0,104
15. Želeo/la sam da vodim računa o svom spoljašnjem izgledu	0,0	4,0	3,16	1,01	-1,113	0,595
16. Želeo/la sam obezbediti stabilne finansije	0,0	4,0	2,67	1,05	-0,339	-0,669
17. Želeo/la sam da preuzmem aktivnosti u skladu sa mojim uverenjima ili pogledima na svet	0,0	4,0	2,26	1,20	-0,034	-0,883
Ukupan skor za domen Želje/Ciljevi	9,0	66,0	39,72	9,65	-0,308	0,306

* Sk (Skjunis) pokazatelj zakrivljenosti; Ku (Kurtozis) pokazatelj spljoštenosti

Kao što se vidi iz Tabele 4. sprovedena analiza ukazuje da kada su u pitanju ajtemi dimenzije *Skale aktivnog starenja (UJACAS)*, koji se odnose na domen želje, aritmetičke sredine su se kretale u rasponu od 0,69 do 3,56. Dakle, od niskih do izraženih slaganja u odnosu na postojanje želje vezano za pojedinačne ispitivane aspekte. Za dva ajtema (4. i 12.), distribucija značajno odstupa od normale što se vidi na osnovu vrednosti Skjunisa i Kurtozisa (vrednosti iznad $\pm 1,5$). Pregledom dobijenih rezultata može se videti da se u ispitivanoj grupi u manjoj meri izražavaju želje prema preuzimanju odgovornosti za promociju društvenih ili javnih pitanja; zatim želje da se koristi računar; želje za učestvovanjem u raznim događajima ili aktivnostima kroz klubove ili udruženja; preuzimanje aktivnosti kako bi se ostvarila nova poznanstva. S druge strane, izraženije se želeli izlazak i uživanje u prirodi, pomaganje ili povezivanje sa sebi bliskim ljudima, održavanje ugodnosti svoga doma i vođenje računa o sopstvenom izgledu, kao i činjenje stvari zbog kojih bi se osoba osećala ugodnije i prijatnije.

Tabela 5. Prosečne vrednosti, mere varijabiliteta i ukupan skor na domenu sposobnosti Skale aktivnog starenja (UJACAS)

UJACAS - Sposobnosti	Min	Max	\bar{x}	SD	Sk	Ku
1. Mogao/la sam da se bavim nekom aktivnošću samostalne izrade stvari ili drugom aktivnošću koja zahteva manuelne veštine	0,0	4,0	2,58	1,27	-0,535	-0,721
2. Mogao/la sam da crtam, pevam ili sviram muzički instrument, pišem, ili istražujem neku drugu umetnost	0,0	4,0	1,88	1,29	-0,031	-1,165
3. Mogao/la sam da učestvujem u raznim događajima ili aktivnostima kroz klubove ili udruženja	0,0	4,0	1,97	1,39	-0,016	-1,287
4. Mogao/la sam izaći napolje i uživati u prirodi	0,0	4,0	3,01	1,21	-1,250	0,703
5. Mogao/la sam vežbati i održavati fizičku kondiciju	0,0	4,0	2,59	1,21	-0,520	-0,738
6. Mogao/la sam da se potrudim da vežbam svoj um ili pamćenje	0,0	4,0	3,01	1,13	-1,084	0,461
7. Mogao/la sam koristiti računar ili tablet	0,0	4,0	1,52	1,41	0,550	-0,957
8. Mogao/la sam pomoći ili podržati meni bliske ljude	0,0	4,0	3,17	0,84	-0,742	0,337
9. Mogao/la sam učiniti stvari da održim svoje društvene odnose	0,0	4,0	2,84	0,97	-0,793	0,544
10. Mogao/la sam da preuzmem aktivnosti kako bih sklopio/la nova poznanstva	0,0	4,0	2,25	1,25	-0,281	-0,758
11. Mogao/la sam preuzeti odgovornost za stvari koje se tiču mog sopstvenog života	0,0	4,0	2,61	1,07	-0,350	-0,585

Rezultati istraživanja

12. Mogao/la sam preuzeti odgovornost za promociju društvenih ili javnih pitanja	0,0	4,0	1,12	1,22	0,995	0,087
13. Mogao/la sam raditi stvari kako bih učinio/la svoje dane zanimljivijim ili ugodnijim	0,0	4,0	2,82	1,05	-0,817	0,192
14. Mogao/la sam poboljšati ili održati ugodnost svog doma	0,0	4,0	3,00	0,96	-0,754	0,104
15. Mogao/la sam se pobrinuti za svoj spoljašnji izgled	0,0	4,0	3,29	0,96	-1,404	1,608
16. Mogao/la sam obezbediti stabilne finansije	0,0	4,0	2,16	1,14	0,128	-0,847
17. Mogao/la sam preduzeti aktivnosti u skladu sa mojim uverenjima ili pogledima na svet	0,0	4,0	2,38	1,10	0,118	-0,990
Ukupan skor za domen Sposobnosti	21,0	67,0	42,18	10,51	-0,123	-0,543

* Sk (Skjunis) pokazatelj zakrivljenosti; Ku (Kurtozis) pokazatelj spljoštenosti

Kao što se vidi iz Tabele 5. kada su u pitanju ajtemi dimenzije procene svojih ranijih sposobnosti aritmetičke sredine su se kretale u rasponu od 1,12 do 3,29. Dakle, od niskih do izraženijih slaganja u odnosu na postojanje ranijih mogućnosti vezano za pojedinačne ispitivane aspekte. Za jedan ajtem (15.), distribucija odstupa od normale što se vidi na osnovu vrednosti Skjunisa i Kurtozisa (vrednosti iznad $\pm 1,5$). Pregledom dobijenih rezultata može se videti da se u ispitivanoj grupi u manjoj meri izražavaju da su imali sposobnosti za preuzimanje odgovornosti za promociju društvenih ili javnih pitanja; zatim sposobnosti da se koristi računar; sposobnosti da se crta, peva i svira, te da se učestvuje u raznim događajima ili aktivnostima kroz klubove ili udruženja. S druge strane, izraženije su bile razvijene sposobnosti da se izađe napolje i uživa u prirodi, sposobnosti da se pomognu ili podrže bliski ljudi, da se potruži da vežba svoj um ili pamćenje, kao i sposobnosti da se vodi računa o sopstvenom izgledu.

Tabela 6. Prosečne vrednosti, mere varijabiliteta i ukupan skor na domenu mogućnosti/prilike Skale aktivnog starenja (UJACAS)

UJACAS - Mogućnosti/Prilike	Min	Max	\bar{X}	SD	Sk	Ku
1. Moje mogućnosti za bavljenje nekom aktivnošću samostalne izrade stvari ili drugom aktivnošću koja zahteva manuelne veštine bile su	0,0	4,0	2,05	1,27	0,070	-0,905
2. Moje mogućnosti da crtam, pevam ili sviram muzički instrument, pišem ili istražujem neku drugu umetnost bile su	0,0	4,0	1,70	1,29	0,176	-1,035
3. Moje mogućnosti da učestvujem u raznim događajima ili aktivnostima kroz klubove ili udruženja bile su	0,0	4,0	1,30	1,19	0,755	-0,258
4. Moje mogućnosti za izlazak napolje i uživanje u prirodi bile su	0,0	4,0	2,44	1,41	-0,369	-1,232
5. Moje mogućnosti da vežbam i održavam fizičku kondiciju bile su	0,0	4,0	2,24	1,24	0,055	-1,198
6. Moje mogućnosti da se potrudim da vežbam svoj um ili pamćenje bile su	0,0	4,0	2,64	1,21	-0,563	-0,604
7. Moje mogućnosti da koristim računar ili tablet bile su	0,0	4,0	1,27	1,26	0,778	-0,403
8. Moje mogućnosti da pomognem ili podržim ljude koji su mi bliski bile su	1,0	4,0	2,83	1,09	-0,293	-1,303
9. Moje mogućnosti da učinim stvari kako bih održao svoje društvene veze bile su	0,0	4,0	2,40	1,06	-0,212	-0,622

Rezultati istraživanja

10. Moje mogućnosti da preuzmem aktivnosti da napravim nova poznanstva bile su	0,0	4,0	1,73	1,22	0,306	-0,778
11. Moje mogućnosti da preuzmem odgovornost za stvari koje se tiču mog sopstvenog života bile su	0,0	4,0	2,20	1,06	0,115	-0,618
12. Moje mogućnosti da preuzmem odgovornost za promociju društvenih ili javnih pitanja bile su	0,0	4,0	0,85	1,08	1,449	1,726
13. Moje mogućnosti da napravim stvari kako bi moji dani bili što bolji, zanimljiviji ili srećniji bile su	0,0	4,0	2,56	1,05	-0,264	-0,749
14. Moje mogućnosti za poboljšanje ili održavanje ugodnosti mog doma bile su	0,0	4,0	2,67	1,04	-0,219	-0,703
15. Moje mogućnosti da se pobrinem za svoj spoljašnji izgled bile su	0,0	4,0	3,11	1,10	-0,998	-0,033
16. Moje mogućnosti da obezbedim stabilne finansije bile su	0,0	4,0	2,06	1,13	0,165	-0,802
17. Moje mogućnosti da preuzmem aktivnosti u skladu sa mojim uverenjima ili pogledima na svet bile su	0,0	4,0	2,12	1,18	0,165	-0,907
Ukupan skor za domen Mogućnosti/Prilike	14,0	67,0	36,13	10,69	0,158	-0,059

* Sk (Skjunis) pokazatelj zakrivljenosti; Ku (Kurtozis) pokazatelj spljoštenosti

Kao što se vidi iz Tabele 6. kada su u pitanju dimenzije koje se odnose na procene svojih mogućnosti/prilika aritmetičke sredine su se kretale u rasponu od 0,85 do 3,11. Dakle, od niskih do umerenih slaganja u odnosu na postojanje ranijih mogućnosti vezano za ispitivane aspekte. Distribucija ajtema nije odstupala od normale što se vidi na osnovu vrednosti Skjunisa i Kurtozisa (vrednosti manje od $\pm 1,5$). Pregledom dobijenih rezultata može se videti da su ispitanici u manjoj meri izražavali mogućnost za preuzimanje odgovornosti za promociju društvenih ili javnih pitanja; zatim mogućnosti da se koristi računar; mogućnosti da se učestvuje u raznim događajima ili aktivnostima kroz klubove ili udruženja; mogućnosti da se crta, peva i svira, mogućnosti da sepreduzmu aktivnosti da naprave nova poznanstva. S druge strane, izraženije su bile mogućnosti da se vodi računa o sopstvenom izgledu; mogućnosti da se pomognu ili podrže bliski ljudi, zatim mogućnosti da se poboljšaju ili održavaju mogućnosti doma, kao i mogućnosti da se vežba svoj um ili pamćenje.

Tabela 7. Prosečne vrednosti, mere varijabiliteta i ukupan skor na domenu učestalost/aktivnost Skale aktivnog starenja (UJACAS)

UJACAS - Učestalost/Aktivnost	Min	Max	\bar{X}	SD	Sk	Ku
1. Bavio/la sam se nekom aktivnošću samostalne izrade stvari ili drugom aktivnošću koja zahteva manuelne veštine	0,0	4,0	1,65	1,51	0,399	-1,282
2. Crtao/la sam, pevao/la ili svirao/la muzički instrument, pisao/la ili istraživao/la neku drugu umetnost	0,0	4,0	1,01	1,23	1,001	-0,044
3. Učestvovao/la sam u raznim događajima ili aktivnostima kroz klubove ili udruženja	0,0	4,0	0,78	1,12	1,458	1,286
4. Izlazio/la sam napolje i uživao/la u prirodi	0,0	4,0	2,57	1,39	-0,668	-0,905
5. Vežbao/la sami održavao/la fizičku kondiciju	0,0	4,0	2,21	1,42	-0,230	-1,320
6. Potrudio/la sam se da vežbam svoj um ili pamćenje	0,0	4,0	2,60	1,36	-0,567	-0,930
7. Koristio/la sam računar ili tablet	0,0	4,0	0,92	1,20	1,152	0,272
8. Pomagao/la sam ili podržavao/la ljude koji su mi bliski	0,0	4,0	2,73	1,29	-0,609	-0,802
9. Činio/la sam stvari da održim svoje društvene veze	0,0	4,0	2,41	1,20	-0,421	-0,700
10. Preduzimao/la sam radnje da bih stekao/la nova poznanstva	0,0	4,0	1,29	1,16	0,732	-0,245
11. Preuzeo/la sam odgovornost za stvari koje se tiču mog sopstvenog života	0,0	4,0	2,17	1,29	0,035	-1,164

Rezultati istraživanja

12. Preuzeo/la sam odgovornost za promociju društvenih ili javnih pitanja	0,0	4,0	0,64	1,16	1,778	2,017
13. Učinio/la sam stvari da svoje dane učinim što boljim, zanimljivijim ili prijatnijim	0,0	4,0	2,70	1,12	-0,619	-0,403
14. Poboljšao/la sam ili održavao/la ugodnost mog doma	0,0	4,0	2,72	1,14	-0,387	-0,894
15. Pobrnuo/la sam se za svoj spoljašnji izgled	0,0	4,0	3,26	1,06	-1,418	1,259
16. Obezbedio/la sam stabilne finansije	0,0	4,0	1,95	1,30	0,116	-0,990
17. Preduzeo/la sam aktivnosti u skladu sa mojim uverenjima ili pogledima na svet	0,0	4,0	1,80	1,41	0,218	-1,268
Ukupan skor za domen Učestalost/Aktivnosti	11,0	58,0	33,37	9,96	0,223	-0,277

* Sk (Skjunis) pokazatelj zakrivljenosti; Ku (Kurtozis) pokazatelj spljoštenosti

Kao što se vidi iz Tabele 7. kada su u pitanju dimenzije procene učestalosti praktikovanja određenih aktivnosti, aritmetičke sredine su se kretale u rasponu od 0,64 do 3,26. Dakle, od niskih do umerenih slaganja u odnosu na postojanje ranijih mogućnosti vezano za ispitivane aspekte. Za jedan ajtem (12.), distribucija odstupa od normale što se vidi na osnovu vrednosti Skjunisa i Kurtozisa (vrednosti iznad $\pm 1,5$). Pregledom dobijenih rezultata može se videti da su ispitanici u manjoj meri praktikovali preuzimanje odgovornosti za promociju društvenih ili javnih pitanja; učestvovali u raznim događajima ili aktivnostima kroz klubove ili udruženja; koristili računar ili tablete; crtali, pevali i svirali, te preduzimali aktivnosti da naprave nova poznanstva. S druge strane, izraženije su praktikovane aktivnosti koje su vodile ka brizi o sopstvenom izgledu; zatim aktivnosti da se pomognu ili podrže bliski ljudi, zatim aktivnosti da se poboljšaju ili održavaju mogućnosti doma, kao i aktivnosti koje vode ka tome da se dani učine što boljim, zanimljivijim ili prijatnijim.

Tabela 8. Deskriptivna statistika za domene i ukupni skor Skale aktivnog starenja (UJACAS)

UJACAS	<i>Min</i>	<i>Max</i>	\bar{X}	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
Želje/Ciljevi	9,0	66,0	39,72	9,65	-0,308	0,306
Sposobnosti	21,0	67,0	42,18	10,51	-0,123	-0,543
Mogućnosti/Prilike	14,0	67,0	36,13	10,69	0,158	-0,059
Učestalost/Aktivnost	11,0	58,0	33,37	9,96	0,223	-0,277
Ukupan skor	66,0	241,0	151,20	36,31	-0,061	-0,509

U Tabeli 8. prikazan je ukupan skor za domene (Želje/Ciljevi, Sposobnosti, Mogućnosti/Prilike i Učestalost/Aktivnost) kao i ukupni (sumarni) skor Skale aktivnog starenja (UJACAS). Pregledom Tabele 8. vidimo da se na pojedinačnim domenima Skale aktivnog starenja prosečan skor ispitanika kretao od 33,37 do 42,18, a prosečna vrednost za ukupan skor na Skali aktivnog starenja iznosila je 151,20. Dobijeni rezultat ukazuje na nizak stepen aktivnog starenja kod ispitanika.

Frekvence odgovora na stavke u okviru svakog domena Skale aktivnog starenja (UJACAS) predstavljene su u Prilogu broj 2.

5.1.2. Skala socijalne participacije (MSPP)

Interna konzistencija Skale socijalne participacije proveravana je izračunavanjem Kronbahovog alfa koeficijenta. Dobijeni rezultati ukazuju da je pouzdanost za skalu u celini iznosila $\alpha=0,824$, što predstavlja dobru unutrašnju saglasnost. Pouzdanost pojedinačnih subskala upitnika se kretala u rasponu od 0,522 do 0,778. Nezadovoljavajuću pouzdanost beleži skala Potrošačkog učešća, dok za skalu Formalnog društvenog učešća pouzdanost nije mogla biti procenjena. S druge strane, domen Neformalno društveno učešće prijatelji i Neformalno društveno učešće porodica imaju nižu, ali zadovoljavajuću pouzdanost (Tabela 9.).

Tabela 9. Mera pouzdanosti Skale socijalne participacije (MSPP)

	Broj ajtema	Alfa koeficijent
Ukupan skor	25	0,824
Potrošačko učešće	7	0,522
Formalno društveno učešće	2	-
MSPP Neformalno društveno učešće- prijatelji	8	0,778
Neformalno društveno učešće- porodica	8	0,776

Tabela 10. Prosečne vrednosti, mere varijabiliteta i ukupan skor na domenima Skale socijalne participacije (MSPP)

MSPP	Min	Max	\bar{X}	SD	Sk	Ku
1. Učestvovali u organizovanim sportskim ili fizičkim aktivnostima	1,0	4,0	1,31	0,72	2,495	5,626
2. Učestvovali u grupnim aktivnostima, crkvi i sl.	1,0	4,0	1,43	0,74	1,821	2,891
3. Bili na kulturnom ili edukativnom dešavanju	1,0	2,0	1,11	0,31	2,597	4,790
4. Jeli van kuće	1,0	4,0	1,24	0,60	3,074	10,057
5. Išli u kafić	1,0	4,0	1,22	0,60	3,201	10,560
6. Bili na javnom događaju	1,0	4,0	1,13	0,53	4,628	21,253
7. Učestvovali u organizovanim događajima zabavnog karaktera (kartanje, kviz)	1,0	4,0	1,51	0,82	1,362	0,558
8. Bili na organizovanom izletu	1,0	4,0	1,37	0,58	1,651	3,335
9. Volontirali	1,0	4,0	1,19	0,64	3,433	10,779
10. Čuli se sa prijateljima ili poznanicima	1,0	4,0	2,77	0,94	-0,334	-0,756
11. Prijatelji došli u posetu kod Vas	1,0	4,0	1,72	0,75	0,881	0,457
12. Išli u posetu kod prijatelja	1,0	4,0	1,29	0,60	2,496	7,181
13. Išli sa prijateljima u šetnju ili vožnju biciklom (veći fizički napor)	1,0	4,0	1,20	0,60	3,387	11,444
14. Išli sa prijateljima na piće (manji fizički napor)	1,0	4,0	1,25	0,63	2,759	7,343

Rezultati istraživanja

15. Ponudili prijateljima pomoć (praktičnu-nabavka)	1,0	4,0	1,38	0,77	2,249	4,480
16. Savetovali prijatelje	1,0	4,0	2,17	0,88	0,552	-0,284
17. Bili podrška prijateljima kad im je trebao neko za razgovor	1,0	4,0	2,58	0,91	0,017	-0,811
18. Čuli se sa članovima porodice	1,0	4,0	3,09	0,97	-0,711	-0,623
19. Članovi porodice došli u posetu kod Vas	1,0	4,0	1,96	0,86	0,713	-0,019
20. Išli u posetu kod članova porodice	0,0	4,0	1,37	0,64	1,529	2,620
21. Išli sa članovima porodice u šetnju ili vožnju biciklom (veći fizički napor)	0,0	4,0	1,06	0,39	4,588	33,046
22. Išli sa članovima porodice na piće (manji fizički napor)	0,0	4,0	1,10	0,45	3,616	19,102
23. Ponudili članovima porodice pomoć (praktičnu-nabavka)	0,0	4,0	1,26	0,74	2,527	6,362
24. Savetovali članove porodice	0,0	4,0	2,25	1,00	0,158	-0,856
25. Bili podrška članovima porodice kad im je trebao neko za razgovor	0,0	4,0	2,80	1,15	-0,458	-1,098
Ukupan skor	27,0	83,0	40,70	8,10	1,774	7,207

* Sk (Skjunis) pokazatelj zakrivljenosti; Ku (Kurtosis) pokazatelj spljoštenosti

Kao što se vidi iz Tabele 10. sprovedena analiza ukazuje da kada su u pitanju dimenzije Skale socijalne participacije (MSPP), aritmetičke sredine su se kretale u rasponu od 1,06 do 3,09. Dakle, od niskih do umerenih slaganja u odnosu na učestalost participacije u različitim socijalnim aktivnostima. Za 16 ajtema, distribucija značajno odstupa od normale što se vidi na osnovu vrednosti Skjunisa i Kurtozisa (vrednosti iznad ± 1.5). Pregledom dobijenih rezultata može se videti da su najmanje praktikovane aktivnosti: odlazak porodice u šetnju ili vožnju biciklom, odlazak na kulturna ili edukativna dešavanja, odlazak porodice na piće, javni događaj, volontiranje. Sa druge strane, učestalije se praktikuje pozivanje/razgovor sa članovima porodice, podrška članovima porodice kada im je trebao razgovor, razgovor sa prijateljima i poznanicima, te savetovanje članova porodice.

Kao što vidimo u Tabeli 11. sprovedena analiza ukazuje da za ukupni (sumarni) skor Skale socijalne participacije (MSPP), kao i za domene (Potrošačko učešće, Formalno društveno učešće, Neformalno društveno učešće-prijatelji, Neformalno društveno učešće-porodica) u oba modaliteta (učestalost i raznolikost), sa izuzetkom skale Formalno društveno učešće, karakteristike distribucije ne odgovaraju normalnoj raspodeli, što se vidi na osnovu vrednosti Skjunisa i Kurtozisa (vrednosti iznad $\pm 1,5$).

Tabela 11. Deskriptivna statistika za domene i ukupni skor Skale socijalne participacije (MSPP)

MSPP	Min	Max	\bar{X}	SD	Sk	Ku	
Ukupan skor	0,08	2,32	0,631	0,321	1,82	7,42	
UČESTALOST	Potrošačko učešće	0,0	1,6	0,27	0,31	2,00	5,11
	Formalno društveno učešće	0,0	1,5	0,31	0,47	1,40	0,777
	Neformalno društveno učešće-prijatelji	0,0	4,0	0,79	0,48	1,37	3,71
	Neformalno društveno učešće-porodica	0,0	4,0	0,87	0,50	0,791	2,75
	Potrošačko učešće	0,0	5,0	1,33	1,31	1,10	0,708
RAZNOLIKOST	Formalno društveno učešće	0,0	2,0	0,40	0,55	0,957	-0,120
	Neformalno društveno učešće-prijatelji	0,0	8,0	3,89	1,71	0,026	0,280
	Neformalno društveno učešće-porodica	0,0	8,0	3,76	1,70	-0,286	0,597

* Sk (Skjunis) pokazatelj zakrivljenosti; Ku (Kurtozis) pokazatelj spljoštenosti;

Pregledom Tabele 11. vidimo da je za ukupan skor na Skali socijalne participacije kod ispitanika prosečna vrednost iznosila 0,631. Kad su u pitanju domeni socijalne participacije postignute prosečne vrednosti se kreću od 0,27 za domen *Potrošačko učešće* u modalitetu učestalosti do 3,89 za domen *Neformalno društveno učešće-prijatelji* u modalitetu raznolikosti. Dobijene vrednosti ukazuju na nizak stepen socijalne participacije kod ispitanika.

Frekvence odgovora na stavke u okviru svake dimenzije na Skali socijalne participacije predstavljene su u Prilogu broj 3.

5.1.3. Skala gerijatrijske depresije (GDS)

Interna konzistencija Skale gerijatrijske depresije proveravana je izračunavanjem Kronbahovog alfa koeficijenta. Dobijeni rezultati ukazuju da je pouzdanost za skalu u celini iznosila $\alpha=0,837$, što predstavlja dobru unutrašnju saglasnost izraženu Kronbahovim alfa koeficijentom (Tabela 12.).

Tabela 12. Mera pouzdanosti Skale gerijatrijske depresije (GDS)

		Broj ajtema	Alfa koeficijent
GDS	Ukupan skor	15	0,837

Tabela 13. Prosečne vrednosti, mere varijabiliteta i ukupan skor na domenima Gerijatrijske skale depresije (GDS)

GDS	Min	Max	\bar{X}	SD	Sk	Ku
1. Da li ste zadovoljni svojim životom?	0,0	1,0	0,78	0,42	-1,327	-0,241
2. Da li ste smanjili broj svojih aktivnosti i zanimanja?	0,0	1,0	0,93	0,26	-3,396	9,630
3. Da li ste osećali da je Vaš život neispunjen?	0,0	1,0	0,55	0,50	-0,182	-1,987
4. Da li Vam je često dosadno?	0,0	1,0	0,51	0,50	-0,040	-2,019
5. Da li ste većinu vremena dobro raspoloženi?	0,0	1,0	0,65	0,48	-0,611	-1,644
6. Da li strahujete kako Vam se može nešto loše desiti.	0,0	1,0	0,43	0,50	0,306	-1,926
7. Da li ste bili srećni većinu vremena?	0,0	1,0	0,46	0,50	0,162	-1,994
8. Da li se osećate često bespomoćno?	0,0	1,0	0,50	0,50	0,000	-2,020
9. Da li ste radije ostajali kod kuće nego izlazili napolje i bavili se novim aktivnostima?	0,0	1,0	0,36	0,48	0,611	-1,644
10. Smatrate li da imate više problema u pamćenju nego većina drugih ljudi?	0,0	1,0	0,13	0,34	2,217	2,945
11. Smatrate li da Vam je život sada predivan?	0,0	1,0	0,18	0,38	1,724	0,981
12. Osećate li se bezvredno (ovakvi kakvi ste sada)?	0,0	1,0	0,25	0,43	1,195	-0,578

Rezultati istraživanja

13. Da li se osećate punim energije?	0,0	1,0	0,25	0,43	1,163	-0,653
14. Da li se osećate da ste u bezizlaznoj situaciji?	0,0	1,0	0,22	0,42	1,362	-0,146
15. Smatrate li da je drugima bolje nego Vama?	0,0	1,0	0,40	0,49	0,411	-1,849
Ukupan skor	2,0	11,0	6,57	1,91	0,271	-0,433

* *Sk (Skjunis) pokazatelj zakrivljenosti; Ku (Kurtozis) pokazatelj spljoštenosti*

Kao što se vidi iz Tabele 13. sprovedena analiza ukazuje da kada su u pitanju ajtemi Gerijatrijske skale depresije (GDS), aritmetičke sredine su se kretale u rasponu od 0,13 do 0,93. Sa izuzetkom četiri ajtema, distribucije odgovora značajno odstupaju od normale što se vidi na osnovu vrednosti Skjunisa i Kurtozisa (vrednosti iznad ± 1.5).

Frekvence odgovora na stavke *Gerijatrijske skale depresije (GDS)* predstavljene su u Prilogu broj 4.

5.1.4. Skala brige o sebi (ADL)

Interna konzistencija Skale brige o sebi (ADL) proveravana je izračunavanjem Kronbahovog alfa koeficijenta. Dobijeni rezultati ukazuju da je pouzdanost za skalu u celini iznosila $\alpha=0,598$, što predstavlja nezadovoljavajuću unutrašnju saglasnost (Tabela 14.).

Tabela 14. Mera pouzdanosti Skale brige o sebi (ADL)

		Broj ajtema	Alfa koeficijent
ADL	Ukupan skor	6	0,598

Tabela 15. Prosečne vrednosti, mere varijabiliteta i ukupan skor na dimenzijama Skale brige o sebi (ADL)

ADL	Min	Max	\bar{x}	SD	Sk	Ku
1. Kupaње	0,0	1,0	0,78	0,42	-1,362	-0,146
2. Ovlačenje	0,0	1,0	0,95	0,23	-3,933	13,608
3. Upotreba toaleta	0,0	1,0	1,00	0,07	-14,142	200,000
4. Kretanje	0,0	1,0	0,96	0,20	-4,730	20,582
5. Kontinencija	0,0	1,0	0,96	0,21	-4,423	17,740
6. Ishrana	0,0	1,0	0,98	0,14	-6,909	46,197
Ukupan skor	2,0	6,0	5,62	0,81	-2,479	6,327

* Sk (Skjunis) pokazatelj zakrivljenosti; Ku (Kurtosis) pokazatelj spljoštenosti

Kao što se vidi iz Tabele 15. sprovedena analiza ukazuje da kada su u pitanju dimenzije Skale brige o sebi (ADL), aritmetičke sredine su se kretale u rasponu od 0,78 do 0,98, sa izuzetkom jedne dimenzije. Distribucija značajno odstupa od normale što se vidi na osnovu vrednosti Skjunisa i Kurtozisa (vrednosti iznad $\pm 1,5$).

U Tabeli 16. prikazana je distribucija odgovora u odnosu na kategorije Skale brige o sebi.

Tabela 16. Klasifikacija kategorija ukupnog skora na Skali brige o sebi (ADL)

ADL	<i>N (%)</i>
Puna funkcionalnost	181 (90,5%)
Umereno oštećenje	16 (8,0%)
Ozbiljno oštećenje	3 (1,5%)

Pregledom Tabele 16. može se uočiti da oko 91% ispitanika pokazuje punu funkcionalnost, dok 8% ispitanika pokazuje umereno, a 1,5% ozbiljno oštećenje.

Frekvence odgovora na dimenzijama *Skale brige o sebi (ADL)* predstavljene su u Prilogu broj 5.

5.1.5. Lubenova skala društvenih kontakata (LSNS-6)

Interna konzistencija Lubenove skale društvenih kontakata (LSNS-6) proveravana je izračunavanjem Kronbahovog alfa koeficijenta. Dobijeni rezultati ukazuju da je pouzdanost za skalu u celini iznosila $\alpha=0,862$, što predstavlja dobru unutrašnju saglasnost. Pouzdanost pojedinačnih subskala upitnika je iznosila 0,898 (Porodica) i 0,917 (Prijatelji), što predstavlja odličnu internu konzistenciju.

Tabela 17. Mera pouzdanosti Lubenove skale društvenih kontakata (LSNS-6)

		Broj ajtema	Alfa koeficijent
LSNS-6	Ukupan skor	6	0,862
	Porodica	3	0,898
	Prijatelji	3	0,917

Tabela 18. Prosečne vrednosti, mere varijabiliteta i ukupan skor na dimenzijama Lubenove skale društvenih kontakata (LSNS-6)

LSNS-6	Min	Max	\bar{X}	SD	Sk	Ku
1. Sa koliko članova porodice (šire i uže) se vidite ili čujete makar jednom mesečno?	1,0	6,0	3,50	1,25	-0,145	-0,661
2. Sa koliko članova porodice možete lako da razgovarate o privatnim temama?	1,0	6,0	2,99	1,13	0,234	-0,673
3. Sa koliko članova porodice ste dovoljno bliski da biste im se obratili za pomoć?	1,0	6,0	2,92	1,08	0,243	-0,416
4. Sa koliko prijatelja se vidite ili čujete makar jednom mesečno?	1,0	6,0	2,99	1,18	-0,111	-0,465
5. Sa koliko prijatelja možete lako da razgovarate o privatnim temama?	1,0	6,0	2,61	1,13	0,468	-0,403
6. Sa koliko prijatelja ste dovoljno bliski da biste im se obratili za pomoć?	1,0	6,0	2,55	1,15	0,578	0,027
Ukupan skor	6,0	34,0	17,54	5,32	0,319	0,307

Kao što se vidi iz Tabele 18. sprovedena analiza ukazuje da kada su u pitanju dimenzije Lubenove skale društvenih kontakata (LSNS-6), aritmetičke sredine su se kretale u rasponu od 2,55 do 3,50. Dakle, od niskih do umerenih slaganja u odnosu na učestalost broj društvenih kontakata. Distribucija odgovora na dimenzije odstupa od normalne distribucije što se vidi na osnovu vrednosti Skjunisa i Kurtozisa (vrednosti iznad $\pm 1,5$). Pregledom dobijenih rezultata može se videti da najveći broj kontakata se odnosi na članove porodice, a da je najmanji broj navođenih ljudi u okviru odgovora na pitanje sa koliko prijatelja ste dovoljno bliski da biste im se obratili za pomoć.

Kao što vidimo u Tabeli 19. sprovedena analiza ukazuje da za ukupan (sumarni) skor Lubenove skale društvenih kontakata (LSNS-6), kao i za domene (Porodica i Prijatelji), karakteristike distribucije odgovaraju normalnoj raspodeli, što se vidi na osnovu vrednosti Skjunisa i Kurtozisa (vrednosti ispod $\pm 1,5$).

Tabela 19. Vrednosti aritmetičkih sredina na subdomenima i ukupnom skoru Lubenove skale društvenih kontakata (LSNS-6)

LSNS-6	<i>Min</i>	<i>Max</i>	\bar{X}	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
Porodica	3,0	18,0	9,40	3,15	-0,031	-0,416
Prijatelji	3,0	17,0	8,14	3,21	0,245	-0,040

* *Sk (Skjunis) pokazatelj zakrivljenosti; Ku (Kurtozis) pokazatelj spljoštenosti*

U Tabeli 20. prikazana je distribucija odgovora u odnosu na kategorije ukupnog skora LSNS upitnika.

Tabela 20. Zastupljenost starijih osoba sa i bez rizika za socijalnu izolaciju na Lubenovoj skali društvenih kontakata (LSNS-6)

LSNS-6	<i>N (%)</i>
Pod rizikom za socijalnu izolaciju	113 (56,5%)
Nisu u riziku za socijalnu izolaciju	87 (43,5%)

Pregledom Tabele 20. može se uočiti da nešto više od polovine uzorka, njih oko 57% ispitanih, predstavlja grupu ispitanika koja su pod rizikom za socijalnu izolaciju.

Frekvence odgovora na dimenzijama na Lubenovoj skali društvenih kontakata predstavljene su u prilogu broj 7.

5.1.6. Skala moći (PM)

Interna konzistencija Skale moći - Pearlin Mastery Scale (PM) proveravana je izračunavanjem Kronbahovog alfa koeficijenta (Tabela 21.).

Tabela 21. Mera pouzdanosti Skale moći (PM)

		Broj ajtema	Alfa koeficijent
PM	Ukupan skor	7	0,654

Pregledom Tabele 21. vidimo da je pouzdanost za skalu u celini iznosi $\alpha=0,654$, što predstavlja nezadovoljavajuću unutrašnju saglasnost.

Tabela 22. Prosečne vrednosti, mere varijabiliteta i ukupan skor na dimenzijama Skale moći

PM	Min	Max	\bar{X}	SD	Sk	Ku
1. Ne postoji način da rešim neke od problema koje imam.	1,0	7,0	3,69	2,48	0,206	-1,565
2. Dozvoljavam da drugi ljudi komanduju mojim životom.	1,0	7,0	5,44	2,00	-0,971	-0,250
3. U maloj meri kontrolišem stvari koje mi se dešavaju.	1,0	7,0	3,70	2,04	0,180	-0,986
4. Mogu da ostvarim sve što zamislim.	1,0	7,0	4,95	1,96	-0,497	-0,764
5. Često se osećam bespomoćno dok rešavam svoje probleme.	1,0	7,0	3,93	2,14	0,080	-1,163
6. Ono što će mi se desiti u budućnosti većinom zavisi od mene (Moja budućnost zavisi od mene).	1,0	7,0	3,47	1,93	0,230	-0,788

7. Ne mogu mnogo da utičem na promene važnih stvari u mom životu.	1,0	7,0	3,20	1,98	0,393	-0,854
Ukupan skor	15,0	40,0	28,36	5,80	0,095	-0,774

* *Sk (Skjunis) pokazatelj zakrivljenosti; Ku (Kurtozis) pokazatelj spljoštenosti*

Kao što se vidi iz Tabele 22. sprovedena analiza ukazuje da kada su u pitanju dimenzije *Skale moći (PM)*, aritmetičke sredine su se kretale u rasponu od 3,20 do 5,44. Dakle, od umerenih do visokih slaganja u odnosu na doživljaj kontrole u odnosu na različite aspekte života. Distribucija odgovora ne odstupa od normalne distribucije što se vidi na osnovu vrednosti Skjunisa i Kurtozisa (vrednosti ispod ± 1.5). Pregledom dobijenih rezultata može se videti da najmanji stepen kontrole (manji broj se odnosi na veće slaganje) imaju nad komandom drugih ljudi i time da mogu da ostvare sve što zamisle, s druge strane najveći stepen kontrole navode da imaju u odnosu na to da mogu da utiču na promenu važnih stvari u svom životu, da budućnost zavisi od njih.

Frekvence odgovora na dimenzije u okviru svakog domena Skale moći - Pearlina Mastery Scale (PM) predstavljene su u Prilogu broj 8.

5.1.7. Skala samopercepcije ličnog starenja (SLO)

Interna konzistencija Skale samopercepcije ličnog starenja (SLO) proveravana je izračunavanjem Kronbahovog alfa koeficijenta. Dobijeni rezultati ukazuju da je pouzdanost za skalu u celini iznosila $\alpha=0,882$, što predstavlja dobru unutrašnju saglasnost (Tabela 23.).

Tabela 23. Mera pouzdanosti Skale samopercepcije ličnog starenja (SLO)

		Broj ajtema	Alfa koeficijent
SLO	Ukupan skor	21	0,882

Tabela 24. Prosečne vrednosti, mere varijabiliteta i ukupan skor na dimenzijama
Skale samopercepcije ličnog starenja (SLO)

SLO	Min	Max	\bar{X}	SD	Sk	Ku
1. To što starim me rastužuje	1,0	4,0	2,30	1,16	0,095	-1,508
2. Neprijatno je imati bore	1,0	4,0	1,94	1,17	0,749	-1,065
3. Starost me plaši	1,0	4,0	2,31	1,16	0,118	-1,485
4. Ne sviđa mi se što mi kosa sedi	1,0	4,0	1,93	1,13	0,762	-0,948
5. Stariji ljudi imaju loš zadah	1,0	4,0	1,99	1,00	0,573	-0,857
6. Strašno je gubiti mentalne sposobnosti sa starošću	1,0	4,0	3,42	0,84	-1,371	1,085
7. Stariji ljudi postaju naivni i ponavljaju se	1,0	4,0	2,79	1,00	-0,494	-0,762
8. Sa starenjem dolazi tuga i usamljenost	1,0	4,0	2,91	1,04	-0,663	-0,721
9. Žene sa kosom koja sedi nisu privlačne	1,0	4,0	1,79	1,10	1,050	-0,403
10. Stariji ljudi su napušteni	1,0	4,0	2,55	1,02	-0,208	-1,078
11. Muškarci kod kojih je ćelavost povezana sa godinama nisu privlačni	1,0	4,0	1,76	1,02	1,102	-0,072
12. Starije žene treba da preduzmu korake kako bi izgledale mlađe	1,0	4,0	2,42	1,20	0,023	-1,551
13. Biti star je depresivno	1,0	4,0	2,51	1,04	-0,191	-1,146
14. Stariji ljudi neprijatno mirišu	1,0	4,0	2,07	0,98	0,488	-0,829
15. Lako je zavarati starije ljude	1,0	4,0	2,60	0,97	-0,285	-0,888
16. Sa starenjem se gubi nezavisnost	1,0	4,0	3,00	1,00	-0,695	-0,605

17. Stariji ljudi uzrokuju mnoge problem	1,0	4,0	2,31	1,05	0,263	-1,116
18. Stariji ljudi nemaju veštine kao što je vožnja automobilom	1,0	4,0	2,46	1,04	0,081	-1,145
19. Stariji ljudi su pohlepni	1,0	4,0	1,75	0,87	0,883	-0,161
20. Starački domovi su depresivni	1,0	4,0	2,42	1,06	-0,032	-1,241
21. Bojim se da ću biti beskoristan kad ostarim	1,0	4,0	2,58	1,21	-0,155	-1,457
Ukupan skor	21,0	84,0	49,78	12,07	0,100	0,010

* *Sk (Skjunis) pokazatelj zakrivljenosti; Ku (Kurtozis) pokazatelj spljoštenosti*

Kao što se vidi iz Tabele 24. sprovedena analiza ukazuje da kada su u pitanju dimenzije *Skale samopercepcije ličnog starenja (SLO)*, aritmetičke sredine su se kretale u rasponu od 1,75 do 3,42. Dakle, od niskih do visokih slaganja u odnosu na samopercepciju raličitih aspekata koji se odnose na starenje. Distribucija odgovora na ajteme ne odstupa od normalne distribucije što se vidi na osnovu vrednosti Skjunisa i Kurtozisa (vrednosti ispod $\pm 1,5$). Pregledom dobijenih rezultata može se videti da su najmanje saglasni sa dimenzijom koji govori da su stari ljudi pohlepni, kao i sa tvrdnjom da muškarci kod kojih je ćelavost povezana sa godinama nisu privlačni, kao i žene, te da im se ne sviđa seda kosa. S druge strane, u većem stepenu su saglasni sa tvrdnjom da sa starenjem dolazi tuga i usamljenost, da se sa starenjem gubi nezavisnost, i da je strašno gubljenje mentalnih sposobnosti koje dolazi sa starošću.

Frekvence odgovora na dimenzije u okviru svakog domena Skale samopercepcije ličnog starenja (SLO) predstavljene su u Prilogu broj 9.

5.1.8. Skala zadovoljstva negom (NHRSS)

Interna konzistencija Skale zadovoljstva negom (NHRSS) proveravana je izračunavanjem Kronbahovog alfa koeficijenta (Tabela 25).

Tabela 25. Mera pouzdanosti Skale zadovoljstva negom (NHRSS)

	Broj ajtema	Alfa koeficijent
NHRSS		
Ukupan skor	10	0,757
Lekarske usluge	3	0,602
Usluge nege	3	0,758
Okruženje	4	0,669

Pregledom Tabele 25. vidimo da se pouzdanost za domene Skale zadovoljstva negom (NHRSS) kretala u intervalu od $\alpha=0,602$ do $\alpha=0,758$. Domen Lekarske usluge ima nešto nižu pouzdanost $\alpha=0,602$. Pouzdanost celokupne skale je zadovoljavajuća i ona iznosi $\alpha=0,757$.

Tabela 26. Prosečne vrednosti i mere varijabiliteta na dimenzijama Skale zadovoljstva negom (NHRSS)

NHRSS	Min	Max	\bar{X}	SD	Sk	Ku
1. Da li lekari dobro postupaju sa Vama	0,0	1,0	0,95	0,22	-4,161	15,466
2. Da li lekari dolaze brzo kad ih pozovete	0,0	1,0	0,98	0,16	-6,131	35,948
3. Da li imate poverenja u lekarske sposobnosti	0,0	1,0	0,97	0,17	-5,552	29,117
4. Da li medicinske sestre dobro postupaju sa Vama	0,0	1,0	0,97	0,18	-5,099	24,239
5. Da li medicinske sestre dolaze brzo kad ih pozovete	0,0	1,0	0,97	0,18	-5,099	24,259
6. Da li imate poverenja u sposobnosti medicinskih sestara	0,0	1,0	0,96	0,20	-4,730	20,582
7. Da li uživate u jelu (serviranje, usluga, izbor, ukus)	0,0	1,0	0,82	0,38	-1,716	0,953

8. Da li Vam se sviđa Vaša soba (urednost, cimer, prostor, temperatura)	0,0	1,0	0,94	0,25	-3,556	10,751
9. Da li imate dovoljno tišine i privatnosti	0,0	1,0	0,97	0,18	-5,099	24,239
10. Da li Vam se sviđa Vaš dnevni raspored	0,0	1,0	0,90	0,30	-2,682	5,272
Ukupan skor	2,0	10,0	9,41	1,34	-3,152	11,008

* *Sk (Skjunis) pokazatelj zakrivljenosti; Ku (Kurtosis) pokazatelj spljoštenosti*

Kao što se vidi iz Tabele 26. sprovedena analiza ukazuje da kada su u pitanju dimenzije *Skale zadovoljstva negom (NHRSS)* aritmetičke sredine su se kretale u rasponu od 0,90 do 0,98, što ukazuje na visok nivo zadovoljstva negom. Distribucija značajno odstupa od normale što se vidi na osnovu vrednosti Skjunisa i Kurtozisa (vrednosti iznad $\pm 1,5$).

Tabela 27. Prosečne vrednosti i mere varijabiliteta na domenu učestalost/aktivnost Skale zadovoljstva negom (NHRSS)

NHRSS	Min	Max	\bar{X}	SD	Sk	Ku
Učestalost/Aktivnost						
1. Koliko se dobro ponašaju prema Vama	1,0	4,0	3,69	0,60	-2,030	4,202
2. Kako biste ocenili vreme koje im je potrebno da Vas posete	2,0	4,0	3,62	0,55	-1,114	0,254
3. Kako biste ocenili svoje samopouzdanje	1,0	4,0	3,68	0,56	-1,758	2,999
4. Koliko se dobro ponašaju prema Vama	2,0	4,0	3,79	0,52	-2,449	5,044
5. Kako biste ocenili vreme koje im je potrebno da Vas posete	2,0	4,0	3,73	0,53	-1,799	2,373
6. Kako bi ste ocenili svoje samopouzdanje	1,0	4,0	3,74	0,56	-2,374	6,127

7. Kako biste ocenili obrok	1,0	4,0	3,27	0,81	-0,878	0,093
8. Kako biste ocenili svoju sobu	1,0	4,0	3,57	0,67	-1,480	1,673
9. Kako bi ste ocenili tišinu i privatnost	1,0	4,0	3,51	0,73	-1,524	2,014
10. Kako bi ste ocenili Vaš dnevni raspored	1,0	4,0	3,33	0,77	-0,863	0,049
Ukupan skor	25,0	40,0	35,90	3,58	-0,821	0,216

* *Sk (Skjunis) pokazatelj zakrivljenosti; Ku (Kurtozis) pokazatelj spljoštenosti*

Kada je u pitanju ocena učestalosti sprovedenih aktivnosti, kao što se vidi iz Tabele 27., aritmetičke sredine su se kretale u rasponu od 3,27 do 3,79, što upućuje na visok nivo zadovoljstva pruženom negom. Distribucija ovih aspekata odgovora na ajteme kod jednog broja varijabli odstupa od normalne raspodale gledajući vrednosti Skjunisa i Kurtozisa (vrednosti iznad $\pm 1,5$).

Pregledom dobijenih rezultata (Tabela 26. i Tabela 27.) može se videti da su ispitanici najmanje zadovoljni dnevnim rasporedom i obrokom, jelom. Sa druge strane, najzadovoljniji su ponašanjem osoblja, svojim samopouzdanjem i vremenom koje je neophodno da ih osobolje poseti.

U Tabeli 27. vidimo da za ukupan (sumarni) skor Skale zadovoljstva negom (NHRSS), karakteristike distribucije odgovaraju normalnoj raspodeli, što se vidi na osnovu vrednosti Skjunisa i Kurtozisa (vrednosti ispod $\pm 1,5$).

Tabela 28. Deskriptivna statistika za domene i ukupan skor Skale zadovoljstva negom (NHRSS)

NHRSS	<i>Min</i>	<i>Max</i>	\bar{X}	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
Lekarske usluge	7,0	12,0	10,99	1,28	-0,999	-0,142
Usluge nege	6,0	12,0	11,25	1,32	-1,790	2,312
Okruženje	5,0	16,0	13,66	2,21	-1,056	1,720

* *Sk (Skjunis) pokazatelj zakrivljenosti; Ku (Kurtozis) pokazatelj spljoštenosti*

Kada su u pitanju karakteristike distribucije pojedinačnih domena, odstupanje od normalne distribucije se beleži u slučaju domena Usluge nege i domena Okruženje, dok domen Lekarske usluge beleži vrednosti Skjunisa i Kurtozisa u granicama normalne distribucije.

Frekvence odgovora na dimenzije u okviru svakog domena Skale zadovoljstva negom (NHRSS) predstavljene su u Prilogu broj 10.

5.1.9. Mini mental kratki kognitivni test (MMSE)

Tabela 29. Prosečne vrednosti, mere varijabiliteta i ukupan skor za Mini mental kratki kognitivni test (MMSE)

MMSE	Min	Max	\bar{X}	SD	Sk	Ku
1. Koja je godina, godišnje doba, mesec, dan, datum	3,0	5,0	4,76	0,49	-1,836	2,588
2. Gde se nalazimo, država, republika, grad, ustanova, sprat	3,0	5,0	4,89	0,39	-3,597	12,787
3. Ispitivač imenuje tri predmeta, ispitanik treba da ih ponovi	2,0	5,0	2,99	0,28	2,338	29,409
4. Oduzimati redom brojeve	0,0	5,0	3,61	1,20	-0,330	-0,666
5. Ispitanik treba da ponovi tri upamćena predmeta iz prethodnog zadatka	0,0	3,0	2,16	0,99	-0,861	-0,458
6. Pokazati ispitaniku tri predmeta i da ih imenuje, npr. olovka, sat, telefon	2,0	2,0	2,00	0,00	/	/
7. Potrebno je da ispitanik ponovi "prvo srpsko parobrodarsko društvo"	0,0	1,0	0,85	0,36	-1,975	1,921
8. Uzmite papir desnom rukom, savijte ga na pola i vratite ga meni	1,0	3,0	2,82	0,48	-2,641	6,224

9. Zatvorite oči	0,0	1,0	0,99	0,10	-9,924	97,459
10. Napišite jednu rečenicu po svom izboru	0,0	1,0	0,84	0,37	-1,869	1,508
11. Precrtajte donju sliku	0,0	1,0	0,87	0,34	-2,217	2,945
Ukupan skor na odgovorena pitanja	25,00	30,00	26,96	1,88	0,462	-1,273

Kao što se vidi iz Tabele 29. sprovedena analiza ukazuje da kada su u pitanju dimenzije *Mini-mental kratkog kognitivnog testa (MMSE)*, aritmetičke sredine su se kretale u rasponu od 0,84 do 4,89. Budući da su merne skale svake dimenzije različite, apsolutne vrednosti aritmetičkih sredina nisu poredive. Distribucija odgovora na dimenzije odstupa od normalne distribucije što se vidi na osnovu vrednosti Skjunisa i Kurtozisa (vrednosti iznad $\pm 1,5$). Za ukupan (sumarni) skor Mini mental kognitivnog testa (MMSE), karakteristike distribucije odgovaraju normalnoj raspodeli, što se vidi na osnovu vrednosti Skjunisa i Kurtozisa (vrednosti ispod $\pm 1,5$).

5.2. Prikaz rezultata po hipotezama

5.2.1. Hipoteza 1.

Korisnici doma za smeštaj i negu starih lica imaju nizak stepen aktivnog starenja i nisku socijalnu participaciju. Starije osobe, ženskog pola, lošijeg materijalnog statusa, iz ruralnih sredina i bez bračnog partnera imaju posebno nisko aktivno starenje i socijalnu participaciju.

Pregledom Tabele 8. i Tabele 11. vidimo da su ispitanici postigli nizak stepen aktivnog starenja i socijalne participacije.

Kako bi se ispitalo da li postoje razlike u aktivnom starenju i socijalnoj participaciji korisnika domova za negu i smeštaj starih lica u odnosu na pol, mesto stanovanja i bračni status, primenjeni su t-testovi za nezavisne uzorke. U tabeli koja sledi (Tabela 30.) prikazane su vrednosti t-testova i nivo značajnosti, kao i aritmetičke sredine i standardne devijacije. Alternativno, primenjena je serija Man-Vitnijevih U testova u slučaju da veličina poduzorka nije dozvolila primenu parametrijskih tehnika i u onim slučajevima gde je zabeležno odstupanje domena od normalne distribucije. U tim slučajevima, u tabelama su prikazane vrednosti Man-Vitnijevog U-testa i nivo značajnosti, kao i prosečni rangovi za svaku grupu.

U Tabeli 30. prikazani su rezultati t-testa koji pokazuju da se vrednosti aritmetičkih sredina dve posmatrane grupe, muškaraca i žena, na korišćenim domenima Skale aktivnog starenja (*Želje/Ciljevi*, *Sposobnosti*, *Mogućnosti/Prilike* i *Učestalost/Aktivnost*), statistički značajno razlikuju jedino u slučaju domena *Sposobnosti*.

Tabela 30. Značajnost polnih razlika u odnosu na aktivno starenje

	Levinov test homogenosti varijansi		t-test za jednakost srednjih vrednosti				
	F	p-nivo	t	df	p-nivo	Prosečna razlika	Std. greška razlike
Želje/Ciljevi	13,152	0,000	0,791	198	0,430	0,064	13,152
UJACAS Sposobnosti	1,771	0,185	3,436	197	0,001	0,300	1,771
Mogućnosti/Prilike	0,176	0,675	1,406	198	0,161	0,125	0,089
Učestalost/Aktivnos t	5,347	0,022	1,566	198	0,119	0,130	0,083

*Skala aktivnog starenja (UJACAS)

Pregledom Tabele 31. može se videti da na domenu sposobnosti, muškarci u odnosu na žene postižu više prosečne skorove što u slučaju ove dimenzije ukazuje na viši nivo samoprocenjene sposobnosti, tj. *Mogućnosti/Prilike* da obavljaju različite aktivnost u prethodne četiri nedelje.

Tabela 31. Deskriptivne karakteristike rezultata na Skali aktivnog starenja (UJACAS) u odnosu na pol ispitanika

		\bar{X}	SD	Std. greška
Želje/Ciljevi	<i>muškarci</i>	2,37	0,45	0,05
	<i>žene</i>	2,31	0,66	0,06
Sposobnosti	<i>muškarci</i>	2,63	0,58	0,06
	<i>žene</i>	2,33	0,64	0,06
Mogućnosti/Prilike	<i>muškarci</i>	2,19	0,62	0,06
	<i>žene</i>	2,07	0,64	0,06
Učestalost/Aktivnost	<i>muškarci</i>	2,03	0,53	0,06
	<i>žene</i>	1,90	0,62	0,06

*muškarci N=94, žene N=106

5.2.1.1. Razlike u aktivnom starenju u odnosu na mesto prebivališta ispitanika

U Tabeli 32. rezultati t-testa pokazuju da se vrednosti aritmetičkih sredina dve posmatrane grupe, starih koji žive u selu ili gradu, na svim korišćenim domenima Skale aktivnog starenja (*Želje/Ciljevi*, *Sposobnosti*, *Mogućnosti/Prilike* i *Učestalost/Aktivnost*), statistički značajno razlikuju.

Tabela 32. Značajnost razlika u postignućima na Skali aktivnog starenja (UJACAS) u odnosu na mesto prebivališta ispitanika

	Levinov test homogenosti varijansi		t-test za jednakost srednjih vrednosti				
	F	p-nivo	T	df	p-nivo	Prosečna razlika	Std. greška razlike
Želje/Ciljevi	2,495	0,116	4,054	196	0,003	2,495	0,116
Sposobnosti	1,891	0,171	2,235	195	0,027	1,891	0,171
Mogućnosti/Prilike	5,527	0,020	4,046	196	0,003	0,29	0,293
Učestalost/Aktivnost	2,297	0,131	3,309	196	0,001	2,297	0,131

*Skala aktivnog starenja (UJACAS)

U Tabeli 33. dobijene vrednosti aritmetičkih sredina ukazuju na činjenicu da ispitanici iz grada imaju viši nivo percepcije načina života (želja, sposobnosti, mogućnosti ili aktivnosti koje se obavljaju u svakodnevnom životu) tj. proces starenja je bio aktivniji ili uspješniji, u odnosu na ispitanike sa sela.

Tabela 33. Deskripcija rezultata na Skali aktivnog starenja (UJACAS) u odnosu na mesto prebivališta ispitanika

		\bar{X}	SD	Std. greška \bar{X}	
UJACAS	Želje/Ciljevi	<i>grad</i>	2,42	0,54	0,05
		<i>selo</i>	2,16	0,61	0,08
	Sposobnosti	<i>grad</i>	2,54	0,62	0,05
		<i>selo</i>	2,32	0,64	0,08
	Mogućnosti/Prilike	<i>grad</i>	2,21	0,59	0,05
		<i>selo</i>	1,92	0,68	0,09
	Učestalost/Aktivnost	<i>grad</i>	2,05	0,54	0,05
		<i>selo</i>	1,76	0,65	0,08

*grad N=138, selo N=59

5.2.1.2. Razlika u aktivnom starenju u odnosu na status veze/bračni status ispitanika

U Tabeli 34. prikazani rezultati Man-Vitnijevog U-testa pokazuju da ne postoje značajne razlike u prosečnim rangovima između ispitivanih grupa formiranih u odnosu na bračni status na svim domenima upitnika UJACAS.

Tabela 34. Značajnost razlika u ostvarenim rezultatima u odnosu na status veze/bračni status ispitanika

UJACAS	grupe	Prosečan rang	Med	\bar{X}	U test	p-nivo
Želje/Ciljevi	sam/a	25,62	2,41	2,34	18,0	0,170
	u vezi	10,50	2,18	2,32		
Sposobnosti	sam/a	25,45	2,50	2,47	26,0	0,333
	u vezi	14,50	3,18	2,75		
Mogućnosti/Prilike	sam/a	24,98	2,12	2,12	46,0	0,980
	u vezi	25,50	2,47	2,38		
Učestalost/Aktivnost	sam/a	24,64	1,88	1,96	30,0	0,435
	u vezi	33,50	1,94	1,96		

*sam/sama N=195; U vezi N=5; *Skala aktivnog starenja (UJACAS)*Man-Vitnijev U-test

5.2.1.3. Povezanost aktivnog starenja sa varijablama starost i mesečna primanja ispitanika

Kako bi se utvrdilo da li postoji povezanost domena Skale aktivnog starenja (*Želje/Ciljevi*, *Sposobnosti*, *Mogućnosti/Prilike* i *Učestalost/Aktivnost*) sa varijablama starost i mesečna primanja, primenjen je Pirsonov koeficijent linearne korelacije.

U Tabeli 35. prikazana je povezanost domena upitnika UJACAS i varijable starost. Beleži se postojanje dve statistički značajne korelacije i to sa domenima *Želje/Ciljevi* i *Sposobnosti*. Obe značajne veze su pozitivnog smera i niskog intenziteta. Dobijena pozitivna korelacija upućuje da je veći stepen na jednom domenu povezan sa većim skorom na drugom domenu i obrnuto. Drugim rečima, stariji ispitanici višim procenjuju svoje *Želje/Ciljeve* i *Sposobnosti*.

Kada je u pitanju varijabla mesečna primanja, pregledom Tabele 35. može se uočiti da se ne beleži ni jedna statistički značajna korelacija sa skorovima na domenima UJACAS skale.

Tabela 35. Povezanost aktivnog starenja sa varijablama starost i mesečna primanja ispitanika

		Starost	Mesečna primanja
UJACAS	Želje/Ciljevi	0,235**	-0,028
	Sposobnosti	0,212**	-0,086
	Mogućnosti/Prilike	0,133	-0,031
	Učestalost/Aktivnost	0,122	0,077

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$; Skala aktivnog starenja (UJACAS)

5.2.1.4. Razlike u socijalnoj participaciji u odnosu na pol ispitanika

U Tabeli 36. prikazani rezultati Man-Vitnjevog U-testa pokazuju da su razlike u prosečnim rangovima između ispitivanih grupa, muškaraca i žena, na merama učestalosti i raznolikosti socijalne participacije merenih domenima upitnika MSPP (*Potrošačko učešće, Formalno društveno učešće, Neformalno društveno učešće prijatelji i Neformalno društveno učešće porodica*) statistički značajne u slučaju dva domena. U pitanju su domeni Potrošačko učešće i Formalno društveno učešće u oba modaliteta i učestalosti i raznolikosti. U oba slučaja muškarci u odnosu na žene postižu viši prosečni rang, što upućuje na bolju socijalnu participaciju u navedenim domenima.

Tabela 36. Značajnost razlika u socijalnoj participaciji u odnosu na pol ispitanika

	MSP	grupe	Prosečan rang	Med	\bar{X}	U test	p-nivo
UČESTALOST	Potrošačko učešće	<i>muškarc</i>	111,11	0,29	0,33	3985,0	0,012
		<i>žene</i>	91,09	0,14	0,21		
	Formalno društveno učešće	<i>muškarc</i>	110,91	0,00	0,42	4004,0	0,005
		<i>žene</i>	91,26	0,00	0,21		
	Neformalno društveno učešće-prijatelji	<i>muškarc</i>	104,56	0,75	0,86	4600,5	0,348
		<i>žene</i>	96,90	0,75	0,74		
	Neformalno društveno učešće porodica	<i>muškarc</i>	103,32	0,88	0,92	4717,0	0,514
		<i>žene</i>	98,00	0,88	0,82		
RAZNOLIKOST	Potrošačko učešće	<i>muškarc</i>	109,35	1,00	1,53	4150,0	0,034
		<i>žene</i>	92,65	1,00	1,14		
	Formalno društveno učešće	<i>muškarc</i>	110,23	0,00	0,52	4067,0	0,008
		<i>žene</i>	91,87	0,00	0,29		
	Neformalno društveno učešće-prijatelji	<i>muškarc</i>	106,17	4,00	4,11	4449,0	0,183
		<i>žene</i>	95,47	4,00	3,70		
	Neformalno društveno učešće porodica	<i>muškarc</i>	104,61	4,00	3,88	4596,0	0,330
		<i>žene</i>	96,86	4,00	3,65		

*muškarc N=94; žene N=106; Skala socijalne participacije (MSPP)*Man-Vitnjev U-test

U Tabeli 37. rezultati Man-Vitnjevog U-testa pokazuju da su razlike u prosečnim rangovima između ispitivanih grupa, ispitanika iz grada i ispitanika sa sela, na merama učestalosti i raznolikosti socijalne participacije merenih domenima upitnika MSPP (*Potrošačko učešće, Formalno društveno učešće, Neformalno društveno učešće-prijatelji i Neformalno društveno učešće-porodica*) statistički značajne u slučaju dva domena. U pitanju su i mere učestalosti i mere raznolikosti domena Neformalno društveno učešće-prijatelji i Neformalno društveno učešće-porodica. U oba slučaja osobe iz grada u odnosu na osobe sa sela imaju viši stepen socijalne participacije u navedenim domenima.

Tabela 37. Razlike u socijalnoj participaciji u odnosu na mesto prebivališta ispitanika

	MSPP	grupe	Prosečan rang	Med	\bar{X}	U test	<i>p</i> -nivo
UČESTALOST	Potrošačko učešće	<i>grad</i>	99,63	0,14	0,26	4084,0	0,961
		<i>selo</i>	99,20	0,14	0,29		
	Formalno društveno učešće	<i>grad</i>	96,66	0,00	0,27	3705,5	0,211
		<i>selo</i>	106,19	0,00	0,36		
	Neformalno društveno učešće-prijatelji	<i>grad</i>	111,10	0,75	0,88	2487,5	0,000
		<i>selo</i>	72,16	0,50	0,58		
Neformalno društveno učešće porodica	<i>grad</i>	110,04	1,00	0,96	2636,0	0,000	
	<i>selo</i>	74,68	0,75	0,68			
RAZNOLIKOST	Potrošačko učešće	<i>grad</i>	100,58	1,00	1,34	3951,0	0,673
		<i>selo</i>	96,97	1,00	1,31		
	Formalno društveno učešće	<i>grad</i>	97,51	0,00	0,38	3824,5	0,373
		<i>selo</i>	104,18	0,00	0,42		
	Neformalno društveno učešće-prijatelji	<i>grad</i>	111,42	4,00	4,23	2444,0	0,000
		<i>selo</i>	71,42	4,00	4,05		
Neformalno društveno učešće porodica	<i>grad</i>	108,38	4,00	4,03	2865,5	0,001	
	<i>selo</i>	78,57	4,00	3,12			

**grad* N=139; *selo* N=59; Skala socijalne participacije (MSPP)

U Tabeli 38. prikazani rezultati Man-Vitnijevog U-testa pokazuju da su razlike u prosečnim rangovima između ispitivanih grupa, ispitanika u vezi i ispitanika koji su sami, na merama učestalosti i raznolikosti socijalne participacije merenih domenima upitnika MSPP (*Potrošačko učešće*, *Formalno društveno učešće*, *Neformalno društveno učešće-prijatelji* i *Neformalno društveno učešće-porodica*) statistički značajne u slučaju dva domena. U pitanju su i mere učestalosti i mere raznolikosti domena *Neformalno društveno učešće-prijatelji* i *Neformalno društveno učešće-porodica*. U oba slučaja osobe koje su u vezi u odnosu na osobe koje su same postižu viši prosečni rang, što upućuje na bolju socijalnu participaciju u navedenim domenima. Drugim rečima, osobe koje su u vezi postižu viši nivo socijalne participacije u domenima neformalnog društvenog učešća i sa prijateljima i sa porodicom.

Tabela 38. Razlike u socijalnoj participaciji u odnosu na status veze/bračni status ispitanika

	MSPP	grupe	Prosečan rang	Med	\bar{X}	U test	p-nivo
UČESTALOST	Potrošačko učešće	sam/a	99,72	0,14	0,26	334,5	0,219
		u vezi	131,10	0,14	0,66		
	Formalno društveno učešće	sam/a	100,60	0,00	0,31	468,5	0,863
		u vezi	96,70	0,00	0,20		
	Neformalno društveno učešće-prijatelji	sam/a	99,20	0,75	0,77	234,0	0,046
		u vezi	151,20	1,00	1,70		
Neformalno društveno učešće porodica	sam/a	98,43	0,88	0,84	84,0	0,002	
	u vezi	181,20	1,88	2,15			
RAZNLIKOST	Potrošačko učešće	sam/a	99,67	1,00	1,30	326,0	0,188
		u vezi	132,80	1,00	2,20		
	Formalno društveno učešće	sam/a	100,45	0,00	0,40	478,5	0,933
		u vezi	102,30	0,00	0,40		
	Neformalno društveno učešće-prijatelji	sam/a	99,07	4,00	3,84	209,0	0,026
		u vezi	156,20	6,00	6,00		
Neformalno društveno učešće porodica	sam/a	98,59	4,00	3,69	116,0	0,003	
	u vezi	174,80	6,00	6,40			

*sam/a N=195; u vezi (oženjen/udata, u vezi) N=5; Skala socijalne participacije (MSPP)*Mann-Vitnijev U-test

Kako bi se utvrdilo da li postoji povezanost domena upitnika MSPP u oba modaliteta (učestalost i raznolikost), sa varijablama starost i mesečna primanja, primenjen je Spirmanov koeficijent rang korelacije (Tabela 39.).

U Tabeli 39. prikazana je povezanost domena upitnika MSPP u oba modaliteta (učestalost i raznolikost) i varijable starost. Beleži se postojanje statistički značajnih korelacija, s izuzetkom varijable Neformalno društveno učešće-prijatelji, koja nije pokazala značajnu vezu sa starošću. Statistički značajne korelacije su se kretale u rasponu od niskih do umerenih. Vezu umerenog intenziteta i pozitivnog smera, starost ostvaruje sa domenom Potrošačko učešće, dok sa domenom Formalno društveno učešće beleži vezu niskog intenziteta i pozitivnog smera. Dobijena pozitivna korelacija upućuje da je veći stepen na jednom domenu povezan sa većim skorom na drugom domenu i obrnuto. Drugim rečima, stariji ispitanici imaju više skorove na oba domena

i Potrošačko učešće i Formalno društveno učešće, što upućuje na bolju socijalnu participaciju u navedenim domenima. S druge strane, starost sa domenom Neformalno društveno učešće ostvaruje vezu niskog intenziteta i negativnog smera. Ovakav smer veze upućuje na to da mlađi ispitanici imaju bolju socijalnu participaciju u ovom domenu i obrnuto.

Kada je u pitanju varijabla mesečna primanja, pregledom Tabele 39. može se uočiti postojanje dve statistički značajne korelacije sa skorovima na domenima MSPP skale- Neformalno društveno učešće-prijatelji i Neformalno društveno učešće-porodica, u oba modaliteta (učestalosti i raznolikosti). Dobijene veze su niskog intenziteta i negativnog smera, što upućuje na to da osobe nižih mesečnih primanja postižu više skorove na ovim domenima, tj. imaju bolju socijalnu participaciju u ovim domenima, kao i obrnuto.

Tabela 39. Povezanost socijalne participacije sa varijablama starost i mesečna primanja ispitanika

	MSPP	Starost	Mesečna primanja
UČESTALOST	Potrošačko učešće	0,370**	-0,124
	Formalno društveno učešće	0,227**	-0,103
	Neformalno društveno učešće prijatelji	0,043	-0,199**
	Neformalno društveno učešće porodica	-0,212**	-0,230**
RAZNOLIKOST	Potrošačko učešće	0,390**	-0,113
	Formalno društveno učešće	0,273**	-0,105
	Neformalno društveno učešće prijatelji	0,079	-0,221**
	Neformalno društveno učešće porodica	-0,241**	-0,286**

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$; Skala socijalne participacije (MSPP)

5.2.2. Hipoteza 2.

Postojanje invaliditeta, hroničnih ili malignih bolesti i niži funkcionalni status su u vezi sa nižim aktivnim starenjem i lošijom socijalnom participacijom korisnika domova za negu i smeštaj starih lica.

5.2.2.1. Razlike u aktivnom starenju u odnosu na prisustvo ili odsustvo hroničnih bolesti

Kako bi se ispitalo da li postoje razlike u aktivnom starenju i socijalnoj participaciji korisnika domova za negu i smeštaj starih lica u odnosu na zdravstveni (postojanje invaliditeta i/ili hroničnih bolesti) i funkcionalni status korisnika, primenjena je serija Man-Vitnijevih U testova, budući da veličina poduzorka nije dozvolila primenu parametrijskih tehnika. U tabelama koje slede prikazane su vrednosti Man-Vitnijevog U-testa i nivo značajnosti, kao i prosečni rangovi za svaku grupu.

U Tabeli 40. rezultati Man-Vitnijevog U-testa pokazuju da se razlike u prosečnim rangovima između ispitivanih grupa, ispitanika sa i ispitanika bez hronične bolesti, na korišćenim domenima Skale aktivnog starenja (*Želje/Ciljevi, Sposobnosti, Mogućnosti/Prilike i Učestalost/Aktivnost*), statistički značajno razlikuju jedino u slučaju domena Učestalost/Aktivnost. Osobe bez hroničnih bolesti postižu viši prosečni rang u odnosu na one koji imaju neku od hroničnih bolesti, što u slučaju ovog domena ukazuje na viši nivo samoprocenjene Učestalosti/Aktivnosti, tj. učestalosti obavljanja različitih aktivnosti u prethodne četiri nedelje.

Tabela 40. Značajnost razlika u aktivnom starenju u odnosu na prisustvo ili odsustvo hroničnih bolesti

UJACAS	Hronične bolesti	Prosečan rang	Med	\bar{X}	U test	p-nivo
Želje/Ciljevi	<i>ne</i>	118,70	2,65	2,49	1732,5	0,093
	<i>da</i>	97,90	2,35	2,32		
Sposobnosti	<i>ne</i>	118,92	2,62	2,69	1646,0	0,086
	<i>da</i>	97,41	2,47	2,44		
Mogućnosti/Prilike	<i>ne</i>	114,86	2,29	2,23	1828,5	0,185
	<i>da</i>	98,45	2,06	2,11		
Učestalost/Aktivnost	<i>ne</i>	127,38	2,18	2,20	1515,5	0,013
	<i>da</i>	96,66	1,82	1,93		

* *nema hronične bolesti N=25; ima hronične bolesti N=175; Skala aktivnog starenja (UJACAS)* Man-Vitnijev U-test*

5.2.2.2. Razlike u aktivnom starenju u odnosu na prisustvo ili odsustvo malignih bolesti

U Tabeli 41. prikazani rezultati Man-Vitnijevog U-testa pokazuju da se razlike u prosečnim rangovima između ispitivanih grupa, ispitanika sa i ispitanika bez maligne bolesti, na korišćenim domenima Skale aktivnog starenja (*Želje/Ciljevi, Sposobnosti, Mogućnosti/Prilike i Učestalost/Aktivnost*), statistički značajno razlikuju u slučaju tri domena: *Želje/Ciljevi, Sposobnosti, Mogućnosti/Prilike*. Na svim domenima, ispitanici koji su imali neku malignu bolest u odnosu na ispitanike koji nemaju istu postižu više prosečne skorove u slučaju pomenutih domena što ukazuje na viši nivo samoprocenjenih *Želja/Ciljeva, Sposobnosti, Mogućnosti/Prilika*, tj. viši stepen aktivnog starenja.

Tabela 41. Značajnost razlika u aktivnom starenju u odnosu na prisustvo ili odsustvo malignih bolesti

UJACAS	maligne bolesti	Prosečan rang	Med	\bar{X}	U test	p-nivo
Želje/Ciljevi	ne	97,62	2,41	2,32	215,5	0,009
	da	159,58	4,00	2,91		
Sposobnosti	ne	97,43	2,47	2,45	272,5	0,029
	da	149,08	2,85	4,07		
Mogućnosti/Prilike	ne	97,50	2,06	2,11	192,0	0,005
	da	163,50	2,76	2,91		
Učestalost/Aktivnost	ne	98,25	1,88	1,96	335,5	0,082
	da	139,58	2,24	2,28		

*nema malignu bolest N=192; ima malignu bolest N=6; Skala aktivnog starenja (UJACAS);*Man-Vitnijev U-test

5.2.2.3. Razlike u aktivnom starenju u odnosu na prisustvo telesnog invaliditeta ispitanika

U Tabeli 42. prikazani rezultati Man-Vitnijevog U-testa pokazuju da razlike u prosečnim rangovima između ispitivanih grupa, ispitanika sa i ispitanika bez telesnog invaliditeta, na korišćenim domenima Skale aktivnog starenja (*Želje/Ciljevi, Sposobnosti, Mogućnosti/Prilike i Učestalost/Aktivnost*), nisu statistički značajne.

Tabela 42. Značajnost razlika u aktivnom starenju u odnosu na prisustvo ili odsustvo invaliditeta

UJACAS	telesni invaliditet	Prosečan rang	Med	\bar{X}	U test	p-nivo
Želje/Ciljevi	ne	101,20	2,41	2,34	907,0	0,477
	da	88,45	2,12	2,26		
Sposobnosti	ne	101,37	2,53	2,49	777,0	0,166
	da	76,64	2,06	2,22		
Mogućnosti/Prilike	ne	101,98	2,12	2,14	759,0	0,133
	da	75,00	1,94	1,87		
Učestalost/Aktivnost	ne	101,83	1,94	1,98	788,0	0,177
	da	77,64	1,82	1,72		

*nema telesni invaliditet N=189; ima telesni invaliditet N=11; Skala aktivnog starenja (UJACAS);*Man-Vitnjev U-test

5.2.2.4. Razlike u aktivnom starenju u odnosu na funkcionalnu sposobnost

U Tabeli 43. prikazani rezultati Man-Vitnjevog U-testa pokazuju da se razlike u prosečnim rangovima između ispitivanih grupa, ispitanika koji pokazuju punu funkcionalnost i onih sa umereno i ozbiljno narušenom funkcionalnošću, na korišćenim domenima Skale aktivnog starenja (*Želje/Ciljevi*, *Sposobnosti*, *Mogućnosti/Prilike* i *Učestalost/Aktivnost*), statistički značajno razlikuju u slučaju sva četiri domena. Na svim domenima, ispitanici koji imaju punu funkcionalnost u odnosu na ispitanike koji imaju narušenu funkcionalnost postižu više prosečne skorove u slučaju pomenutih domena što ukazuje na viši nivo samoprocenjenih *Želja/Ciljeva*, *Sposobnosti*, *Mogućnosti/Prilika* i *Učestalosti/Aktivnosti*, tj. viši stepen aktivnog starenja. Drugim rečima, starije osobe koje su funkcionalno očuvane postižu viši stepen aktivnog starenja.

Tabela 43. Značajnost razlika u aktivnom starenju u odnosu na funkcionalnu sposobnost

UJACAS	Funkcionalnost (ADL)	Prosečan rang	Med	\bar{X}	U test	p-nivo
Želje/Ciljevi	puna funkcionalnost	104,08	2,47	2,37	1071,0	0,007
	umereno i ozbiljno oštećenje	66,37	2,06	2,00		
Sposobnosti	puna funkcionalnost	105,06	2,53	2,53	800,0	0,000
	umereno i ozbiljno oštećenje	52,11	1,71	1,91		
Mogućnosti/Prilike	puna funkcionalnost	107,15	2,18	2,21	516,0	0,000
	umereno i ozbiljno oštećenje	37,16	1,18	1,36		
Učestalost/Aktivnost	puna funkcionalnost	106,96	2,00	2,03	550,0	0,000
	umereno i ozbiljno oštećenje	38,95	1,12	1,31		

*puna funkcionalnost N=181; umereno i ozbiljno oštećenje N=19; Skala aktivnog starenja (UJACAS); Skala brige o sebi (ADL);*Man-Vitnijev U-test

5.2.2.5. Razlike u socijalnoj participaciji u odnosu na prisustvo ili odsustvo hroničnih bolesti

U Tabeli 44. prikazani rezultati Man-Vitnijevog U-testa pokazuju da su razlike u prosečnim rangovima između ispitivanih grupa, ispitanika sa i ispitanika bez hronične bolesti, merama učestalosti i raznolikosti socijalne participacije merenih domenima upitnika MSPP (*Potrošačko učešće, Formalno društveno učešće, Neformalno društveno učešće-prijatelji i Neformalno društveno učešće-porodica*) statistički značajne u slučaju dva domena. U pitanju su i mere učestalosti i mere raznolikosti domena Formalno društveno učešće i Neformalno društveno učešće-porodica. U slučaju domena Formalno društveno učešće, osobe koje imaju hroničnu bolest postižu viši prosečni rang, tj. bolju socijalnu participaciju u ovom domenu. U slučaju domena Neformalno društveno učešće-porodica, osobe bez hronične bolesti postižu viši prosečni rang, tj., pokazuju viši nivo socijalne participacije u ovom domenu u odnosu na one sa prisutnom dijagnozom hronične bolesti.

Tabela 44. Značajnost razlika u socijalnoj participaciji u odnosu na prisustvo ili odsustvo hroničnih bolesti

	MSPP	hronične bolesti	Prosečan rang	Med	\bar{X}	U test	p-nivo
UČESTALOST	Potrošačko učešće	ne	88,42	0,14	0,19	1885,5	0,252
		da	102,23	0,14	0,28		
	Formalno društveno učešće	ne	82,78	0,00	0,20	1744,5	0,057
		da	104,03	0,00	0,33		
	Neformalno društveno učešće-prijatelji	ne	101,08	0,75	0,78	2174,0	0,957
		da	100,42	0,75	0,80		
	Neformalno društveno učešće porodica	ne	144,06	1,13	1,13	1123,5	0,000
		da	94,42	0,88	0,83		
RAZNOLIKOST	Potrošačko učešće	ne	82,76	1,00	0,88	1744,0	0,088
		da	104,03	1,00	1,39		
	Formalno društveno učešće	ne	79,02	0,00	0,16	1650,5	0,019
		da	103,57	0,00	0,43		
	Neformalno društveno učešće-prijatelji	ne	99,20	4,00	3,92	2155,0	0,903
		da	100,69	4,00	3,89		
	Neformalno društveno učešće porodica	ne	132,22	5,00	4,52	1394,5	0,003
		da	95,97	4,00	3,65		

*ima hronične bolesti N=175; nema hronične bolesti N=25; Skala socijalne participacije (MSPP);*Man-Vitnjev U-test

5.2.2.6. Razlika u socijalnoj participaciji u odnosu na prisustvo ili odsustvo malignih bolesti

U Tabeli 45. prikazani rezultati Man-Vitnjevog U-testa pokazuju da razlike u prosečnim rangovima između ispitivanih grupa, ispitanika sa i ispitanika koji nemaju istoriju maligne bolesti, na merama učestalosti i raznolikosti socijalne participacije merenih domenima upitnika MSPP (*Potrošačko učešće*, *Formalno društveno učešće*, *Neformalno društveno učešće-prijatelji* i *Neformalno društveno učešće-porodica*), nisu statistički značajne.

Tabela 45. Značajnost razlika u socijalnoj participaciji u odnosu na prisustvo ili odsustvo malignih bolesti

	MSPP	maligne bolesti	Prosečan rang	Med	\bar{X}	U test	p-nivo
UČESTALOST	Potrošačko učešće	ne	98,51	0,14	0,27	385,0	0,156
		da	131,33	0,29	0,33		
	Formalno društveno učešće	ne	99,38	0,00	0,32	552,0	0,841
		da	103,50	0,25	0,25		
	Neformalno društveno učešće-prijatelji	ne	98,74	0,75	0,79	430,5	0,290
		da	123,75	0,88	0,96		
	Neformalno društveno učešće porodica	ne	99,11	0,88	0,87	501,5	0,588
		da	111,92	0,88	0,98		
RAZNOLIKOST	Potrošačko učešće	ne	98,35	1,00	1,32	355,0	0,096
		da	136,33	2,00	2,00		
	Formalno društveno učešće	ne	99,16	0,00	0,40	510,0	0,572
		da	110,50	0,50	0,50		
	Neformalno društveno učešće-prijatelji	ne	99,01	4,00	3,91	482,0	0,488
		da	115,17	4,50	4,33		
	Neformalno društveno učešće porodica	ne	98,83	4,00	3,75	447,0	0,335
		da	121,00	4,00	4,33		

*nema malignu bolest N=192; ima malignu bolest N=6; Skala socijalne participacije (MSPP);*Man-Vitnjev U-test

5.2.2.7. Razlike u socijalnoj participaciji u odnosu na postojanje telesnog invaliditeta

U Tabeli 46. prikazani rezultati Man-Vitnjevog U-testa pokazuju da razlike u prosečnim rangovima između ispitivanih grupa, ispitanika sa i ispitanika bez telesnog invaliditeta, na merama učestalosti i raznolikosti socijalne participacije merenih domenima upitnika MSPP (*Potrošačko učešće, Formalno društveno učešće, Neformalno društveno učešće-prijatelji i Neformalno društveno učešće-porodica*), nisu statistički značajne.

Tabela 46. Značajnost razlika u socijalnoj participaciji u odnosu na postojanje telesnog invaliditeta

	MSPP	Telesni invaliditet	Prosečan rang	Med	\bar{X}	U test	<i>p-nivo</i>
UČESTALOST	Potrošačko učešće	<i>ne</i>	101,18	0,14	0,26	911,0	0,479
		<i>da</i>	88,82	0,14	0,34		
	Formalno društveno učešće	<i>ne</i>	101,18	0,00	0,32	910,5	0,422
		<i>da</i>	88,77	0,00	0,18		
	Neformalno društveno učešće-prijatelji	<i>ne</i>	99,83	0,75	0,78	914,0	0,496
		<i>da</i>	112,00	0,75	1,09		
	Neformalno društveno učešće porodica	<i>ne</i>	99,91	0,88	0,85	928,0	0,548
		<i>da</i>	110,64	0,88	1,19		
RAZNLIKOST	Potrošačko učešće	<i>ne</i>	101,22	1,00	1,33	904,0	0,446
		<i>da</i>	88,09	1,00	1,18		
	Formalno društveno učešće	<i>ne</i>	101,11	0,00	0,41	923,5	0,461
		<i>da</i>	89,95	0,00	0,27		
	Neformalno društveno učešće-prijatelji	<i>ne</i>	100,52	4,00	3,88	1035,0	0,980
		<i>da</i>	100,09	4,00	4,09		
	Neformalno društveno učešće porodica	<i>ne</i>	100,45	4,00	3,74	1030,0	0,958
		<i>da</i>	101,36	4,00	4,09		

*nema telesni invaliditet N=189; ima telesni invaliditet N=11; Skala socijalne participacije (MSPP);*Man-Vitnjev U-test

5.2.2.8. Razlike u socijalnoj participaciji u odnosu na funkcionalnu sposobnost ispitanika

U Tabeli 47. prikazani su rezultati Man-Vitnjevog U-testa koji pokazuju da su razlike u prosečnim rangovima između ispitivanih grupa, ispitanika koji pokazuju punu funkcionalnost i onih sa umereno i ozbiljno narušenom funkcionalnošću, na merama učestalosti i raznolikosti socijalne participacije merenih domenima upitnika MSPP (*Potrošačko učešće*, *Formalno društveno učešće*, *Neformalno društveno učešće-prijatelji* i *Neformalno društveno učešće-porodica*) statistički značajne u slučaju tri domena. U pitanju su i mere učestalosti i mere raznolikosti domena *Potrošačko učešće* i *Formalno društveno učešće* i mera raznolikosti domena *Neformalno društveno*

učešće-prijatelji. U svim slučajevima osobe koje pokazuju punu funkcionalnost postižu viši prosečni rang, što upućuje na bolju socijalnu participaciju u navedenim domenima.

Tabela 47. Značajnost razlika u socijalnoj participaciji u odnosu na funkcionalnu sposobnost ispitanika

	MSPP	Funkcionalnost (ADL)	Prosečan rang	Med	\bar{X}	U test	p-nivo
UČESTALOST	Potrošačko učešće	<i>puna funkcionalnost</i>	105,27	0,14	0,29	856,0	0,000
		<i>umereno i ozbiljno oštećenje</i>	55,05	0,00	0,08		
	Formalno društveno učešće	<i>puna funkcionalnost</i>	104,38	0,00	0,34	1016,5	0,001
		<i>umereno i ozbiljno oštećenje</i>	63,50	0,00	0,00		
	Neformalno društveno učešće-prijatelji	<i>puna funkcionalnost</i>	102,68	0,75	0,81	1325,0	0,098
		<i>umereno i ozbiljno oštećenje</i>	79,74	0,63	0,62		
	Neformalno društveno učešće porodica	<i>puna funkcionalnost</i>	101,72	0,88	0,88	1498,0	0,354
		<i>umereno i ozbiljno oštećenje</i>	88,84	0,75	0,78		
RAZNOLIKOST	Potrošačko učešće	<i>puna funkcionalnost</i>	105,12	1,00	1,41	884,0	0,000
		<i>umereno i ozbiljno oštećenje</i>	56,53	0,00	0,47		
	Formalno društveno učešće	<i>puna funkcionalnost</i>	104,38	0,00	0,44	1016,5	0,001
		<i>umereno i ozbiljno oštećenje</i>	63,50	0,00	0,00		
	Neformalno društveno učešće-prijatelji	<i>puna funkcionalnost</i>	103,45	4,00	3,99	1186,0	0,023
		<i>umereno i ozbiljno oštećenje</i>	72,42	4,00	2,95		
	Neformalno društveno učešće porodica	<i>puna funkcionalnost</i>	101,82	4,00	3,79	1481,0	0,305
		<i>umereno i ozbiljno oštećenje</i>	87,95	4,00	3,47		

*puna funkcionalnost N=181; umereno i ozbiljno oštećenje N=19; Skala socijalne participacije (MSPP); Skala brige o sebi (ADL);*Man-Vitnijev U-test

5.2.3. Hipoteza 3.

Korisnici doma za smeštaj i negu starih lica koji imaju lošiji kognitivni status kao i oni koji imaju izraženija depresivna obeležja ostvaruju niži stepen aktivnog starenja i lošiju socijalnu participaciju.

Kako bi se utvrdilo da li postoji povezanost domena Skale aktivnog starenja (*Želje/Ciljevi, Sposobnosti, Mogućnosti/Prilike i Učestalost/Aktivnost*), i Skale socijalne participacije (*Potrošačko učešće, Formalno društveno učešće, Neformalno društveno učešće-prijatelji i Neformalno društveno učešće-porodica*), s jedne strane i kognitivnog i mentalnog statusa s druge strane, primenjen je Pirsonov koeficijent linearne korelacije, odnosno Spirmanov koeficijent rang korelacije (kod mera kod kojih je utvđeno odstupanje od normalnosti).

U Tabeli 48. prikazana je povezanost domena upitnika UJACAS i mere kognitivnog statusa izraženog skorom na Mini-mental kognitivnom testu (MMSE). Beleži se postojanje statistički značajnih korelacija domena *Želje/Ciljevi, Sposobnosti i Učestalost/Aktivnost*. Dobijene veze su niskog intenziteta i pozitivnog smera. Ovakva priroda veze među ispitivanim fenomenima (pozitivna korelacija) upućuje da je veći skor na jednom domenu povezan sa većim skorom na drugom domenu i obrnuto. Drugim rečima, ispitanici boljeg kognitivnog statusa postižu više skrove na upitniku UJACAS, tj. pokazuju bolje aktivno starenje.

Kada je u pitanju varijabla mentalnog statusa izražena Gerijatrijskom skalom depresije (GDS), pregledom Tabele 48. svi domeni upitnika UJACAS beleže statistički značajne veze sa pomenutom skalom. Dobijene veze su niskog do umerenog intenziteta i negativnog smera. Najvišu pojedinačnu vezu skala GDS skor beleži sa domenom *Sposobnosti* upitnika UJACAS ($r=-0,447$), dok vezu najnižeg intenziteta beleži sa domenom *Želje/Ciljevi* ($r=-0,281$). Dobijena negativna korelacija ukazuje da su ispitanici koji su bili u depresiji imali i niže vrednosti na skorovima UJACAS skale, tj. ispitanici nisu bili aktivni poslednje 4 nedelje pa je procenjena manja težnja za aktivnim životnim područjima.

Tabela 48. Povezanost aktivnog starenja sa kongnitivnim i mentalnim statusom ispitanika

		MMSE	GDS
		Ukupni skor	Ukupni skor
UJACAS	Želje/Ciljevi	0,149*	-0,281**
	Sposobnosti	0,263**	-0,447**
	Mogućnosti/Prilike	0,137	-0,341**
	Učestalost/Aktivnost	0,173*	-0,377**

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$; Mini mental kratki kognitivni test (MMSE); Gerijatrijska skala depresije (GDS); Skala aktivnog starenja (UJACAS)

U Tabeli 49. prikazana je povezanost domena upitnika MSPP u oba modaliteta (učestalost i raznolikost) i mere kognitivnog statusa izraženog skorom na Mini mental kognitivnom testu (MMSE). Beleži se postojanje statistički značajnih korelacija sa domenima *Potrošačko učešće*, *Neformalno društveno učešće-prijatelji* (kod oba domena u oba modaliteta, i učestalost i raznolikost), kao i značajna korelacija sa merom raznolikosti domena *Formalno društveno učešće*. Dobijene veze su niskog intenziteta i pozitivnog smera. Dobijena pozitivna korelacija upućuje da je veći skor na jednom domenu povezan sa većim skorom na drugom domenu i obrnuto. Drugim rečima, ispitanici boljeg kognitivnog statusa postižu više skrove na upitniku MSPP, tj. pokazuju viši stepen socijalne participacije na pomenutim domenima.

Kada je u pitanju varijabla mentalnog statusa izražena Gerijatrijskom skalom depresije (GDS), pregledom Tabele 49. dva domena MSPP upitnika beleže statistički značajne veze sa pomenutom skalom. Dobijene veze su niskog intenziteta i negativnog smera. Negativna korelacija govori u prilog tome da su viši skorovi na skali depresije praćeni nižim skorovima na MSPP skali, tj. nižom socijalnom participacijom i obrnuto. Drugim rečima, ispitanici koji imaju lošiju socijalnu participaciju imaju veći stepen depresije.

Tabela 49. Povezanost socijalne participacije sa kognitivnim i mentalnim statusom ispitanika

MSPP		MMSE	GDS
		Ukupni skor	Ukupni skor
UČESTALOST	Potrošačko učešće	0,245**	-0,173*
	Formalno društveno učešće	0,068	-0,091
	Neformalno društveno učešće prijatelji	0,286**	-0,228**
	Neformalno društveno učešće porodica	0,010	-0,095
RAZNOLIKOST	Potrošačko učešće	0,216**	-0,140*
	Formalno društveno učešće	0,143*	-0,083
	Neformalno društveno učešće prijatelji	0,222**	-0,209**
	Neformalno društveno učešće porodica	-0,114	0,045

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$; +*Pirsonov koeficijent linearne korelacije*; *Mini mental kratki kognitivni test (MMSE)*; *Gerijatrijska skala depresije (GDS)*; *Skala socijalne participacije (MSPP)*

5.2.4. Hipoteza 4.

Zadovoljstvo korisnika doma za smeštaj i negu starijih osoba pruženom negom je značajan pozitivni prediktor aktivnog starenja i socijalne participacije.

Kako bi se utvrdilo da li postoji povezanost domena Skale aktivnog starenja (*Želje/Ciljevi, Sposobnosti, Mogućnosti/Prilike i Učestalost/Aktivnost*), i Skale socijalne participacije (*Potrošačko učešće, Formalno društveno učešće, Neformalno društveno učešće-prijatelji i Neformalno društveno učešće-porodica*), s jedne strane i zadovoljstva korisnika doma za smeštaj i negu starih lica pruženom negom merenih upitnikom NHRSS s druge strane, primenjen je Pirsonov koeficijent linearne korelacije, odnosno Spirmanov koeficijent rang korelacije (kod mera kod kojih je utvđeno odstupanje od normalnosti).

U Tabeli 50. prikazana je povezanost domena upitnika UJACAS i domena zadovoljstva negom izraženog NHRSS upitnikom. Nije zabeleženo postojanje statistički značajnih korelacija tj. povezanosti.

Tabela 50. Povezanost zadovoljstva zdravstvenom negom i aktivnog starenja

		NHRSS			
		Lekarske usluge	Usluge nege ⁺	Okruženje ⁺	Ukupni skor
UJACAS	Želje/ciljevi	-0,082	0,037	-0,039	-0,049
	Sposobnosti	0,029	0,076	0,098	0,067
	Mogućnosti/prilike	-0,112	-0,035	0,020	-0,071
	Učestalost/aktivnost	-0,035	-0,001	0,000	-0,029

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$; +Spirmanov koeficijent rang korelacije; Skale zadovoljstva negom (NHRSS); Skala aktivnog starenja (UJACAS)

U Tabeli 51. prikazana je povezanost domena upitnika MSPP u oba modaliteta (učestalost i raznolikost) i zadovoljstva negom izraženog ukupnim skorom i domenima NHRSS upitnika. Beleži se postojanje nekoliko statistički značajnih korelacija. Domen *Lekarske usluge* NHRSS upitnika ostvaruje statistički značajne korelacije sa domenom *Potrošačko učešće* (u oba modaliteta: i učestalost i raznolikost) i sa merom učestalosti domena *Neformalno društveno učešće-prijatelji*.

Domen *Neformalno društveno učešće-porodica* upitnika MSPP u modalitetu raznolikosti beleži statistički značajnu vezu sa domenom *Usluge nege* NHRSS upitnika, kao i ukupnim skorom na tom upitniku. Sve dobijene veze su niskog intenziteta i negativnog smera. Negativna korelacija govori u prilog tome da su viši skorovi na NHRSS praćeni nižim skorovima na MSPP skali, tj. nižom socijalnom participacijom i obrnuto. Korelaciona analiza niskog intenziteta i negativnog smera ukazuje na rezultate da su ispitanici sa raznovrsnijom i češćom socijalnom participacijom nezadovoljni negom i uslugom koja im je pružena u domu.

Tabela 51. Povezanost socijalne participacije i zadovoljstva zdravstvenom negom

MSPP		NHRSS			
		Lekarske usluge	Usluge nege	Okruženje	Ukupni skor
UČESTALOST	Potrošačko učešće	-0,156*	-0,120	-0,032	-0,079
	Formalno društveno učešće	-0,030	-0,040	-0,042	-0,084
	Neformalno društveno učešće prijatelji	-0,201**	-0,161*	-0,014	-0,122
	Neformalno društveno učešće porodica	-0,056	-0,061	-0,039	-0,100
RAZNOLIKOST	Potrošačko učešće	-0,186**	-0,128	-0,054	-0,113
	Formalno društveno učešće	-0,013	-0,015	-0,047	-0,035
	Neformalno društveno učešće prijatelji	-0,133	-0,094	-0,007	-0,077
	Neformalno društveno učešće porodica	-0,089	-0,151*	-0,032	-0,143*

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$; +Pirsonov koeficijent linearne korelacije; Skale zadovoljstva negom (NHRSS); Skala socijalne participacije (MSPP)

5.2.5. Hipoteza 5.

Učestaliji društveni kontakati pozitivno koreliraju sa aktivnim starenjem i socijalnom participacijom starijih osoba korisnika doma za smeštaj i negu starih lica.

Kako bi se utvrdilo da li postoji povezanost domena Skale aktivnog starenja (*Želje/Ciljevi, Sposobnosti, Mogućnosti/Prilike i Učestalost/Aktivnost*), i Skale socijalne participacije (*Potrošačko učešće, Formalno društveno učešće, Neformalno društveno učešće-prijatelji i Neformalno društveno učešće-porodica*), s jedne strane i učestalosti društvenih kontakata s druge strane, primenjen je Pirsonov koeficijent linearne korelacije, odnosno Spirmanov koeficijent rang korelacije (kod mera kod kojih je utvrđeno odstupanje od normalnosti).

U Tabeli 52. prikazana je povezanost domena upitnika UJACAS i učestalosti društvenih kontakata izraženog skorom na domenima i ukupnom skorom Lubenove skale društvenih kontakata. Beleži se postojanje statistički značajnih korelacija sa izuzetkom jedne veze. Dobijene veze su niskog do umerenog intenziteta i pozitivnog smera. Veći broj značajnih veza beleži domen *Prijatelji* i ukupan skor LSNS skale.

Ujedno su ove veze i većeg intenziteta u odnosu na veze domena *Porodica* LSNS skale. Dobijena pozitivna korelacija upućuje da je veći skor na jednom domenu povezan sa većim skorom na drugom domenu i obrnuto. Drugim rečima, što je bila veća socijalna uključenost i što su starije osobe imale više kontakata sa drugim ljudima, bila je bolja njihova samoprocena zdravlja i imale su viši stepen aktivnog starenja.

Tabela 52. Povezanost aktivnog starenja i društvenih kontakata starih osoba

		LSNS-6		
		Porodica	Prijatelji	Ukupni skor
UJACAS	Želje/ciljevi	0,220**	0,280**	0,299**
	Sposobnosti	0,111	0,273**	0,230**
	Mogućnosti/prilike	0,241**	0,345**	0,351**
	Učestalost/aktivnost	0,139*	0,270**	0,245**

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$; Lubenova skala društvenih kontakata (LSNS-6); Skala aktivnog starenja (UJACAS)

U Tabeli 53. prikazana je povezanost domena upitnika MSPP u oba modaliteta (učestalost i raznolikost) i učestalosti društvenih kontakata izraženog skorom na domenima i ukupnom skoru Lubenove skale društvenih kontakata. Beleži se postojanje nekoliko značajnih korelacija. Naime, oba domena upitnika LSNS (*Porodica* i *Prijatelji*), kao i ukupni skor beleže statistički značajnu povezanost sa domenima *Neformalno društveno učešće-prijatelji* i *Neformalno društveno učešće-porodica* (u oba modaliteta: i učestalost i raznolikost). Takođe, domen *Prijatelji* beleži statistički značajnu korelaciju sa domenom *Potrošačko učešće* (u oba modaliteta), upitnika MSPP. Intenzitet korelacija se kretao u rasponu od $r=0,148$ do $r=0,562$. Dakle, od niskih do visokih pozitivnih korelacija. Gledano pojedinačno, veze najvišeg intenziteta domena i ukupni skor upitnika LSNS beleže sa domenom *Neformalno društveno učešće-porodica*, upitnika MSPP. Dobijena pozitivna korelacija govori u prilog tome da su viši skorovi na domenima socijalne participacije u vezi sa učestalijim socijalnim kontaktima merenim Lubenovom skalom, odnosno da je manja društvena izolacija.

Tabela 53. Povezanost socijalne participacije i društvenih kontakata starijih osoba

MSPP		LSNS-6		
		Porodica	Prijatelji	Ukupni skor
UČESTALOST	Potrošačko učešće	-0,065	0,148*	0,038
	Formalno društveno učešće	-0,103	-0,012	-0,069
	Neformalno društveno učešće prijatelji	0,291**	0,421**	0,404**
	Neformalno društveno učešće porodica	0,556**	0,372**	0,562**
RAZNOLIKOST	Potrošačko učešće	-0,031	0,166*	0,065
	Formalno društveno učešće	-0,023	0,008	-0,009
	Neformalno društveno učešće prijatelji	0,317**	0,378**	0,396**
	Neformalno društveno učešće porodica	0,525**	0,226**	0,450**

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$; +Pirsonov koeficijent linearne korelacije; Lubenova skala društvenih kontakata (LSNS-6); Skala socijalne participacije (MSPP)

5.2.6. Hipoteza 6.

Pozitivan stav osobe o ličnom starenju i percepcija moći u odnosu na kontrolu sopstvenog života podstiču aktivno starenje i socijalnu participaciju korisnika doma za smeštaj i negu starih lica.

Kako bi se utvrdilo da li postoji povezanost domena Skale aktivnog starenja (*Želje/Ciljevi, Sposobnosti, Mogućnosti/Prilike i Učestalost/Aktivnost*), i Skale socijalne participacije (*Potrošačko učešće, Formalno društveno učešće, Neformalno društveno učešće-prijatelji i Neformalno društveno učešće-porodica*), s jedne strane i stava osobe o ličnom starenju i percepcije moći u odnosu na kontrolu sopstvenog života s druge strane, primenjen je Pirsonov koeficijent linearne korelacije, odnosno Spirmanov koeficijent rang korelacije (kod mera kod kojih je utvrđeno odstupanje od normalnosti).

U Tabeli 54. prikazana je povezanost domena upitnika UJACAS i mere percepcije moći u odnosu na kontrolu sopstvenog života izraženog skorom na Skali moći (PM). Svi domeni upitnika UJACAS beleže statistički značajne veze sa pomenutom skalom. Dobijene veze su niskog do umerenog intenziteta i negativnog smera. Ovakva priroda veze među ispitivanim fenomenima (negativna korelacija) upućuje da je veći skor na jednom domenu povezan sa nižim skorom na drugom domenu i obrnuto. Drugim

rečima, ispitanici koji postižu više skrove na upitniku UJACAS, tj. pokazuju bolje aktivno starenje imaju niži skor na Skali moći.

Kada je u pitanju varijabla stav osobe o ličnom starenju izražen skorom na Skali samopercepcije ličnog starenja (SLO), pregledom Tabele 54. s izuzetkom jedne veze, beleži se postojanje statistički značajnih korelacija sa domenima upitnika UJACAS. Dobijene veze su niskog intenziteta i negativnog smera. Negativna korelacija govori u prilog tome da su viši skorovi na Skali samopercepcije ličnog starenja (SLO) praćeni nižim skorovima na UJACS skali i obrnuto. Odnosno, ispitanici koji su postigli niže vrednostina UJACS skali tj. ispitanici koji nisu bili aktivni imali su i lošiju samopercepciju starenja.

Tabela 54. Povezanost aktivnog starenja sa stavom osobe o ličnom starenju i percepcijom moći u odnosu na kontrolu sopstvenog života

		PM	SLO
		Ukupni skor	Ukupni skor
UJACAS	Želje/Ciljevi	-0,158*	-0,113
	Sposobnosti	-0,362**	-0,265**
	Mogućnosti/Prilike	-0,233**	-0,232**
	Učestalost/Aktivnost	-0,206**	-0,271**

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$; Skali moći-Pearlin Mastery Scale (PM); Skale samopercepcije ličnog starenja (SLO); Skala aktivnog starenja (UJACAS)

U Tabeli 55. prikazana je povezanost domena upitnika MSPP u oba modaliteta (učestalost i raznolikost) i mere percepcije moći u odnosu na kontrolu sopstvenog života izraženog skorom na Skali moći (PM). Beleži se postojanje nekoliko značajnih korelacija. Ukupni skor na PM skali moći beleže statistički značajnu povezanost sa domenima *Formalno društveno učešće* i *Neformalno društveno učešće-prijatelji* (u oba modaliteta i učestalost i raznolikost). Takođe, ukupni PM skor beleži statsitički značajnu korelaciju sa domenom *Potrošačko učešće* (u modalitetu učestalosti), upitnika MSPP. Dobijene veze su niskog intenziteta i negativnog smera. Dobijena negativna korelacija govori u prilog tome da su viši skorovi na domenima socijalne

participacije u vezi sa nižim skorom na Skali moći i obrnuto. Kada je u pitanju varijabla stav osobe o ličnom starenju izražen skorom na Skali samopercepcije ličnog starenja (SLO), pregledom Tabele 55. može se uočiti da ne postoji nijedna statistički značajna korelacija sa domenima upitnika MSSP.

Tabela 55. Povezanost socijalne participacije sa stavom osobe o ličnom starenju i percepcijom moći u odnosu na kontrolu sopstvenog života

MSSP		PM	SLO
		Ukupni skor	Ukupni skor
UČESTALOST	Potrošačko učešće	-0,146*	0,126
	Formalno društveno učešće	-0,296**	0,072
	Neformalno društveno učešće prijatelji	-0,210**	-0,134
	Neformalno društveno učešće porodica	0,039	-0,119
RAZNOLIKOST	Potrošačko učešće	-0,094	0,087
	Formalno društveno učešće	-0,252**	0,095
	Neformalno društveno učešće prijatelji	-0,175*	-0,116
	Neformalno društveno učešće porodica	0,060	-0,118

*** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$; +Pirsonov koeficijent linearne korelacije; Skali moći-Pearlin Mastery Scale (PM); Skale samopercepcije ličnog starenja (SLO)

5.3. Prediktori aktivnog starenja i socijalne participacije

Da bi se ispitalo koliki deo varijanse ukupnih skorova upitnika *Skale aktivnog starenja (UJACAS)* i *Skale socijalne participacije (MSPP)*, može da se objasni na osnovu varijanse sociodemografskih mera i značajnih mera iz domena funkcionalnog statusa, kognitivnog statusa, mentalnog zdravlja, socijalnih kontakata i podrške, kao ličnih faktora, stavova o starenju i samopercepcije moći, primenjena je serija multiplih regresionih analiza. Preliminarne analize su sprovedene da bi se utvrdilo da ne postoje značajna odstupanja od očekivane normalnosti, linearnosti, multikolinearnosti i homoskedasticeta.

Uvidom u Tabelu 56. vidimo da je model je statistički značajan, $F(8, 198)=10,65$, $p=0,001$. Koeficijent multiple korelacije iznosi $R=0,728$. Procenat varijanse dimenzija *Skale aktivnog starenja* koji objašnjavaju prediktorske varijable iznosi 54,0%. Značajan pojedinačni doprinos predikciji ostvaruju varijable *Skale socijalne participacije (MSPP)*, *Gerijatrijska skala depresije (GDS)*, *Skala brige o sebi (ADL)*, kao i sve sociodemografske varijable osim pola. Dok Gerijatrijska skala depresije ostvaruje vezu negativnog predznaka, varijable *Skale socijalne participacije* i *Skala brige o sebi* ostvaruju vezu pozitivnog predznaka, pri čemu nešto viši pojedinačni doprinos predikciji (beta koeficijent), imaju varijable *Skala brige o sebi* i *Gerijatrijska skala depresije*.

Tabela 56. Rezultati Multiple regresione analize-značajnost modela i parcijalni doprinos prediktora

Prediktori	B	(SE)	Beta	t	p nivo	95,0% interval poverenja B	
						Donja granica	Gornja granica
Constant	185,641	67,879		2,735	0,007	51,457	319,824
Pol	-6,269	5,167	-0,083	-1,213	0,227	-16,484	3,945
Starost	-1,347	0,352	-0,260	-3,825	0,000	-2,043	-0,651
Obrazovanje	7,366	2,647	0,189	2,783	0,006	2,134	12,597
Bračni status	4,065	1,898	0,138	2,142	0,034	0,313	7,816
Mesečna primanja	7,327	2,818	0,172	2,600	0,010	1,757	12,897
Hronične bolesti	-0,065	0,019	-0,209	-3,366	0,001	-0,027	-0,102

						<i>Rezultati istraživanja</i>	
Maligne bolesti	50,945	14,986	0,212	3,400	0,001	21,321	80,568
Skala socijalne participacije (MSPP)	0,925	0,344	0,208	2,693	0,008	0,246	1,605
Gerijatrijska skala depresije (GDS)	-3,504	0,943	-0,357	-3,714	0,000	-5,369	-1,639
Skala brige o sebi (ADL)	11,096	2,900	0,241	3,826	0,000	5,363	16,830
Lubenova skala društvenih kontakata (LSNS-6)	0,263	0,490	0,040	0,537	0,592	-0,706	1,232
Skali moći-Pearlin Mastery Scale (PM)	-0,015	0,337	-0,003	-0,043	0,966	-0,682	0,652
Skale samopercepcije ličnog starenja (SLO)	0,119	0,255	0,037	0,467	0,641	-0,385	0,623
Skale zadovoljstva negom (NHRSS)	-0,118	0,693	-0,012	-0,170	0,865	-1,488	1,252
Mini mental kratki kognitivni test (MMSE)	-1,249	1,467	-0,065	-0,851	0,396	-4,149	1,652
F (15, 198)=10,65; p < 0,001; R=0,728; R ² = 0,530							
<i>* kriterijum-Skale aktivnog starenja (UJACAS)</i>							

Uvidom u Tabelu 57. vidimo da je model statistički značajan, $F(14, 190)=8,14$, $p=0,001$. Koeficijent multiple korelacije iznosi $R=0,666$. Procenat varijanse domena *Skale socijalne participacije* koji objašnjavaju prediktorske varijable iznosi 44,4%. Značajan pojedinačni doprinos predikciji ostvaruju varijable *Mesečna primanja*, *Mini mental test*, *Lubenova skala društvenih kontakata (LSNS-6)* i *Skala moći-Pearlin Mastery Scale (PM)* (Tabela 57). Dok *Skale Mini-mental* i *Lubenova skala društvenih kontakata* ostvaruju veze pozitivnog predznaka, varijabla *Skala moći - Pearlin Mastery Scale* ostvaruje vezu negativnog predznaka.

Tabela 57. Rezultati Multiple regresione analize-značajnost modela i parcijalni doprinos prediktora

Prediktori	B	(SE)	Beta	t	p nivo	95,0% interval poverenja B	
						Donja Granica	Gornja granica
(Constant)	14,610	16,473		0,887	0,377	-17,951	47,172
Pol	-2,349	1,242	-0,138	-1,891	0,061	-4,804	0,106
Starost	-0,055	0,086	-0,047	-0,642	0,522	-0,224	0,114
Obrazovni nivo	0,559	0,642	0,064	0,871	0,385	-0,711	1,829
Bračni status	-0,505	0,460	-0,076	-1,097	0,274	-1,414	0,404
Mesečna primanja	-1,615	0,672	-0,169	-2,402	0,018	-2,944	-0,286
Hronična bolest-koliko dugo se lečite?	0,001	0,005	0,013	0,186	0,853	-0,008	0,010
Maligna bolest	-0,498	3,646	-0,009	-0,137	0,891	-7,706	6,710
Gerijatrijska skala depresije (GDS)	0,148	0,229	0,067	0,643	0,521	-0,306	0,601
Skala brige o sebi (ADL)	-0,582	0,704	-0,056	-0,826	0,410	-1,974	0,810
Lubenova skala društvenih kontakata (LSNS-6)	0,642	0,107	0,435	6,022	0,000	0,431	0,852
Skali moći-Pearlin Mastery Scale (PM)	-0,185	0,081	-0,185	-2,300	0,023	-0,345	-0,026
Skale samopercepcije ličnog starenja (SLO)	-0,045	0,062	-0,062	-0,719	0,473	-0,167	0,078
Skale zadovoljstva negom (NHRSS)	-0,271	0,167	-0,120	-1,620	0,107	-0,601	0,060
Mini-mental kratki kognitivni test (MMSE)	0,943	0,348	0,220	2,708	0,008	0,255	1,632

F (14, 190)=8,14; p < 0,001; R=0,666; R² = 0,444

* kriterijum-Skale socijalne participacije (MSPP)

6. DISKUSIJA

Sa starenjem menjaju se potrebe i mogućnosti za sprovođenje aktivnosti svakodnevnog života. Menja se kvalitet i kvantitet socijalnih mreža starih osoba, kao i učešće u aktivnostima socijalne participacije. Na aktivno starenje i socijalnu participaciju pored godina, uticaj imaju i lični faktori (pol, zdravlje, prihodi, obrazovanje), kontekstualni faktori (socijalna podrška, fizičke barijere, mogućnosti za uključenje), kao i uobičajeni događaji koji su karakteristični za starije životno doba, a koji se pre svega odnose na odlazak u penziju ili gubitak bračnog partnera (168).

Van Malderen i saradnici u sistematskom pregledu programa, koji imaju za cilj poboljšanje dobrobiti institucionalizovanih starih osoba, koji se sprovode u ustanovama za smeštaj i negu starih osoba navode da domovi za stare uglavnom nemaju sveobuhvatne programe aktivnog starenja i šansu da korisnici domova učestvuju u socijalnoj participaciji. U tom smislu, rezultati istraživanja su pokazali da veliki procenat predstavlja ograničeni programi aktivnog starenja usmereni na poboljšanje fizičkog ili kognitivnog funkcionisanja, dok su zanemareni socijalna participacija i domen celoživotnog učenja (103).

Zbog toga smo prvom hipotezom ovog istraživanja želeli da proverimo stepen aktivnog starenja i socijalne participacije starih osoba koje se nalaze na smeštaju u domu za stare osobe, kao i uticaj sociodemografskih varijabli na proces aktivnog starenja i socijalne participacije. Istraživanje je pokazalo da stare osobe smeštene u domu postižu nizak stepen aktivnog starenja i socijalne participacije. Kada je u pitanju uticaj sociodemografskih varijabli na proces aktivnog starenja, pokazalo se da muškarci postižu viši nivo samoprocenjenih sposobnosti, tj. mogućnosti da obavljaju različite aktivnosti u prethodne četiri nedelje u odnosu na žene. Muškarci su u odnosu na žene postigli i viši nivo socijalne participacije. Druga istraživanja takođe potvrđuju da „demografska revolucija“ starenja nije neutralna po pitanju pola. Muškarci i žene različito doživljavaju starenje jer društveni, kulturni, ekonomski i profesionalni aspekti u toku života utiču na njih na različite načine i u njihovoj starosti. Osim toga, istraživanja pokazuju da žene žive duže, a u starosti su siromašnije, usamljenije i imaju manje neformalne mreže na koje se mogu osloniti (72, 73, 169).

Rezultati ovog istraživanja mogli bi se protumačiti kao odraz veće slobode muškaraca da se bave aktivnostima kojima žele i za koje imaju sklonost i talenat. U tom kontekstu bilo bi potrebno dodatno ispitati koliko su u datom okruženju oba pola prethodno predisponirana svojim ranijim porodičnim i društvenim ulogama u mlađoj životnoj dobi. Činjenica je da većina starijih osoba u starosti nastavlja da se ponaša i živi po onom obrascu po kojem se zapravo ponašala i živela čitav život. Pa tako i sami korisnici domskog smeštaja, ukoliko im zdravstveno stanje to dozvoljava, nastavljaju da se bave manje više sličnim aktivnostima kojima su se bavili ranije u životu pre nego što su postali korisnici doma (170).

Sa druge strane treba uzeti u obzir i karakteristike našeg socioekonomskog i kulturološkog okruženja. Na našem podneblju, žene zbog tradicije, ekonomske zavisnosti i neravnopravnosti u odnosu na muškarce, kao i prethodnog načina života i brojnih porodičnih obaveza retko imaju sklonosti ka aktivnostima iz domena aktivnog starenja i socijalne participacije, pa samim tim su i predisponirane da imaju niži skor. Osim toga, na ovakav rezultat bi mogao da utiče i tip ličnosti ispitanika, da li je u pitanju introvertna ili ekstrovertna osoba, kao i intelektualni profil ličnosti.

U istraživanju, koje smo sproveli, većina ispitanika (70,2%) je bila iz seoske sredine. Rezultati su pokazali da ispitanici iz grada u odnosu na ispitanike sa sela imaju viši stepen aktivnog starenja. S obzirom na činjenicu da je UJACAS skala formulisana u razvijenoj evropskoj zemlji, pitanja koja su sadržana u samoj skali nisu prilagođena društveno kulturološkim odlikama stanovništva u našoj sredini, u odnosu na Finsku, gde je ovaj upitnik razvijen. Dobijeni rezultat ne mora nužno značiti da starije osobe sa sela imaju nizak stepen aktivnog starenja, već da aktivnosti koje oni sprovode nisu u skladu sa pitanjima koja su postavljena na samoj skali.

Prema *Walkeru* model aktivnog starenja treba da poštuje nacionalnu i kulturnu raznolikost, jer širom Evrope postoje velike varijacije u obrascima aktivnosti i normama koje se tiču aktivnosti (63, 72). *Foster i Walker* takođe navode da bi aktivno starenje trebalo biti dinamičan koncept koji ulazi u percepciju ljudi i omogućava im da kreiraju sopstvene oblike aktivnosti, umesto da se fokusiraju na unapred određen i ograničen broj domena, koji je obično razvijen iz perspektive istraživača (72). Ranije rađeno istraživanje pokazalo je da su nordijske zemlje, kao što su Danska i Švedska, zemlje sa najvišim stepenom aktivnog starenja (171).

Kad je u pitanju socijalna participacija naših ispitanika, rezultati istraživanja su pokazali da ispitanici iz grada u odnosu na ispitanike sa sela, imaju bolju neformalnu socijalnu

participaciju i po pitanju učestalosti i po pitanju raznolikosti. Neformalna socijalna participacija znači povremenu društvenu komunikaciju kao što su sastanci i kontakti sa porodicom i prijateljima. Sa druge strane, formalna socijalna participacija se odvija kroz društvene i verske organizacije i uključuje društveni odnos sa unapred osmišljenim grupama, kao što je članstvo i učešće u formalnim grupama i udruženjima (89).

Slični rezultati dobijeni su istraživanju *E. Vogelsanga* koje je sprovedeno u zajednici, gde se navodi da su starije osobe koje žive u seoskim područjima manje društveno angažovane u odnosu na one koji žive u gradskim sredinama. Autor navodi da se te razlike prvenstveno odnose na tri vrste društvenih aktivnosti: aktivnosti u vezi sa sadržajima (restorani, umetnost), susretima sa prijateljima i grupama za vežbanje. Udaljenost sadržaja od seoske sredine, ili nepostojanje adekvatnog prevoza kako bi starije osobe mogle stići na određenu aktivnost, mogu biti razlog za razlike u aktivnostima socijalne participacije između gradskog i seoskog područja (172, 173).

Pored eventualnih infrastrukturnih poteškoća, razlog tome mogu biti i razlike u ličnim preferencijama za korišćenje slobodnog vremena. S obzirom da su naši ispitanici korisnici doma za stare osobe, verujemo da su samo nastavili da upražnjavaju prethodne navike koje su imali, te iz tog razloga ne praktikuju formalne društvene aktivnosti ni kao starije osobe. Pored navika, formalne društvene aktivnosti mogle bi da iziskuju i određena finansijska sredstva, koja kod starijih osoba mogu biti vrlo skromna ili nedovoljna, te i to može biti razlog nižeg učešća u formalnim aktivnostima socijalne participacije. Većina istraživanja koja su rađena na temu razlika u socijalnoj participaciji između gradske i seoske sredine, odnose se na starije osobe koje žive u zajednici (59, 103). Za populaciju koja živi u domu za stare nedostaju istraživanja na ovu temu.

Pored navedenog razlog niskog stepena aktivnog starenja i socijalne participacije može biti i nedostatak osmišljenih aktivnosti u domu za stare posebno za vreme pandemije COVID-19. U toku pandemije bilo je previše slobodnog vremena koje stare osobe nisu imale mogućnost da utroše na konstruktivne aktivnosti, već se sve uglavnom svodilo na zadovoljavanje instrumentalnih aktivnosti (hranjenje, presvlačenje, neophodnu negu i sl.). Pre nego što je proglašena pandemija COVID-19, domski smeštaj je omogućavao svojim korisnicima različite aktivnosti poput jednodnevnih izleta, organizacije putovanja, kreativnih radionica, likovnih i sportskih sekcija, prodajne izložbe rukotvorina korisnika doma, te na taj način uticao na

povećanje aktivnog starenja i socijalne participacije kod starih osoba, što moramo uzeti u obzir prilikom tumačenja ovih rezultata.

Od ukupnog broja ispitanika u istraživanju, najfrekventniju kategoriju ispitanika činili su udovci/udovice, njih oko 57%. Svega 2,5% ispitanika se nalazilo u nekoj vrsti veze. U našem istraživanju rezultati su pokazali da status veze nije uticao na stepen aktivnog starenja. Dobijeni rezultati su u suprotnosti sa rezultatima dobijenim u istraživanju koje je sprovedeno u Finskoj, Poljskoj i Španiji gde su rezultati pokazali da starije osobe koje su u braku ili nekoj drugoj vrsti veze imaju viši stepen aktivnog starenja u odnosu na starije osobe koje su same (172).

Rezultati su pokazali da osobe koje su u vezi, u odnosu na osobe koje su same, imaju bolju neformalnu socijalnu participaciju i po pitanju učestalosti i po pitanju raznolikosti. Dobijeni rezultati su uobičajeni ukoliko uzmemo u obzir činjenicu da osobe koje su u vezi imaju i sopstveni i partnerov krug porodice i prijatelja, samim tim, ostvaruju širi spektar neformalnih porodičnih i prijateljskih veza. Povezivanje socijalne participacije sa bračnim statusom može biti povezano sa mehanizmima socijalne podrške s obzirom da je jedna od primarnih prednosti braka društvena povezanost ili više instrumentalni aspekt braka kao što su finansije (171).

Raspon godina među ispitivanom populacijom kretao se od 60 do 95 godina, a prosečna starost ispitanika je bila 77,27 godina. Što se tiče povezanosti aktivnog starenja i starosti ispitanika, rezultati su pokazali da su stariji ispitanici višim procenili svoje želje/ciljeve i sposobnosti u odnosu na mlađe ispitanike, odnosno, postoji pozitivan uticaj starosti u ovim domenima aktivnog starenja. Stariji ispitanici postižu bolju formalnu socijalnu participaciju, dok mlađi ispitanici imaju bolju neformalnu socijalnu participaciju. Dobijeni rezultati se podudaraju sa studijom koja je rađena 2014. godine u Čileu, gde je utvrđeno da se socijalna participacija povećava sa napredovanjem starosti, a potom posle 80. godine života opada. Treba napomenuti da je navedeno istraživanje rađeno među starim osobama koje žive u zajednici (174). Rezultati ovog istraživanja su u suprotnosti sa drugim istraživanjima, takođe sprovedenim među starim osobama koje žive u zajednici, a u kojima se navodi da stariji ispitanici postižu niže rezultate u odnosu na mlađe ispitanike i da socijalna participacija značajno opada sa povećanjem starosti (100, 175).

U našem istraživanju povezanost mesečnih primanja sa aktivnim starenjem nije pokazala značajnu korelaciju. Možda se dobijeni rezultati nisu pokazali značajnim iz razloga što je većina ispitanika (63%) navela da ima vrlo dobra i dovoljna mesečna

primanja u odnosu na životne potrebe. Nedovoljna mesečna primanja navodi 13% ispitanika. Dobijeni rezultati su u suprotnosti sa istraživanjem koje su sproveli *Paz i saradnici* gde se navodi da su niži lični prihodi bili značajna negativna društvena determinanta aktivnog starenja (73). *Paz i saradnici* takođe navode da bi trebalo istražiti strukturne, kulturne, društvene i ekonomske prepreke aktivnom starenju kako bi ono funkcionisalo u praksi. Ekonomski pristup treba tumačiti kao determinantu aktivnog starenja, s obzirom da finansijska situacija pojedinca utiče na njegovu ili njenu sposobnost da priušti sva tri elementa aktivnog starenja. Iz tog razloga, autori sugerišu da je potrebno detaljnije ispitati različitu finansijsku situaciju muškaraca i žena tokom života na njihovu sposobnost da održe elemente aktivnog starenja, čak i kada imaju isto obrazovanje ili rade na sličnoj poziciji (73).

Rezultati su pokazali da bolju neformalnu socijalnu participaciju i po pitanju učestalosti i po pitanju raznolikosti imaju osobe nižih mesečnih primanja. Treba napomenuti da je dimenzija mesečna primanja (podeljena na skali od vrlo dobrih do nedovoljnih) rezultat subjektivne procene ispitanika, a ne uvida u egzaktne podatke o njihovom finansijskom stanju. Na primer, kolika je bila visina mesečnih primanja u odnosu na potrošačku korpu u momentu sprovođenja istraživanja. Za bolje razumevanje dobijenih rezultata bilo bi neophodno steći detaljniji uvid u finansijsku organizaciju (raspolaganje finansijama, potrošnja i benefiti koji proističu iz većih primanja, da li novcem upravlja sam ispitanik ili članovi porodice i sl.).

U odnosu na postavljenu prvu hipotezu ovog istraživanja, potvrđeno je da generalno stare osobe ženskog pola, kao i stare osobe iz seoskih sredina, imaju niži stepen aktivnog starenja i socijalne participacije. Status veze i mesečna primanja u ovom istraživanju nisu imali uticaj na stepen aktivnog starenja, dok su viši stepen socijalne participacije imali ispitanici koji su u nekoj vrsti veze, kao i ispitanici sa nižim mesečnim primanjima. Starost je imala pozitivan uticaj i na aktivno starenje i na socijalnu participaciju.

Drugom hipotezom ovog istraživanja želeli smo da ispitamo vezu hroničnih i malignih bolesti, invaliditeta i funkcionalnog statusa sa aktivnim starenjem i socijalnom participacijom korisnika doma za smeštaj i negu starih lica.

U ispitanom uzorku, oko 80% ispitanika, navodi da ima jednu ili više hroničnih bolesti. Najučestalije bolesti su bolesti kardiovaskularnog sistema (oko 41%), te reumatske

bolesti (oko 28%) i oboljenja koštano-zglobnog sistema (oko 20%). Prosečan broj meseci lečenja hronične bolesti iznosi 129,3.

Kada su u pitanju razlike u aktivnom starenju u odnosu na prisustvo ili odsustvo hroničnih bolesti kod ispitanika, ovo istraživanje je pokazalo da ispitanici bez hronične bolesti imaju viši stepen učestalosti izvođenja različitih aktivnosti u prethodne četiri nedelje. Ovakvi rezultati istraživanja su očekivani. Kako se očekivani životni vek povećava, prevalenca hroničnih bolesti među starijim osobama se takođe povećava, a prisustvo hronične bolesti je povezano sa niskim aktivnim starenjem (67). Prisustvo hronične bolesti koja pogoršava ograničenja fizičke funkcije može smanjiti aktivnost i kvalitet života starijih osoba. Ponekad je smeštaj starih osoba u dom povezan sa gubitkom fizičke i mentalne funkcionalnosti, što je svakako prepreka aktivnom starenju (67). Za pojedinca koji je izgubio zdravlje i postao potpuno zavisn od drugih, aktivan život nije moguć (1). Hronične bolesti nesrazmerno pogađaju starije osobe i povezane su sa invaliditetom, smanjenim kvalitetom života i povećanim troškovima zdravstvene i dugotrajne nege. Danas oko 80% starijih ima bar jedno hronično stanje, a 50% imaju najmanje dva (5). Istraživanje koje je sprovedeno u Južnoj Koreji u periodu od 2008. do 2017. godine, pokazalo je da se u tom period udeo starijih osoba sa tri ili više hroničnih bolesti značajno povećao sa 30,7% na 51,0%. Približno 8% starijih osoba izjavilo je da su njihove dnevne aktivnosti bile ograničene (176).

Rezultati istraživanja su pokazali da osobe koje imaju hroničnu bolest postižu viši nivo formalne socijalne participacije i po pitanju učestalosti i po pitanju raznolikosti. Starije osobe bez hronične bolesti postižu viši nivo neformalne socijalne participacije u odnosu na one sa prisutnom dijagnozom hronične bolesti. U ovom istraživanju pošli smo od pretpostavke da je prisustvo hronične bolesti značajan prediktor socijalne participacije kod starih osoba. Ova pretpostavka polazi od očekivanja da osobe sa hroničnim bolestima mogu imati različite barijere koje ih sprečavaju da učestvuju u aktivnostima socijalne participacije. Na primer, stare osobe koje imaju više hroničnih oboljenja mogu imati funkcionalna ograničenja koja utiču na njihovu pokretljivost i lakoću sa kojima mogu učestvovati u aktivnostima socijalne participacije. Takođe, mogu imati potrebu za ulaganjem više vremena i napora za obavljanje različitih aktivnosti što može uticati na sposobnost pojedinca da se uključi u društvene interakcije (121). Treba napomenuti da angažman starih osoba u aktivnostima socijalne participacije može sprečiti da njihovo stanje dalje napreduje u invaliditet (177).

Rezultati koji su dobijeni ovim istraživanjem, razlikuju se u odnosu na rezultate studije *Galenkampa i saradnika* koja je uključivala je 2.792 ispitanika iz Nemačke, Velike Britanije, Italije, Holandije, Španije i Švedske i merena je socijalna participacija kod starijih ljudi sa i bez multimorbiditeta. Rezultati koji su dobijeni u navedenoj studiji govore u prilog nižeg učestvovanja u socijalnoj participaciji osoba sa multimorbiditetom u odnosu na osobe bez multimorbiditeta (178). Studija *Pinta i Nerija* sprovedena u Brazilu 2017. godine na 2.251 osobi starijoj od 65 godina, imala je za cilj da ispita faktore koji doprinose niskoj socijalnoj participaciji kod starih osoba. Analizom rezultata utvrdili su povezanost niskog stepena socijalne participacije sa zdravstvenim stanjem, odnosno brojem bolesti, brojem zdravstvenih problema, depresivnim sptomima, sporošću, slabošću i niskim kognitivnim statusom (100).

Postojanje maligne bolesti bila je sledeća varijabla za koju smo pretpostavili da je u vezi sa nižim aktivnim starenjem i socijalnom participacijom. Rezultati su pokazali da su ispitanici koji su imali neku malignu bolest u odnosu na ispitanike koji nemaju malignu bolest postigli viši stepen aktivnog starenja. Maligna bolest može uzrokovati određene promene koje predstavljaju potencijalne pretnje i prepreke u svakodnevnom životu starijih osoba i mogu uzrokovati poteškoće u njihovom svakodnevnom funkcionisanju. *Berat i saradnici* navode da osobe koje boluju od malignih bolesti često ostaju bez daljih životnih planova, doživljavaju promene u telesnom izgledu i samopoštovanju, menja im se društvena uloga i stil života, postaju zabrinute za novac i materijalni status, a njihove svakodnevne navike i drugi aspekti života postaju izmenjeni (ishrana, fizička sposobnost, pokretljivost, lična higijena, komunikacija, međuljudski odnosi i sl.) (120).

U našem istraživanju, od ukupnog broja, svega šest ispitanika (3%) je imalo malignu bolest, pri čemu je karcinom dojke bio najzastupljenija dijagnoza. Kada je u pitanju prosečan broj meseci pre kojeg je završeno lečenje od maligniteta, dobijeni rezultati pokazuju da je to 68,83 meseci. S obzirom na mali broj ispitanika koji je imao maligno oboljenje, dobijeni rezultati možda ne odražavaju realnu sliku. Uzimajući u obzir da su u pitanju izlečeni ispitanici, koji su prethodno bili suočeni sa svim situacijama, neizvesnostima i strahovima koje maligno oboljenje sa sobom nosi, dobijeni rezultati mogu ukazati na želju ispitanika da bez odlaganja iskoriste sve moguće vidove aktivnosti koje će im ispuniti slobodno vreme te na taj način poboljšati kvalitet života i pružiti zadovoljstvo. A ujedno da kroz postignute aktivnosti pokušaju nadoknaditi ono što je propušteno zbog bolesti. Značajnost razlika u socijalnoj participaciji u odnosu na

prisustvo ili odsustvo maligne bolesti kod ispitanika nije se pokazalo značajnim u našem istraživanju.

U ovom istraživanju, razlike u aktivnom starenju i socijalnoj participaciji u odnosu na prisustvo ili odsustvo invaliditeta kod ispitanika nije se pokazalo značajnim. Ovakvi rezultati verovatno su dobijeni zbog malog broja ispitanika (11 ispitanika) koji imaju neki vid telesnog invaliditeta. Istraživanja pokazuju da se sa starenjem povećava i rizik od invalidnosti. Invalidnost predstavlja kompleksan pojam i odnosi se ne samo na fizičku invalidnost, već uključuje i senzorna oštećenja (oštećenja sluha ili vida), kao i poremećaje mentalnog zdravlja (najčešće depresije i demencije). Prevalenca invalidnosti među osobama od 65 do 74 godina starosti, iznosi 44,6%, ova stopa raste do 63,7% među osobama uzrasta od 75 do 84, a među osobama starijim od 85 godina je 84,2% (5). Druga istraživanja su pokazala da osobe sa telesnim invaliditetom generalno imaju niži nivo socijalne participacije zbog nekoliko prepreka uključujući emocionalne i psihološke barijere, strukturne barijere i potencijalne diskriminatorne percepcije i stavove pojedinaca koji nisu osobe sa invaliditetom (177). Longitudinalne epidemiološke studije su pokazale da je invaliditet nakon starosti najbolji prediktor lošeg zdravstvenog stanja kod starih osoba, odličan pokazatelj težine bolesti, dobar prediktor invaliditeta uzrokovanog starenjem, te ključna odrednica kvaliteta života starijih osoba (125).

Ispitanici koji pokazuju punu funkcionalnost i ispitanici sa umereno i ozbiljno narušenom funkcionalnošću, u ovom istraživanju postižu viši stepen aktivnog starenja i socijalne participacije u odnosu na ispitanike koji imaju narušenu funkcionalnost. Funkcionalni status se definiše kao nivo sposobnosti za obavljanje „aktivnosti koje pojedinac obavlja da bi ostvario potrebe svakodnevnog života u mnogim aspektima života, uključujući fizičke, psihološke, duhovne, intelektualne i uloge“. Obično se meri procenom sposobnosti da se samostalno obavljaju aktivnosti svakodnevnog života i instrumentalne aktivnosti svakodnevnog života. Faktori za koje se zna da su povezani sa nivoom funkcionalnog statusa uključuju godine starosti, komorbiditet, kognitivni status, depresiju, socijalnu participaciju i aktivnost (179).

Starost je jedan od faktora za koje se zna da su povezani sa nivoom funkcionalnog statusa. Višegodišnja studija o prevalenci funkcionalnog opadanja u Švedskoj prijavila je stope od 10%–12% za ispitanike u rasponu od 81–84 godine u poređenju sa 32%–40% za one između 90 i 99 godina (180). Postojanje komorbiditeta i oštećenje

kognitivnih sposobnosti takođe korelira sa funkcionalnim padom (181, 182). Veza između depresije i nivoa funkcionalnog statusa je složena. Jedne studije sugerišu da depresija dovodi do funkcionalnog opadanja (183–185), dok druge studije sugerišu da funkcionalni pad vodi do depresije (186–188). Aktivnosti socijalne participacije su povezane sa višim nivoom funkcionalnog statusa (188, 189), a *Soubelet* navodi da je socijalna participacija posredna varijabla između starosti i kognitivne funkcije (191).

Poteškoće u svakodnevnom funkcionisanju kao i nemogućnost da nesmetano i bezbedno žive u sopstvenom domu, čine dominantne razloge za smeštaj među korisnicima domova zastare osobe (68). Ova činjenica, takođe, može da utiče na postignute rezultate u aktivnostima socijalne participacije kod starih osoba. Ranija istraživanja koja su sproveli *Mattimore i saradnici* navode da se institucionalizovane stare osobe često osećaju usamljeno i marginalizovano (192). Osim toga, navode da domovi često istovremeno primaju i stare osobe sa visokim stepenom invaliditeta i osobe koje su još uvek punog funkcionalnog kapaciteta, te upravljanje i organizovanje aktivnosti u takvim okolnostima može biti otežano, ostavljajući neke korisnike doma bez motivacije za učešće u aktivnostima socijalne participacije (96). Iz tog razloga da bi podstakli efikasne programe intervencija u aktivnom starenju i socijalnoj participaciji, pojedini autori ističu da intervencije trebaju biti osmišljene na osnovu specifičnih potreba starih osoba, ciljajući na pojedince sa uporedivim životnim iskustvima i preferencijama, pritom iskorišćavajući njihove postojeće resurse (96, 193). U odnosu na postavljenu hipotezu ovog istraživanja potvrđeno je da ispitanici koji nemaju hroničnu bolest i koji pokazuju punu funkcionalnost postižu viši nivo aktivnog starenja i socijalne participacije.

Trećom hipotezom ovog istraživanja želeli smo da ispitamo vezu kognitivnog statusa i prisustva depresivnih obeležja sa stepenom aktivnog starenja i socijalne participacije. Dobijeni rezultati su pokazali da ispitanici boljeg kognitivnog statusa postižu viši stepen aktivnog starenja. Kada je u pitanju povezanost socijalne participacije sa kognitivnim i mentalnim statusom ispitanika, naši rezultati su pokazali da ispitanici boljeg kognitivnog statusa pokazuju viši stepen socijalne participacije. Ispitanici koji su imali izražen viši stepen depresije, imali su i niže učešće u aktivnostima socijalne participacije. Sa druge strane posmatrano, prisustvo depresije kod naših ispitanika moglo je biti i posledica nižeg nivoa aktivnog starenja i socijalne participacije što ukazuje na njihovu dvosmernu vezu.

Depresija je široko rasprostranjena u populaciji starih osoba, a naročito među onima koji su smešteni u domu za stare (55, 57). Depresija se znatno češće javlja kod starih osoba čija fizička sposobnost neprekidno opada i koji su sve manje sposobni da učestvuju u svakodnevnim aktivnostima. Tome doprinose i faktori rizika kao što su multimorbiditet, polifarmacija i kritični životni događaji koji su povezani sa starošću, poput gubitka nezavisnosti ili supružnika (58). Utvrđeno je da je prevalenca depresije među korisnicima domova za stare velika i da oko 30% korisnika domova za stare ima manji ili veći stepen depresije (56, 59). Studija sprovedena u Norveškoj identifikovala je prevalencu depresije od 28%, a studija sprovedena u Kanadi, na uzorku od 11.445 korisnika u 91 instituciji za smeštaj i negu starih osoba, otkrila je da depresivni simptomi pogađaju 27,1% korisnika (55). Takođe, u studiji sprovedenoj u Jordanu kod 221 korisnika, navodi se da oko 60% korisnika prijavljuje depresivne manifestacije (138).

Pored činjenice da se depresivni poremećaji u starosti mogu sprečiti, kod korisnika domova za stare oni često ostaju neprimećeni, a samim tim ostaju i nelečeni (57, 58). To može rezultirati ne samo nižim kvalitetom života, već i lošim fizičkim funkcionisanjem, preuranjenim smrtnim ishodom i povećanom stopom hospitalizacije (58, 137). Autori takođe navode da korisnici domova za stare pokazuju veću podložnost depresiji u odnosu na stare osobe koje žive u zajednici, dostižući 30% nasuprot 8-15% što bi se moglo pripisati ograničenoj aktivnosti starih osoba i nedostatku socijalne interakcije, što je činjenica koju potkrepljuju i druge različite studije (59, 138). Prisustvo depresivnih poremećaja se svakako može razlikovati među različitim kulturama. Dobijeni su različiti podaci u različitim zemljama jer postoje velike razlike u korišćenim dijagnostičkim kriterijumima, zatim, različitim kriterijumima za prijem, smeštaj i negu između domova za stare u različitim zemljama (55, 175, 194).

Pristup aktivnom starenju može igrati važnu ulogu u promovisanju mentalnog zdravlja starih osoba. Rezultati ovog istraživanja su u skladu sa istraživanjem koje je procenjivalo povezanost indikatora aktivnog starenja i simptoma depresije kod starih osoba sprovedenom u Brazilu, gde su rezultati pokazali da stare osobe koje su imale aktivniji život imale nižu prevalencu simptoma depresije u odnosu na one koje su bile manje aktivne (195).

Socijalna participacija predstavlja važan resurs koji utiče na pojedince u različitim domenima. Oslabljeni ili odsutni socijalni odnosi među starijim odraslima smatraju se ozbiljnim javno-zdravstvenim problemom jer je poznato da povećavaju rizik od

depresije. Studije koje ispituju depresiju među starijim osobama, zapažaju da su smanjeno socijalno učešće, socijalne mreže i socijalna podrška snažno povezani sa povećanim rizikom od depresije (194). Istraživanja su posebno pokazala da starije osobe imaju tendenciju da manje učestvuju u društvenim aktivnostima u odnosu na druge dobne grupacije i da takvo ograničeno učešće ima značajan učinak na njihovo fizičko i mentalno zdravlje (194).

Slični rezultati dobijeni su i u drugim istraživanjima. U studiji *Principi i saradnika* (196) depresivni simptomi su bili negativno povezani sa uključivanjem starih osoba u volonterske aktivnosti, koje se pokazuju sve značajnijim u ovoj starosnoj populaciji (168). *Kroezen i saradnici* su istraživali povezanost socijalne participacije i depresije na 9.068 osoba u 10 evropskih zemalja. Nalazi koje su dobili sugerišu da je socijalna participacija povezana sa depresivnim simptomima, ali da postoji zavisnost od vrste socijalne participacije (197). Socijalna participacija, definisana kao „društvena podela individualnih resursa“ kroz aktivno uključivanje u kolektivne socijalne aktivnosti poput verskih aktivnosti, sportskih aktivnosti, kulturnih i političkih događaja posebno je važna za starije odrasle osobe s obzirom da njihove socijalne veze opadaju nakon penzionisanja (193). U istraživanju *Kroezena i saradnika* učešće u verskim organizacijama bilo je povezano sa padom depresivnih simptoma, dok je učešće u političkim ili društvenim organizacijama bilo povezano sa povećanjem depresivnih simptoma. Ipak najveća prevalenca depresivnih simptoma bila je kod osoba koje nisu bile aktivne (197).

Prisustvo izraženijih depresivnih obeležja kod starih osoba dovodi do toga da oni ostvaruju niži nivo aktivnog starenja i socijalne participacije, čime je potvrđena treća hipoteza ovog istraživanja. Optimizacija procesa starenja i kvaliteta života starih osoba je važan cilj. Intervencije aktivnog starenja treba da uključe dimenziju mentalnog zdravlja kako bi se minimizirala prevalenca psihološkog stresa, emocionalnih bolesti i njihovih posledica. Konkretno, skrining i lečenje simptoma depresije i anksioznosti kod starih osoba može rezultirati boljim kvalitetom života, kako kratkoročno, tako i dugoročno (198). Zbog toga je važno prepoznati stare osobe kojima pretila opasnost od razvoja depresije. To se može postići kroz sveobuhvatnu gerijatrijsku procenu starih osoba, koja treba da bude prilagođena različitim sociokulturološkim sredinama.

Četvrtom hipotezom želeli smo da proverimo da li je zadovoljstvo pruženom negom u domu pozitivan prediktor aktivnog starenja i socijalne participacije. Kada je u pitanju

povezanost aktivnog starenja i zadovoljstva negom, rezultati ovog istraživanja su pokazali da ne postoji značajna povezanost.

Po pitanju povezanosti socijalne participacije i zadovoljstva negom, istraživanje je pokazalo da stare osobe koje su bile zadovoljnije negom koja im je pružena u domu imale niži stepen socijalne participacije i obrnuto. Dobijeni rezultati mogli bi se protumačiti da stare osobe koje su zbog svog zdravstvenog stanja više zavisne od nege, tj. usluga koje pruža osoblje u domu, te usluge mogu oceniti sa višim ocenama.

Istovremeno, možda su ispitanici zbog svog zdravstvenog stanja sprečeni da ostvaruju aktivnosti iz domena socijalne participacije, te iz tog razloga postižu niže skorove. Odnosno, stare osobe koje su zadovoljnije negom, možda su zbog prirode svog zdravstvenog stanja u većoj meri zavisne od nege i više vremena provode sa osobama koje ih neguju, te su samim tim više upućene na osoblje, nego na aktivnosti socijalne participacije.

Ovim rezultatom nije potvrđena četvrta hipoteza ovog istraživanja. Da bi dobili jasniju sliku o vezi zadovoljstva pruženom negom korisnika domskog smeštaja sa stepenom aktivnog starenja i socijalne participacije bilo bi potrebno uraditi dodatna istraživanja.

Petom hipotezom želeli smo da proverimo da li učestaliji društveni kontakti pozitivno koreliraju sa aktivnim starenjem i socijalnom participacijom starih osoba. Kada je u pitanju povezanost aktivnog starenja i društvenih kontakata starih osoba, ovo istraživanje je pokazalo da ispitanici sa učestalijim društvenim kontaktima postižu bolje aktivno starenje.

Istraživanje je takođe pokazalo da stare osobe koje imaju viši stepen socijalne participacije tj. bogatiju socijalnu mrežu i učestalije društvene kontakte imaju niži rizik za pojavu socijalne izolacije.

Dobro je poznato da je socijalna participacija važna za aktivno starenje i može se opisati kao angažovanje stare osobe u aktivnostima u interakciji sa drugima ili društvom u celini (199). Socijalna participacija obuhvata različite nivoe angažovanja: biti sa drugima, interakciju sa drugima, pripremu za aktivnosti oko drugih bez interakcije, obavljanje aktivnosti sa drugima i doprinos drugima i društvu (70). Ranija istraživanja su otkrila da obavljanje svakodnevnih aktivnosti sa drugima i iskustvo zajedništva stvara smisao u svakodnevnom životu, te da uključivanje u aktivnosti koje podržavaju društveni kontakt i očuvanje zajednice takođe smanjuju socijalnu izolaciju

među starim osobama (199–201). Sa druge strane, nizak nivo učešća u društvenim aktivnostima i ograničena društvena mreža mogu predstavljati pretnju fizičkom i mentalnom zdravlju starijih osoba (202, 203).

Za stare osobe, mogućnosti za socijalnu participaciju se često menjaju iz različitih razloga, kao što su pogoršanje zdravlja, gubitak partnera, gubitak prijatelja, a kao rezultat takvih promena može se javiti osećaj usamljenosti. Usamljenost se može opisati kao negativno osećanje povezano sa nedostatkom društvenih odnosa kod stare osobe i može biti faktor rizika i za pogoršanje fizičkog i mentalnog zdravlja, što zauzvrat može uticati na stepen njihove socijalne participacije (204).

Svest o odnosu između socijalne participacije i aktivnog starenja, kao i činjenica da je nedostatak socijalne participacije povezan sa percipiranom usamljenošću među starijim osobama postala je posebno izražena u svetlu pandemije COVID-19, koja je pogoršala situaciju za starije osobe u smislu uključivanja u društvene aktivnosti i druženja sa drugima. Pandemija COVID-19 i javni saveti o socijalnom distanciranju još više su otežali održavanje društvenih odnosa, posebno zato što su bile ograničene mogućnosti za lične kontakte radi negovanja društvenih odnosa. I u ovom istraživanju stare osobe su ocenile da im je COVID-19 značajno izmenio svakodnevne aktivnosti i socijalne kontakte u domu i izvan njega što im je značajno uticalo i na raspoloženje u vidu nemira, teskobe, anksioznosti i slično. Rezultati dobijeni ovim istraživanjem potvrdili su petu hipotezu istraživanja da učestaliji društveni kontakti pozitivno koreliraju sa aktivnim starenjem i socijalnom participacijom starih osoba.

Šestom hipotezom ovog istraživanja želeli smo da ispitamo da li pozitivan stav osobe o ličnom starenju i percepcija moći u odnosu na kontrolu sopstvenog života podstiču aktivno starenje i socijalnu participaciju korisnika doma za smeštaj i negu starih lica.

Rezultati dobijeni istraživanjem, pokazali su da stare osobe koje imaju negativan stav o ličnom starenju, odnosno negativnu percepciju ličnog starenja imaju nizak stepen aktivnog starenja. Na taj način potvrđena je pretpostavka u šestoj hipotezi ovog istraživanja da pozitivan stav osobe o ličnom starenju podstiče aktivno starenje. Rezultati ovog istraživanja takođe su pokazali da ne postoji značajna povezanost stava osobe o ličnom starenju sa aktivnostima socijalne participacije.

Brothers i saradnici smatraju da stavove ne oblikuje samo biološka starost, već da subjektivno starenje obuhvata različito povezane koncepte koji odražavaju način na

koji pojedinci doživljavaju proces starenja (205). Istraživanja su pokazala da su faktori koji utiču na stavove prema starenju višestruki i uključuju samoprocenu zdravlja, samodovoljnost, život u samoći, i demografske faktore, kao što su pol i nivo obrazovanja (206–208). Prethodna istraživanja su sugerisala da psihološke varijable mogu imati veći uticaj na stavove prema starenjuu odnosu na fizičko zdravlje i sociodemografske karakteristike (209, 210). U istraživanju *Kisvetrove i saradnika* navodi se da stavovi starih osoba prema starenju zapravo predstavljaju sveobuhvatan lični pogled na iskustvo starenja tokom života gde su objedinjeni misli, osećaji i sećanja u životu starih osoba (211). Autori navode da se u njihovom istraživanju sprovedenom među starim osobama koje žive u zajednici i koje su smeštene u domu za stare kao značajan prediktor stavova prema starenju izdvaja dostojanstvo i da su stare osobe koje su svoje dostojanstvo subjektivno procenile višim, imale negativnije stavove prema starosti (211).

Dostojanstvo je prirodna osobina čoveka i može se subjektivno percipirati kao doživljaj samog sebe i manifestuje se kroz ponašanje koje pokazuje poštovanje jednih prema drugima (211, 212). Svetska zdravstvena organizacija definiše dostojanstvo kao “inherentnu vrednost i vrednost pojedinca”, dodajući da je snažno povezano s poštovanjem, priznanjem, samopoštovanjem i mogućnostima izbora (213). *Kisvetrova i saradnici* takođe navode da je dostojanstvo u starosti povezano sa stavovima prema starosti i srodnim konceptima kao što su pozitivno starenje i kvalitet života, te sugerišu da je dostojanstvo važno za aktivno starenje (214). Stavovi starih osoba prema starenju mogu uticati na kvalitet života, zadovoljstvo životom, strategije suočavanja sa stresom, kognitivne funkcije i životno ponašanje uopšte (211). Malezijska studija sa grupom korisnika nevladine dobrotvorne ustanove za smeštaj starih osoba od 60 do 69 godina pokazala je da su pozitivni stavovi prema starenju povezani i sa boljim kvalitetom života (218).

Warmoth i saradnici u svom istraživanju navode da mnoge stare osobe imaju negativnu percepciju starenja zbog problema uzrokovanih lošim ili narušenim zdravljem i svakodnevnim funkcionisanjem (216). S obzirom na to da su mnoge bolesti češće među starijom populacijom, samoprocena zdravlja se obično pogoršava sa starijim životnim dobom (217). Uticaj samopercepcije starenja na zdravlje i očekivani životni vek je dokumentovan kao važan za uspešan proces starenja (215). Subjektivna percepcija zdravlja kombinuje fizičke i emocionalne faktore i osećaj blagostanja i zadovoljstva životom. Zadovoljstvo životom kod starih osoba je manje ako je

samopercepcija o svom zdravlju lošija, funkcionalna sposobnost slabija i ako nedostaje emocionalna i instrumentalna podrška (120). Pozitivne percepcije starenja imaju pozitivnu vezu ne samo sa kvalitetom života starih osoba, već utiču i na njegovu dužinu, dok je negativna samopercepcija starenja povezana sa većim rizikom od smrti u starosti (219). Pored navedenog, na zdravlje, kao i njegovu samopercepciju utiču lokalni, nacionalni ili svetski kulturni sistemi vrednosti i ambijent (220). Samopercepcija zdravlja starih osoba odražava njihove kulturološke stavove, od kojih su akademske definicije nezavisne ili ih zanemaruju (221). Kulturološke koncepcije mogu uticati na samopercepciju zdravlja čak i više nego objektivni zdravstveni status (222).

Kada je u pitanju percepcija moći kontrolisanja sopstvenog života, ovo istraživanje je pokazalo da ispitanici koji pokazuju viši nivo aktivnog starenja i socijalne participacije imaju nižu percepciju moći kontrolisanja sopstvenog života. Na stavove o starenju i percepciju moći kontrolisanja sopstvenog života, uticaj mogu imati predrasude o starosti, starim osobama, kao i iskustvo dobne diskriminacije. U društvu gde je dobna diskriminacija izražena, veoma često se javlja problem autodiskriminacije starih, ondnosno pojava negativnih stavova same stare osobe o svom starenju i mogućnostima (148, 149). Starosna diskriminacija je suprotnost aktivnom starenju i socijalnoj participaciji. Sa ovim fenomenom je u vezi i percepcija lične moći i kontrole stare osobe nad svojim životom. Niska percepcija moći i autodiskriminacija posledično može imati negativan efekat na sve aspekte aktivnog starenja i socijalne participacije (63, 149, 150).

Kada su u pitanju pozitivni prediktori aktivnog starenja i socijalne participacije, ovo istraživanje je pokazalo da viši stepen aktivnog starenja ostvaruju mlađe obrazovanije osobe, koje su u braku i boljeg materijalnog statusa, bez hroničnih bolesti i sa istorijom malignih bolesti, osobe koje su u manjem stepenu depresivne, osobe koje imaju aktivniju brigu o sebi i učestalije društvene kontakte. Viši stepen socijalne participacije ostvaruju osobe boljeg materijalnog i boljeg kognitivnog statusa, osobe koje imaju učestalije društvene kontakte i manju percepciju moći kontrolisanja sopstvenog života.

7. ZAKLJUČAK

Na osnovu rezultata ovog istraživanja možemo da izdvojimo sledeće zaključke:

- Stare osobe koje su korisnici doma za smeštaj i negu starih lica imaju nizak stepen aktivnog starenja i socijalne participacije. Stare osobe ženskog pola, kao i stare osobe iz seoskih sredina imaju niži stepen aktivnog starenja i socijalne participacije. Status veze i mesečna primanja u ovom istraživanju nisu imali uticaj na stepen aktivnog starenja kod korisnika doma, dok su viši stepen socijalne participacije imali korisnici doma za smeštaj i negu starih lica koji su u nekoj vrsti veze, kao i korisnici sa nižim mesečnim primanjima. Starost se pokazala kao pozitivan prediktor aktivnog starenja i socijalne participacije;
- Stare osobe, korisnici doma za smeštaj i negu starih lica koji nemaju hronično oboljenje postižu viši nivo aktivnog starenja i neformalne socijalne participacije, dok korisnici koji imaju hronično oboljenje imaju viši nivo formalne socijalne participacije. Stare osobe koje su imale istoriju maligne bolesti su postigle viši stepen aktivnog starenja, dok se istorija maligniteta nije pokazala značajnim za socijalnu participaciju. Invaliditet se nije pokazao značajnim za aktivno starenje i socijalnu participaciju. Korisnici doma koji su imali punu ili umereno narušenu funkcionalnost, postigli su viši stepen aktivnog starenja i socijalne participacije;
- Korisnici doma za smeštaj i negu starih lica očuvanog kongnitivnog statusa bez prisustva depresivnih obeležja imaju viši nivo aktivnog starenja i socijalne participacije;
- Zadovoljstvo pruženom negom u domu nije se pokazalo kao značajan prediktor aktivnog starenja i socijalne participacije kod korisnika doma za smeštaj i negu starih lica;
- Učestaliji društveni kontakti pozitivno koreliraju sa aktivnim starenjem i socijalnom participacijom kod korisnika doma za smeštaj i negu starih lica;
- Pozitivan stav osobe o ličnom starenju podstiče aktivno starenje, dok nema uticaja na socijalnu participaciju kod korisnika doma za smeštaj i negu starih lica.

Kao implikacija ovog rada proizilazi potreba za većim brojem istraživanja koja će biti usmerena na identifikovanje razloga kao i načina delovanja, podsticanja i podrške u

oblasti aktivnog starenja i socijalne participacije starih osoba koje se nalaze na smeštaju u domu za stare. Istražujući postojeću literaturu, aktivno starenje i socijalna participacija kod starih osoba su u velikoj meri zastupljena u istraživanjima starih osoba koje žive u zajednici, dok su oskudna istraživanja koja se odnose na populaciju starih osoba koje su smeštene u domu za stare. Sa druge strane, istraživanja o starim osobama bilo da žive u zajednici ili u domu za stare, koja se tiču Republike Srpske, su veoma oskudna i siromašna, što može predstavljati izazov i zadatak za buduća istraživanja.

Rezultati ovog istraživanja mogu imati dvojaku primenu, u praktičnom i naučnom smislu. U praktičnom smislu rezultati će pružiti saznanja potrebna za kreiranje programa podrške starima u aktivnom starenju i prevenciji teškoća, a na osnovu naučno detektovanih specifičnih izazova i potreba, koje bi trebale biti uključene u dugoročno planirane aktivnosti unutar domova za smeštaj i negu starih lica. Time bi populaciji starijih posvetili potrebnu pažnju, a da se ona ne svodi isključivo na medicinsko zbrinjavanje, već da se bazira na preporukama aktivnog starenja. Pored dobiti na nivou pojedinca, njegove porodice i ljudi iz okruženja i samog doma, primena ovih rezultata dovela bi i do značajnog uključivanja starih u društvene tokove i smanjenja finansijskih troškova na više nivoa i državnih sistema.

U naučnom smislu rezultati ovog istraživanja doprineće nastavku i razvoju multiteorijskog i interdisciplinarnog izučavanja i procene procesa aktivnog starenja i njemu bliskih konstrukata.

8. OGRANIČENJA STUDIJE

Ova studija ima nekoliko ograničenja. Kako bi se dobio homogeni uzorak sve stare osobe koje su imale kognitivno oštećenje isključene su iz istraživanja. U istraživanju su učestvovalе samo stare osobe koje su kognitivno, socijalno i funkcionalno očuvane, pa je nemoguće generalizovati dobijene rezultate na sve osobe starije od 60 godina. Takođe, istraživač nije znao pravi razlog za smeštaj ispitanika u dom za stare i da li bi to moglo uticati na ovo istraživanje.

Značajno ograničenje ove studije je to što je istraživanje rađeno tokom pandemije COVID-19 kada je starim osobama smeštenim u domu za stare bilo zabranjeno da izlaze iz doma, da primaju posete i većinu vremena su provodili u izolaciji kako bi se sprečilo širenje infekcije. Samim tim nisu imali mogućnosti za organizovane aktivnosti i sprovođenje aktivnog starenja i socijalne participacije. Osim toga, u istraživanju nismo imali podatke o nivou aktivnog starenja i socijalne participacije u domu za stare pre pandemije COVID-19. Iz tog razloga, ne možemo tvrditi da je trenutna situacija posledica izolacije zbog pandemije.

Ograničenje ovog istraživanja može biti i dužina korišćenog upitnika. Dugotrajna ispitivanja kod starijih osoba mogu dovesti do zamora i pada koncentracije što se odražava na njihove odgovore, a samim tim i na rezultate istraživanja.

Skala aktivnog starenja (UJACAS) može se generalizovati na severno-evropske i druge zapadne zemlje. Iako su stavke na Skali prilično univerzalne, Skala zahteva validaciju kada se koristi u drugačijem kulturnom ili društvenom kontekstu. Predlog za buduće studije je adaptacija Skale aktivnog starenja tako da odgovara našem socio-kulturološkom kontekstu, odnosno da može da se primeni na starije osobe sa različitim socio-ekonomskim i kulturnim karakteristikama.

9. LITERATURA

1. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. He W, Goodkind D, Kowal P. An aging world : 2015 International population reports [Internet]. Washington: U.S. Government Publishing Office; 2016 [cited 2022 Sep 3]. Available from:
https://www.giaging.org/documents/Aging_World.pdf
3. Lovreković M, Leutar Z. Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu. *Socijalna ekologija*. 2010;19(1):55-79.
4. Colloca G, Di Capua B, Bellieni A, Fusco D, Ciciarello F, Tagliaferri L, et al. Biological and functional biomarkers of aging: definition, characteristics, and how they can impact everyday cancer treatment. *Curr Oncol Rep*. 2020;22(11):115.
5. Petrušić N, Todorović N, Vračević M. Uvod u starenje i ljudska prava starijih: pilot studija o finansijskom zlostavljanju starih. Beograd: Crveni krst Srbije; 2015. 120 str.
6. National Institute on Aging, National Institutes of Health. Why population aging matters: a global perspective. Bethesda: National Institute on Aging, National Institutes of Health; 2007.
7. Dziechciaż M, Filip R. Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging. *Ann Agric Environ Med*. 2014;21(4):835-8.
8. Nežić L, Škrbić R, Stoisavljević-Šatara S, Stojaković N, Vujić-Aleksić V, Carić B, i dr. *Klinička farmakologija u gerijatriji*. Banja Luka: Medicinski fakultet Banja Luka; 2018. 546 str.

9. Galić S, Tomasović Mrčela N. Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba - psihologije starenja. Osijek: Medicinska škola Osijek; 2013.
10. Razvoj u odrasloj dobi i starenje. U: Schaie KW, Willis SL; Despot-Lučanin J, Penezić Z, prevodioci. Psihologija odrasle dobi i starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2001. str. 1-28.
11. Dharmo E, Furxhiu NK. Older people quality of life evaluation. *Mediterr J Soc Sci.* 2014;5(13 spec issue):385-90.
12. Rockwood K, Mitnitski A. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty. *Clin Geriatr Med.* 2011;27(1):17-26.
13. Tsai SY, Chi LY, Lee CH, Chou P. Health-related quality of life as a predictor of mortality among community-dwelling older persons. *Eur J Epidemiol.* 2007;22(1) 19-26.
14. Otero-Rodríguez A, León-Muñoz LM, Balboa-Castillo T, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P. Change in health-related quality of life as a predictor of mortality in the older adults. *Qual Life Res.* 2010;19(1):15-23.
15. Zeng Y. Preface to the special collection on interdisciplinary research on healthy aging. *Demogr Res.* 2018;38(1):227-32.
16. Clair JM, Allman R. *The gerontological prism: developing interdisciplinary bridges.* New York: Routledge; 2018.
17. Jin K. Modern biological theories of aging. *Aging Dis.* 2010;1(2):72-4.
18. Rudolph CW, Zacher H. Considering generations from a lifespan developmental perspective. *Work Aging Retire.* 2017;3(2):113-29.
19. Barber BV, Weeks LE, Spassiani NA, Meisner BA. Experiences of health and aging for younger adults in long-term care: a social-ecological multi-method approach. *Disabil Soc.* 2021;36(3):46-87.

20. Balasubramanian P, Howell PR, Anderson RM. Aging and caloric restriction research: a biological perspective with translational potential. *EBioMedicine*. 2017;21:37-44.
21. Chow SC, Wang H, Shao J. *Sample size calculations in clinical research*. 2nd ed. New York: Chapman and Hall/CRC; 2007.
22. Jiang D, Fung HH. Social and emotional theories of aging. In: Baltes BB, Rudolph SW, Zacher H, editors. *Work across the lifespan*. London: Academic Press; 2019. p. 135-53.
23. Tărus R, Dezsi Stefan, Pop F. Ageing urban population prognostic between 2020 and 2050 in Transylvania region (Romania). *Sustainability*. 2021;13(17):9940.
24. Balachandran A, de Beer J, James KS, van Wissen L, Janssen F. Comparison of population aging in Europe and Asia using a time-consistent and comparative aging measure. *J Aging Health*. 2020;32(5-6):340-51.
25. UNFPA, HelpAge International. *Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge* [Internet]. 2012 [cited 2022 Sep 5]. Available from: <https://www.unfpa.org/publications/ageing-twenty-first-century>
26. Suzman R, Beard JR, Boerma T, Chatterji S. Health in an ageing world - what do we know? *Lancet*. 2015; 385(9967): 484-6.
27. Lamnisos D, Giannakou K, Jakovljevic MM. Demographic forecasting of population aging in Greece and Cyprus: one big challenge for the Mediterranean health and social system long-term sustainability. *Health Res Policy Syst*. 2021;19(1):21.
28. Dicker D, Nguyen G, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, et al. Global, regional, and national age-sex-specific mortality and life expectancy, 1950-

- 2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1684-735.
29. Fuster V. Changing demographics: a new approach to global health care due to the aging population. *J Am Coll Cardiol*. 2017;69(24):3002-5.
 30. Khan HTA. Population ageing in a globalized world: risks and dilemmas? *J Eval Clin Pract*. 2019;25(5):754-60.
 31. Arai H, Ouchi Y, Toba K, Endo T, Shimokado K, Tsubota K, et al. Japan as the front-runner of super-aged societies: perspectives from medicine and medical care in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(6):673-87.
 32. America`s Health Rankings. 2021seniorreport---executive-brief [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 5]. Available from:
<https://assets.americashealthrankings.org/app/uploads/2021-senior-report-%E2%80%93-executive-brief.pdf>
 33. Jarzebski MP, Elmqvist T, Gasparatos A, Fukushi K, Eckersten S, Haase D, et al. Ageing and population shrinking: implications for sustainability in the urban century. *npj Urban Sustainability*. 2021;1(1):17.
 34. Devedžić M, Stojilković Gnjatović J. Demografski profil starog stanovništva Srbije. Beograd: Republički zavod za statistiku; 2015.
 35. Urošević JM. Prevencija situacije hendikepa starih osoba kroz podršku aktivnom starenju [doktorska disertacija]. Beograd: Univerzitet u Beogradu, Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju; 2016.
 36. Cvitković I, urednik. Demografske i etničke promjene u BiH. Sarajevo: Akademija nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine; 2017.
 37. Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite Republike Srpske. Strategija za unapređenje položaja starijih lica u Republici Srpskoj za period od 2019. do

2028. godine. Banja Luka: Vlada Republike Srpske, Ministarstvo zdravlja i socijalne zaštite; 2019.
38. Dionigi AR. Stereotypes of aging: their effects on the health of older adults. *J Geriatr.* 2015;2015:1-9.
39. World Health Organization. The world health report 2008 - primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
40. Damjanić I. Stereotipi prema osobama treće životne dobi: iskustva starijih [diplomski rad]. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet u Rijeci; 2017.
41. Tomečak M, Štambuk A, Rusac S. Promišljanje starenja i starosti – predrasude, mitovi i novi pogledi. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja.* 2014;50(1):36-53.
42. Packer DJ, Chasteen AL. Looking to the future: how possible aged selves influence prejudice toward older adults. *Soc Cogn.* 2006;24(3):218-47.
43. Abrams D, Russell PS, Vauclair M, Swift H. Grey matters – a survey of ageism across Europe [Internet]. 2011 [cited 2022 Sep 5]. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Grey-Matters-%E2%80%93-A-Survey-of-Ageism-across-Europe%3A-EU-Abrams-Russell/f96b5a8088f911ab9c3be4b727f68bb4eae9aaff>
44. Kuzma D. Kvaliteta života osoba treće životne dobi [diplomski rad]. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet u Rijeci, Odsjek za pedagogiju; 2017.
45. Evangelista RA, Bueno Ade A, Castro PA, Nascimento JN, Araújo NT, Aires GP. Perceptions and experiences of elderly residents in a nursing home. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(spec No 2):81-6.
46. Anthony M. When is it time for a nursing home? *Home Healthc Now.* 2019;37(3):135.

47. Kimondo JW. Benefits and challenges encountered by elderly living in nursing homes [degree thesis]. Helsinki: Arcada University of Applied Science; 2012.
48. Klarin M, Telebar I. Zadovoljstvo životom i procjena zdravlja u osoba starije životne dobi. *Medica Jadertina*. 2019;49(1):5-13.
49. Riedl M, Mantovan F, Them C. Being a nursing home resident: a challenge to one's identity. *Nurs Res Pract*. 2013;2013:932381.
50. COVID-19 [Internet]. [pristupano 7. avgusta 2022.]. Dostupno na: <https://hr.wikipedia.org/wiki/COVID-19>
51. Egeljić-Mihailović N, Brkić-Jovanović N, Krstić T, Simin D, Milutinović D. Social participation and depressive symptoms among older adults during the Covid-19 pandemic in Serbia: a cross-sectional study. *Geriatr Nurs*. 2022;44:8-14.
52. Siegmund LA, Distelhorst KS, Bena JF, Morrison SL. Relationships between physical activity, social isolation, and depression among older adults during COVID-19: a path analysis. *Geriatr Nurs*. 2021;42(5):1240-4.
53. Shah SGS, Nogueras D, van Woerden HC, Kiparoglou V. The COVID-19 pandemic: a pandemic of lockdown loneliness and the role of digital technology. *J Med Internet Res*. 2020;22(11):e22287.
54. Killgore WDS, Cloonan SA, Taylor EC, Miller MA, Dailey NS. Three months of loneliness during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry Res*. 2020;293:113392.
55. Iden KR, Engedal K, Hjørleifsson S, Ruths S. Prevalence of depression among recently admitted long-term care patients in Norwegian nursing homes: associations with diagnostic workup and use of antidepressants. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2014;37(3-4):154-62.
56. Ashida T, Kondo N, Kondo K. Social participation and the onset of functional disability by socioeconomic status and activity type: the JAGES cohort study. *Prev Med*. 2016;89:121-8.

57. Al-Amer R, Subih M, Aldaraawi H, Randall S, Othman WMM, Salamonson Y. Prevalence of depression and its influence on the quality of life of Jordanians living in residential care facilities. *J Nurs Res.* 2019;27(6):e54.
58. Tesky VA, Schall A, Schulze U, Stangier U, Oswald F, Knopf M, et al. Depression in the nursing home: a cluster-randomized stepped-wedge study to probe the effectiveness of a novel case management approach to improve treatment (the DAVOS project). *Trials.* 2019;20(1):424.
59. Buedo-Guirado C, Rubio L, Dumitrache CG, Romero-Coronado J. Active aging program in nursing homes: effects on psychological well-being and life satisfaction. *Psychosocial Intervention.* 2020;29(1):49-57.
60. Bowling A. Enhancing later life: how older people perceive active ageing? *Aging Ment Health.* 2008;12(3):293-301.
61. Domazet I, Lazić M, Filimonović D. Koncept aktivnog starenja i smanjenje marginalizacije starije populacije. *FBIM Transactions.* 2017;5(1):45-58.
62. Zrinščak S. Aktivno starenje, rodna ravnopravnost i socijalna uključenost. *Revija za socijalnu politiku.* 2012;19(1):73-81.
63. Walker A. A strategy for active ageing. *Int Soc Secur Rev.* 2002;55(1):121-39.
64. Wongsala M, Anbäcken EM, Rosendahl S. Active ageing – perspectives on health, participation, and security among older adults in northeastern Thailand – a qualitative study. *BMC Geriatr.* 2021;21(1):41.
65. Walker A, Maltby T. Active ageing: a strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *Int J Soc Welf.* 2012;21(Suppl 1):S117-30.
66. Boulton-Lewis G, Buys L, Lovie-Kitchin J. Learning and active aging. *Educ Gerontol.* 2006;32(4):271-82.
67. Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F, Martínez-Martín P, Prieto-Flores ME, Rodríguez-Blázquez C, Martín-García S, et al. Active ageing and quality of life:

- factors associated with participation in leisure activities among institutionalized older adults, with and without dementia. *Aging Ment Health*. 2015;19(11):1031-41.
68. Babović M, Veličković K, Todorović N, Vračević M. *Socijalna uključenost starijih osoba (65+) u Srbiji*. Beograd: Crveni krst Srbije; 2018.
69. Puljiz V. Starenje stanovništva – izazov socijalne politike. *Revija za socijalnu politiku*. 2016;23(1):81-98.
70. Levasseur M, Richard L, Gauvin L, Raymond É. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Soc Sci Med*. 2010;71(12):2141-9.
71. Tomioka K, Kurumatani N, Saeki K. The differential effects of type and frequency of social participation on IADL declines of older people. *PLoS One*. 2018;13(11):e0207426.
72. Foster L, Walker A. Active and successful aging: a European policy perspective. *Gerontologist*. 2015;55(1):83-90.
73. Paz A, Doron I, Tur-Sinai A. Gender, aging, and the economics of “active aging”: setting a new research agenda. *J Women Aging*. 2018;30(3):184-203.
74. Burigo M. *Aktivno starenje i potrebe osoba treće životne dobi za obrazovanjem [diplomski rad]*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet; 2021.
75. Spajić-Vrkaš V, Vrban I, Rusac S, Radica S, Elezović I, Gatin M, i dr. *Prava osoba starije životne dobi u gradu Zagrebu: pilot-istraživanje*. Zagreb: Zaklada „Zajednički put“; 2013.
76. Havelka M. Skrb za starije ljude u Hrvatskoj- potreba uvođenja novih modela. *Društvena istraživanja*. 2003;12(1-2):225-45.
77. Boudiny K, Mortelmans D. A critical perspective: towards a broader understanding of ‘active ageing.’ *EJ Appl Psychol*. 2011;7(1):8-14.

78. di Mario Nascimento M, Giannouli E. Active aging through the University of the Third Age: the Brazilian model. *Educ Gerontol.* 2019;45(1):11-21.
79. Rubić T. Prakse i naracije (o) starosti u Zagrebu. *Narodna umjetnost: hrvatski časopis za etnologiju i folkloristiku.* 2018;55(2):7-27.
80. Bukov A, Maas I, Lampert T. Social participation in very old age: cross-sectional and longitudinal findings from BASE. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2002;57(6):P510-7.
81. Piškur B, Daniëls R, Jongmans MJ, Ketelaar M, Smeets RJ, Norton M, et al. Participation and social participation: are they distinct concepts? *Clin Rehabil.* 2014;28(3):211-20.
82. Sørensen LV, Waldorff FB, Waldemar G. Social participation in home-living patients with mild Alzheimer's disease. *Arch Gerontol Geriatr.* 2008;47(3):291-301.
83. Law M. Participation in the occupations of everyday life. *Am J Occup Ther.* 2002;56(6):640-9.
84. Amado AN, Stancliffe RJ, McCarron M, McCallion P. Social inclusion and community participation of individuals with intellectual/developmental disabilities. *Intellect Dev Disabil.* 2013;51(5):360-75.
85. Buffel T, De Donder L, Phillipson C, Dury S, De Witte N, Verte D. Social participation among older adults living in medium-sized cities in Belgium: the role of neighbourhood perceptions. *Health Promot Int.* 2014;29(4):655-68.
86. Slavković S. Uticaj kognitivnih i motoričkih sposobnosti na stepen socijalne participacije kod obolelih od multiple skleroze [disertacija]. Novi Sad: Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet; 2016.

87. Van Groenou MB, Deeg DJH. Formal and informal social participation of the 'young-old' in the Netherlands in 1992 and 2002. *Ageing Soc.* 2010;30(3):445-65.
88. Minagawa Y, Saito Y. Active social participation and mortality risk among older people in Japan: a results from a nationally representative sample. *Res Aging.* 2015;37(5):481-99.
89. Dehi Aroogh M, Mohammadi Shahboulaghi F. Social participation of older adults: a concept analysis. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2020;8(1):55-72.
90. Katagiri K, Kim JH. Factors determining the social participation of older adults: a comparison between Japan and Korea using EASS 2012. *PLoS One.* 2018;13(4):e0194703.
91. Levasseur M, Routhier S, Clapperton I, Doré C, Gallagher F. Social participation needs of older adults living in a rural regional county municipality: toward reducing situations of isolation and vulnerability. *BMC Geriatr.* 2020;20(1):456.
92. Dawson-Townsend K. Social participation patterns and their associations with health and well-being for older adults. *SSM Popul Health.* 2019;8:100424.
93. Turcotte PL, Carrier A, Roy V, Levasseur M. Occupational therapists' contributions to fostering older adults' social participation: a scoping review. *Br J Occup Ther.* 2018;81(8):427-49.
94. Wanchai A, Phrompayak D. A systematic review of factors influencing social participation of older adults. *Pac Rim Int JNurs Res Thail.* 2019;23(2):131-4.
95. Naud D, Généreux M, Bruneau JF, Alauzet A, Levasseur M. Social participation in older women and men: differences in community activities and barriers according to region and population size in Canada. *BMC Public Health.* 2019;19(1):1124.

96. Barbaccia V, Bravi L, Murmura F, Savelli E, Viganò E. Mature and older adults' perception of active ageing and the need for supporting services: insights from a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(13):7660.
97. Dahan-Oliel N, Gelinas I, Mazer B. Social participation in the elderly: what does the literature tell us? *Crit Rev Phys Rehabil Med*. 2008;20(2):159-76.
98. Goll JC, Charlesworth G, Scior K, Stott J. Correction: barriers to social participation among lonely older adults: the influence of social fears and identity. *PLoS One*. 2018;13(7):e0201510.
99. Anaby D, Miller WC, Eng JJ, Jarus T, Noreau L; PACC Research Group. Can personal and environmental factors explain participation of older adults? *Disabil Rehabil*. 2009;31(15):1275-82.
100. Pinto JM, Neri AL. Factors related to low social participation in older adults: findings from the Fibra study, Brazil. *Cad Saúde Colet*. 2017;25(3):286-93.
101. Papageorgiou N, Marquis R, Dare J. Identifying the enablers and barriers to community participation amongst older adults. *Br J Occup Ther*. 2016;79(12):742-51.
102. Lak A, Rashidghalam P, Myint PK, Baradaran HR. Comprehensive 5P framework for active aging using the ecological approach: an iterative systematic review. *BMC Public Health*. 2020;20(1):33.
103. Van Malderen L, Mets T, Gorus E. Interventions to enhance the quality of life of older people in residential long-term care: a systematic review. *Ageing Res Rev*. 2013;12(1):141-50.
104. Michael YL, Green MK, Farquhar SA. Neighborhood design and active aging. *Health Place*. 2006;12(4):734-40.
105. Webber SC, Porter MM, Menec VH. Mobility in older adults: a comprehensive framework. *Gerontologist*. 2010;50(4):443-50.

106. Meléndez JC, Tomás JM, Oliver A, Navarro E. Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: a structural model examination. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;48(3):291-5.
107. Domènech-Abella J, Perales J, Lara E, Moneta MV, Izquierdo A, Rico-Urbe LA, et al. Sociodemographic factors associated with changes in successful aging in Spain: a follow-up study. *J Aging Health.* 2018;30(8):1244-62.
108. Villar F, Serrat R, Celdrán M. Participation of Spanish older people in educational courses: the role of sociodemographic and active ageing factors. *J Eur Soc Policy.* 2016;26(5):417-27.
109. Jordão M, Ferreira-Santos F, Pinho MS, St Jacques PL. Meta-analysis of aging effects in mind wandering: methodological and sociodemographic factors. *Psychol Aging.* 2019;34(4):531-44.
110. AGE- Platform Europe. Adequate income, pensions, social inclusion and gender equality [Internet]. [cited 2022 Aug 5]. Available from: <https://www.age-platform.eu/adequate-income-pensions-social-inclusion-and-gender-equality>
111. Kline KA, Bowdish DM. Infection in an aging population. *Curr Opin Microbiol.* 2016;29:63-7.
112. Weyand CM, Goronzy JJ. Aging of the immune system. Mechanisms and therapeutic targets. *Ann Am Thorac Soc.* 2016;13(Suppl 5):S422-8.
113. Nelson CJ, Saracino RM, Roth AJ, Harvey E, Martin A, Moore M, et al. Cancer and aging: reflections for elders (CARE): a pilot randomized controlled trial of a psychotherapy intervention for older adults with cancer. *Psychooncology.* 2019;28(1):39-47.
114. Elias R, Loh KP, Targia V, Whitehead M, Canin B, Jatoi A, et al. Behavioral, psychological, and supportive care interventions in geriatric oncology: the

- Cancer and Aging Research Group infrastructure core. *J Geriatr Oncol.* 2020;11(2):347-9.
115. Garçon L, Khasnabis C, Walker L, Nakatani Y, Lapitan J, Borg J, et al. Medical and assistive health technology: meeting the needs of aging populations. *Gerontologist.* 2016;56(Suppl 2):S293-302.
116. Kukić B, Brkić-Jovanović N, Milutinović D, Krstić T, Egeljic N, Marinković D. Social participation of oncology patients over 60 years of age. *Med Pregl.* 2020;73(5-6):145-51.
117. Jaredić B, Stanojević DZ, Radović O. Socio-demografske karakteristike kao determinante kvaliteta života i depresivnosti starih u Srbiji. *Zbornik radova Filozofskog fakulteta u Prištini.* 2014;(44-2):243-64.
118. Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *BMC Geriatr.* 2011;11(1):47.
119. Hung WW, Ross JS, Boockvar KS, Siu AL. Association of chronic diseases and impairments with disability in older adults. *Med Care.* 2012;50(6):501-7.
120. Berat S, Nešković-Konstantinović Z, Nedović G, Rapaić D, Marinković D. Social functioning of elderly persons with malignant diseases. *Vojnosanit Pregl.* 2015;72(1):33-9.
121. Galenkamp H, Deeg DJH. Increasing social participation of older people: are there different barriers for those in poor health? Introduction to the special section. *Eur J Ageing.* 2016;13(2):87-90.
122. Cabrita M, Lamers SMA, Trompetter HR, Tabak M, Vollenbroek-Hutten MMR. Exploring the relation between positive emotions and the functional status of older adults living independently: a systematic review. *Aging Ment Health.* 2017;21(11):1121-8.

123. Tomás JM, Sancho P, Gutiérrez M, Galiana L. Predicting life satisfaction in the oldest-old: a moderator effects study. *Soc Indic Res.* 2014;117(2):601-13.
124. Maris B. Psihološki čimbenici duljine života [diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu; 2021.
125. Michalos AC, editor. *Encyclopedia of quality of life and well-being research.* Dordrecht: Springer; 2014.
126. Arik G, Varan HD, Yavuz BB, Karabulut E, Kara O, Kilic MK, et al. Validation of Katz index of independence in activities of daily living in Turkish older adults. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015;61(3):344-50.
127. Dedeyne L, Deschodt M, Verschueren S, Tournoy J, Gielen E. Effects of multi-domain interventions in (pre)frail elderly on frailty, functional, and cognitive status: a systematic review. *Clin Interv Aging.* 2017;12:873-96.
128. Fu C, Li Z, Mao Z. Association between social activities and cognitive function among the elderly in China: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(2):231.
129. Karlamangla AS, Singer BH, McEwen BS, Rowe JW, Seeman TE. Allostatic load as a predictor of functional decline. *MacArthur studies of successful aging. J Clin Epidemiol.* 2002;55(7):696-710.
130. Jones TG, Rapport LJ, Hanks RA, Lichtenberg PA, Telmet K. Cognitive and psychosocial predictors of subjective well-being in urban older adults. *Clin Neuropsychol.* 2003;17(1):3-18.
131. Engehardt H, Buber I, Skirbekk V, Prskawetz A. Social involvement, behavioural risks and cognitive functioning among older people. *Ageing Soc.* 2010;30(5):779-809.

132. Seeman TE, Miller-Martinez DM, Stein Merkin S, Lachman ME, Tun PA, Karlamangla AS. Histories of social engagement and adult cognition: midlife in the U.S. study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2011;66(Suppl 1):i141-52.
133. Enkvist A, Ekström H, Elmståhl S. Associations between cognitive abilities and life satisfaction in the oldest-old. Results from the longitudinal population study Good Aging in Skane. *Clin Interv Aging*. 2013;8:845-53.
134. Despot Lučanin J, Lučanin D. Psihosocijalni prediktori promjena u kognitivnim funkcijama u starosti. *Suvremena Psihologija*. 2010;13(2):221-33.
135. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015.
136. Guo Q, Bai X, Feng N. Social participation and depressive symptoms among Chinese older adults: a study on rural-urban differences. *J Affect Disord*. 2018;239:124-30.
137. Kouvatsou K, Iliadou M, Kalatzi P, Evanthia S, Christos P, Maria K, et al. Depression among elderly users of open and closed care facilities in a rural region of Greece: an important public health issue. *Mater Sociomed*. 2020;32(1):35-40.
138. Almomani FM, Bani-Issa W. The incidence of depression among residents of assisted living: Prevalence and related risk factors. *Clin Interv Aging*. 2017;12:1645-53.
139. Sherin Susan Paul N, Ramamurthy PH, Paul B, Saravanan M, Santhosh SR, Fernandes D, et al. Depression among geriatric population; the need for community awareness. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2019;7(1):107-10.
140. Laird KT, Lavretsky H, Paholpak P, Vlasova RM, Roman M, St Cyr N, et al. Clinical correlates of resilience factors in geriatric depression. *Int Psychogeriatr*. 2019;31(2):193-202.

141. Unsar S, Erol O, Sut N. Social support and quality of life among older adults. *Int J Caring Sci.* 2016;9(1):249-57.
142. Šincek D, Vuletić G. Važnost socijalne podrške za kvalitetu života: istraživanje kvalitete života emigranata i osoba koje žive u vlastitoj domovini. U: Vuletić G, urednik. *Zdravlje i kvaliteta života.* Osijek: Filozofski fakultet; 2011. str. 52-72.
143. Baneković L. Povezanost nekih psihosocijalnih čimbenika sa zadovoljstvom starijih osoba [diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu; 2017.
144. Choi E, Han KM, Chang J, Lee YJ, Choi KW, Han C, et al. Social participation and depressive symptoms in community-dwelling older adults: emotional social support as a mediator. *J Psychiatr Res.* 2021;137:589-96.
145. Hsu HC. Does social participation by the elderly reduce mortality and cognitive impairment? *Aging Ment Health.* 2007;11(6):699-707.
146. Seeman TE, Lusignolo TM, Albert M, Berkman L. Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. *Health Psychol.* 2001;20(4):243-55.
147. Kim JH, Song A, Chung S, Kwak KB, Lee Y. The Comparative Macro-Level Ageism Index: an international comparison. *J Aging Soc Policy.* 2021;33(6):571-84.
148. Liu D, Xi J, Hall BJ, Fu M, Zhang B, Guo J, et al. Attitudes toward aging, social support and depression among older adults: difference by urban and rural areas in China. *J Affect Disord.* 2020;274:85-92.
149. Wang G, Shi J, Yao J, Fu H. Relationship between activities of daily living and attitude toward own aging among the elderly in China: a chain mediating model. *Int J Aging Hum Dev.* 2020;91(4):581-98.

150. Cohen-Mansfield J, Regev I. Retirement preparation programs: an examination of retirement perceptions, self-mastery, and well-being. *Res Soc Work Pract.* 2018;28(4):428-37.
151. Rantanen T, Portegijs E, Kokko K, Rantakokko M, Törmäkangas T, Saajanaho M. Developing an assessment method of active aging: University of Jyväskylä Active Aging Scale. *J Aging Health.* 2019;31(6):1002-24.
152. Demir Erbi D, Hazer O. University of Jyväskylä Active Aging Scale: the study of validity and reliability. *International Journal of Eurasia Social Sciences.* 2019;10(38):1157-75.
153. Mars GM, Kempen GI, Post MW, Proot IM, Mesters I, van Eijk JT. The Maastricht social participation profile: development and clinimetric properties in older adults with a chronic physical illness. *Qual Life Res.* 2009;18(9):1207-18.
154. Galeoto G, Sansoni J, Scuccimarri M, Bruni V, De Santis R, Colucci M, et al. A psychometric properties evaluation of the Italian version of the Geriatric Depression Scale. *Depress Res Treat.* 2018;2018:1797536.
155. Tengku Mohd TAM, Yunus RM, Hairi F, Hairi NN, Choo WY. Social support and depression among community dwelling older adults in Asia: a systematic review. *BMJ Open.* 2019;9(7):e026667.
156. Greenberg SA. How to try this: the Geriatric Depression Scale: short form. *Am J Nurs.* 2007;107(10):60-9.
157. Rojas-Gualdrón DF, Ayala-Hernández JM, Cardona-Arango D, Segura-Cardona AM, Garzón-Duque MO. Rasch analysis of the Katz index of independence in activities of daily living in senior citizens from Antioquia, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 2019;37(2):89-95.
158. Gerrard P. The hierarchy of the activities of daily living in the Katz index in residents of skilled nursing facilities. *J Geriatr Phys Ther.* 2013;36(2):87-91.

159. Lubben J, Blozik E, Gillmann G, Iliffe S, von Renteln Kruse W, Beck JC, et al. Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *Gerontologist*. 2006;46(4):503-13.
160. Vilar-Compte M, Vargas-Bustamante A, Lubben J. Validation study of the abbreviated version of the Lubben Social Network Scale Spanish translation among Mexican and Mexican-American older adults. *J Cross Cult Gerontol*. 2018;33(1):83-99.
161. Evans IEM, Llewellyn DJ, Matthews FE, Woods RT, Brayne C, Clare L. Social isolation, cognitive reserve, and cognition in healthy older people. *PLoS One*. 2018;13(8):e0201008.
162. Chang Q, Sha F, Chan CH, Yip PSF. Validation of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale (“LSNS-6”) and its associations with suicidality among older adults in China. *PLoS One*. 2018;13(8):e0201612.
163. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav*. 1978;19(1):2-21.
164. Chen YL, Hsiung PC, Chung L, Chen SC, Pan AW. Psychometric properties of the Mastery Scale-Chinese version: applying classical test theory and Rasch analysis. *Scand J Occup Ther*. 2013;20(6):404-11.
165. Mendoza-Núñez V, Sarmiento-Salmerón E, Marín-Cortés R, Martínez-Maldonado ML, Ruiz-Ramos M. Influence of the self-perception of old age on the effect of a healthy aging program. *J Clin Med*. 2018;7(5):106.
166. Zinn JS, Lavizzo-Mourey R, Taylor L. Measuring satisfaction with care in the nursing home setting: the Nursing Home Resident Satisfaction Scale. *The Journal of Applied Gerontology*. 1993;12(4):452-65.

167. Katzman R, Brown T, Fuld P, Peck A, Schechter R, Schimmel H. Validation of a short orientation-memory-concentration test of congestive impairment. *Am J Psychiatry*. 1983;140(6):734-9.
168. Pinto JM, Neri AL. Trajectories of social participation in old age: a systematic literature review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2017;20(2):259-72.
169. Rochelle TL, Yeung DK, Bond MH, Li LMW. Predictors of the gender gap in life expectancy across 54 nations. *Psychol Health Med*. 2015;20(2):129-38.
170. Egeljić-Mihailović N, Pavlović J, Jović D, Knežević D. Correlation between subjective well-being and quality of life in elderly. *Biomedicinska istraživanja*. 2020;11(2):126-35.
171. Perales J, Martin S, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Garin N, Koskinen S, et al. Factors associated with active aging in Finland, Poland, and Spain. *Int Psychogeriatr*. 2014;26(8):1363-75.
172. Dehi Aroogh M, Mohammadi Shahboulaghi F. Social participation of older adults: a concept analysis. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2020;8(1):55-72.
173. Vogelsang EM. Older adult social participation and its relationship with health: rural-urban differences. *Health Place*. 2016;42:111-9.
174. Ponce MS, Rosas RP, Lorca MB. Social capital, social participation and life satisfaction among Chilean older adults. *Rev Saude Publica*. 2014;48(5):739-49.
175. Curvers N, Pavlova M, Hajema K, Groot W, Angeli F. Social participation among older adults (55+): results of a survey in the region of South Limburg in the Netherlands. *Health Soc Care Community*. 2018;26(1):e85-93.

176. Eum M, Kim H. Relationship between active aging and quality of life in middle-aged and older Koreans: analysis of the 2013–2018 KNHANES. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(2):240.
177. Meek KP, Bergeron CD, Towne SD, Ahn S, Ory M, Smith M. Restricted social engagement among adults living with chronic conditions. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(1):158.
178. Galenkamp H, Gagliardi C, Principi A, Golinowska S, Moreira A, Schmidt AE, et al. Predictors of social leisure activities in older Europeans with and without multimorbidity. *Eur J Ageing*. 2016;13(2):129-43.
179. Dombrowsky TA. Relationship between engagement and level of functional status in older adults. *SAGE Open Med*. 2017;5:2050312117727998.
180. Angleman SB, Santoni G, Von Strauss E, Fratiglioni L. Temporal trends of functional dependence and survival among older adults from 1991 to 2010 in Sweden: toward a healthier aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2015;70(6):746-52.
181. Huang HT, Chang CM, Liu LF, Lin HS, Chen CH. Trajectories and predictors of functional decline of hospitalised older patients. *J Clin Nurs*. 2013;22(9-10):1322-31.
182. Song HJ, Meade K, Akobundu U, Sahyoun NR. Depression as a correlate of functional status of community-dwelling older adults: utilizing a short-version of 5-item Geriatric Depression Scale as a screening tool. *J Nutr Health Aging*. 2014;18(8):765-70.
183. Shrira A, Litwin H. The effect of lifetime cumulative adversity and depressive symptoms on functional status. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;69(6):953-65.

184. Luo H, Tang JY, Wong GH, Chen CC, Lum TY, Chi I, et al. The effect of depressive symptoms and antidepressant use on subsequent physical decline and number of hospitalizations in nursing home residents: a 9-year longitudinal study. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(12):1048-54.
185. Sin NL, Yaffe K, Whooley MA. Depressive symptoms, cardiovascular disease severity, and functional status in older adults with coronary heart disease: the heart and soul study. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(1):8-15.
186. Kennison R, Cox J. Health and functional limitations predict depression scores in the health and retirement study. *Calif J Health Promot*. 2013;11(1):97-108.
187. Lim EJ. Gender differences in the relationship between physical functioning and depressive symptoms in low-income older adults living alone. *Nurs Health Sci*. 2014;16(3):381-6.
188. Weil J, Hutchinson SR, Traxler K. Exploring the relationships among performance-based functional ability, self-rated disability, perceived instrumental support, and depression. *Res Aging*. 2014;36(6):683-706.
189. Chen LY, Liu LK, Liu CL, Peng LN, Lin MH, Chen LK, et al. Predicting functional decline of older men living in veteran homes by minimum data set: implications for disability prevention programs in long term care settings. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(4):309.e9-13.
190. Rosso AL, Taylor JA, Tabb LP, Michael YL. Mobility, disability, and social engagement in older adults. *J Aging Health*. 2013;25(4):617-37.
191. Soubelet A. The role of social activity in age–cognition relations. *Educ Gerontol*. 2013;39(8):558-68.
192. Mattimore TJ, Wenger NS, Desbiens NA, Teno JM, Hamel MB, Liu H, et al. Surrogate and physician understanding of patients' preferences for living permanently in a nursing home. *J Am Geriatr Soc*. 1997;45(7):818-24.

193. Saito T, Kai I, Takizawa A. Effects of a program to prevent social isolation on loneliness, depression, and subjective well-being of older adults: a randomized trial among older migrants in Japan. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;55(3):539-47.
194. Won S, Kim H. Social participation, health-related behavior, and depression of older adults living alone in Korea. *Asian Soc Work Policy Rev.* 2020;14(1):61-71.
195. Galli R, Moriguchi EH, Bruscato NM, Horta RL, Pattussi MP. Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. *Rev Bras Epidemiol.* 2016;19(2):307-16.
196. Principi A, Galenkamp H, Papa R, Socci M, Suanet B, Schmidt A, et al. Do predictors of volunteering in older age differ by health status? *Eur J Ageing.* 2016;13(2):91-102.
197. Croezen S, Avendano M, Burdorf A, van Lenthe FJ. Social participation and depression in old age: a fixed-effects analysis in 10 European countries. *Am J Epidemiol.* 2015;182(2):168-76.
198. Ribeiro O, Teixeira L, Araújo L, Rodríguez-Blázquez C, Calderón-Larrañaga A, Forjaz MJ. Anxiety, depression and quality of life in older adults: trajectories of influence across age. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(23):9039.
199. Douglas H, Georgiou A, Westbrook J. Social participation as an indicator of successful aging: an overview of concepts and their associations with health. *Aust Health Rev.* 2017;41(4):455-62.
200. Nyman A, Josephsson S, Isaksson G. Being part of an unfolding story: togetherness in everyday occupations when ageing. *Scand J Occup Ther.* 2014;21(5):368-76.

201. Ejiri M, Kawai H, Fujiwara Y, Ihara K, Watanabe Y, Hirano H, et al. Social participation reduces isolation among Japanese older people in urban area: a 3-year longitudinal study. *PLoS One*. 2019;14(9):e0222887.
202. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*. 2015;10(2):227-37.
203. Makizako H, Shimada H, Doi T, Tsutsumimoto K, Hotta R, Nakakubo S, et al. Social frailty leads to the development of physical frailty among physically non-frail adults: a four-year follow-up longitudinal cohort study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(3):490.
204. Löfgren M, Larsson E, Isaksson G, Nyman A. Older adults' experiences of maintaining social participation: creating opportunities and striving to adapt to changing situations. *Scand J Occup Ther*. 2022;29(7):587-97.
205. Brothers A, Miche M, Wahl HW, Diehl M. Examination of associations among three distinct subjective aging constructs and their relevance for predicting developmental correlates. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2017;72(4):547-60.
206. Tovel H, Carmel S, Raveis VH. Relationships among self-perception of aging, physical functioning, and self-efficacy in late life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2019;74(2):212-21.
207. Zhang X, Xing C, Guan Y, Song X, Melloy R, Wang F, et al. Attitudes toward older adults: a matter of cultural values or personal values? *Psychol Aging*. 2016;31(1):89-100.
208. Beyer AK, Wolff JK, Warner LM, Schüz B, Wurm S. The role of physical activity in the relationship between self-perceptions of ageing and self-rated health in older adults. *Psychol Health*. 2015;30(6):671-85.

209. Thorpe AM, Pearson JF, Schluter PJ, Spittlehouse JK, Joyce PR. Attitudes to aging in midlife are related to health conditions and mood. *Int Psychogeriatr.* 2014;26(12):2061-71.
210. Shenkin SD, Laidlaw K, Allerhand M, Mead GE, Starr JM, Deary IJ. Life course influences of physical and cognitive function and personality on attitudes to aging in the Lothian Birth Cohort 1936. *Int Psychogeriatr.* 2014;26(9):1417-30.
211. Kisvetrová H, Mandysová P, Tomanová J, Steven A. Dignity and attitudes to aging: a cross-sectional study of older adults. *Nurs Ethics.* 2022;29(2):413-24.
212. Jacelon CS, Connelly TW, Brown R, Proulx K, Vo T. A concept analysis of dignity for older adults. *J Adv Nurs.* 2004;48(1):76-83.
213. World Health Organization. World mental health day 2015: dignity in mental health [Internet]. 2015 [cited 2022 Sep 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2015/10/10/default-calendar/world-mental-health-day-2015>
214. Kisvetrová H, Herzig R, Bretšnajdrová M, Tomanová J, Langová K, Školoudík D. Predictors of quality of life and attitude to ageing in older adults with and without dementia. *Aging Ment Health.* 2021;25(3):535-42.
215. Zielińska-Więczkowska H, Sas K. The sense of coherence, self-perception of aging and the occurrence of depression among the participants of the University of the Third Age depending on socio-demographic factors. *Clin Interv Aging.* 2020;15:1481-91.
216. Warmoth K, Tarrant M, Abraham C, Lang IA. Older adults' perceptions of ageing and their health and functioning: a systematic review of observational studies. *Psychol Health Med.* 2016;21(5):531-50.
217. Henchoz K, Cavalli S, Girardin M. Health perception and health status in advanced old age: a paradox of association. *J Aging Stud.* 2008;22(3):282-90.

218. Rashid A, Ong EK, Wong ESY. The attitude towards ageing among residents of an elderly care institution in Penang Malaysia. *Int J Collab Res Intern Med Public Health*. 2012;4(6):1069-83.
219. Sargent-Cox KA, Anstey KJ, Luszcz MA. Longitudinal change of self-perceptions of aging and mortality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;69(2):168-73.
220. Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H, et al. Culture and health. *Lancet*. 2014;384(9954):1607-39.
221. Hung LW, Kempen GIJM, De Vries NK. Cross-cultural comparison between academic and lay views of healthy ageing: a literature review. *Ageing Soc*. 2010;30(8):1373-91.
222. Huh J, Prause JA, Dooley CD. The impact of nativity on chronic diseases, self-rated health and comorbidity status of Asian and Hispanic immigrants. *J Immigr Minor Health*. 2008;10(2):103-18.

10. PRILOZI

10.1. Prilog 1: Baterija korišćenih testova

UPUTSTVO

Pred Vama se nalazi nekoliko testova. Molimo Vas da svaki od njih pažljivo pročitate i odgovorite na svako pitanje. Ne postoje tačni i netačni odgovori pa Vas molimo da prilikom odgovaranja budete potpuno iskreni. Pre svakog testa postoji kratko uputstvo koje pažljivo pročitajte kako biste znali na koji način treba da odgovorite na pitanja.

Ovo testiranje je potpuno **ANONIMNO!**

1. **Pol:** Muški Ženski

2. **Godina rođenja:** _____

3. **Mesto prebivališta pre smeštaja u dom?:** Grad Selo

4. **Koliko dugo ste korisnik doma?** _____

5. **Stepen obrazovanja:** Osnovna škola Srednja škola

Viša ili Visoka Fakultet

6. **Bračni status:** Sam/a Oženjen/udata Razveden/a

Udovac/ica U vezi

7. **Da li imate dece:** Da Ne

8. **Mesečna primanja:** Vrlo dobra mesečna primanja u odnosu na životne potrebe

Dovoljna mesečna primanja za životne potrebe

Jedva dovoljna mesečna primanja za životne potrebe

Nedovoljna mesečna primanja za životne potrebe

9. Da li bolujete od hronične bolesti (Zaokružite ako bolujete od neke od ponuđenih bolesti ili dopišite bolest od koje bolujete):

- Bolesti kardiovaskularnog sistema
- Respiratorne bolesti
- Oboljenja koštano-zglobnog sistema
- Reumatske bolesti
- Bolesti urinarnog sistema
- Dijabetes
- Nešto drugo? Navedite šta _____

10. Ukoliko imate neku hroničnu bolest, molimo Vas da navedete koliko dugo se lečite i uzimate terapiju (odgovor napišite u mesecima)

11. Da li ste nekada bolovali od maligne bolesti? :

- Da (Koje _____) Ne

Ukoliko ste bolovali od maligne bolesti molimo Vas da napišete pre koliko meseci ste završili lečenje? _____

11. Da li imate neki telesni invaliditet :

- Da (Koji? _____) Ne

12. U kojoj meri procenjujete da je pojava virusne infekcije Covid 19 uticala na Vaše svakodnevne aktivnosti u domu?

Molimo Vas ocenite na skali od 0 (nije uopšte) do 10 (potpuno su izmenjene aktivnosti)

13. U kojoj meri procenjujete da je pojava virusne infekcije Covid 19 uticala na Vaše raspoloženje u vidu nemira, teskobe, anksioznosti i sl.:

Molimo Vas ocenite na skali od 0 (nije uopšte) do 10 (potpuno su izmenjene aktivnosti)

14. U kojoj meri procenjujete da je pojava virusne infekcije Covid 19 uticala na Vaše socijalne kontakte u domu i van njega?

Molimo Vas ocenite na skali od 0 (nije uopšte) do 10 (potpuno su izmenjene aktivnosti)_____

SKALA AKTIVNOG STARENJA (UJACAS)

Molim Vas da za svaku stavku zaokružite tvrdnju sa kojom se najviše slažete.

ŽELJA ZA IZVODJENJEM RADNJE Koliko ste snažno želeli da radite sledeće stvari u toku prethodne četiri nedelje?	SPOSOBNOST ZA IZVODJENJE RADNJE Imajući u vidu vaše zdravstveno stanje i sposobnosti, da li ste bili u mogućnosti da radite sledeće stvari u toku prethodne četiri nedelje?	MOGUĆNOSTI ZAIZVODJENJE RADNJE Kada razmišljate o svom životu uopšteno, kako ste iskusili svoje mogućnosti da radite sledeće stvari u toku prethodne četiri nedelje?	UČESTALOST RADNJE Koliko često ste radili sledeće stvari u toku prethodne četiri nedelje
1. Želeo/la sam da se bavim nekom aktivnošću samostalne izrade stvari ili drugom aktivnošću koja zahteva manuelne veštine 4. Veoma snažno 3. Prilično snažno 2. Do neke mere 1. Samo malo 0. Uopšte ne	Mogao/la sam da se bavim nekom aktivnošću samostalne izrade stvari ili drugom aktivnošću koja zahteva manuelne veštine 4. Da, bez ikakvih poteškoća 3. Da, ali sa određenim poteškoćama 2. Da, ali sa mnogo poteškoća 1. Ne bez pomoći druge osobe 0. Čak ni uz pomoć	Moje mogućnosti za bavljenje nekom aktivnošću samostalne izrade stvari ili drugom aktivnošću koja zahteva manuelne veštine bile su 4. Veoma dobre 3. Prilično dobre 2. Umerene 1. Ograničene 0. To nije bilo moguće	Bavio/la sam se nekom aktivnošću samostalne izrade stvari ili drugom aktivnošću koja zahteva manuelne veštine 4. Svakodnevno ili gotovo svakodnevno 3. 2-4 puta nedeljno 2. Otprilike jednom nedeljno 1. Manje od jednom nedeljno 0. Uopšte ne
2. Želeo/la sam da crtam, pevam ili sviram muzički instrument, pišem, ili istražujem neku drugu umetnost 4. Veoma snažno 3. Prilično snažno 2. Do neke mere 1. Samo malo 0. Uopšte ne	Mogao/la sam da crtam, pevam ili sviram muzički instrument, pišem, ili istražujem neku drugu umetnost 4. Da, bez ikakvih poteškoća 3. Da, ali sa određenim poteškoćama 2. Da, ali sa mnogo poteškoća 1. Ne bez pomoći druge osobe 0. Čak ni uz pomoć	Moje mogućnosti da crtam, pevam ili sviram muzički instrument, pišem ili istražujem neku drugu umetnost bile su 4. Veoma dobre 3. Prilično dobre 2. Umerene 1. Ograničene 0. To nije bilo moguće	Crtao/la sam, pevao/la ili svirao/la muzički instrument, pisao/la ili istraživao/la neku drugu umetnost 4. Svakodnevno ili gotovo svakodnevno 3. 2-4 puta nedeljno 2. Otprilike jednom nedeljno 1. Manje od jednom nedeljno 0. Uopšte ne

<p>3. Želeo/la sam da učestvujem u raznim događajima ili aktivnostima kroz klubove ili udruženja</p> <p>4. Veoma snažno 3. Prilično snažno 2. Do neke mere 1. Samo malo 0. Uopšte ne</p>	<p>Mogao/la sam da učestvujem u raznim događajima ili aktivnostima kroz klubove ili udruženja</p> <p>4. Da, bez ikakvih poteškoća 3. Da, ali sa određenim poteškoćama 2. Da, ali sa mnogo poteškoća 1. Ne bez pomoći druge osobe 0. Čak ni uz pomoć</p>	<p>Moje mogućnosti da učestvujem u raznim događajima ili aktivnostima kroz klubove ili udruženja bile su</p> <p>4. Veoma dobre 3. Prilično dobre 2. Umerene 1. Ograničene 0. To nije bilo moguće</p>	<p>Učestvovao/la sam u raznim događajima ili aktivnostima kroz klubove ili udruženja bile su</p> <p>4. Svakodnevno ili gotovo svakodnevno 3. 2-4 puta nedeljno 2. Otprilike jednom nedeljno 1. Manje od jednom nedeljno 0. Uopšte ne</p>
<p>4. Želeo/la sam da izađem napolje i uživam u prirodi</p> <p>4. Veoma snažno 3. Prilično snažno 2. Do neke mere 1. Samo malo 0. Uopšte ne</p>	<p>Mogao/la sam izaći napolje i uživati u prirodi</p> <p>4. Da, bez ikakvih poteškoća 3. Da, ali sa određenim poteškoćama 2. Da, ali sa mnogo poteškoća 1. Ne bez pomoći druge osobe 0. Čak ni uz pomoć</p>	<p>Moje mogućnosti za izlazak napolje i uživanje u prirodi bile su</p> <p>4. Veoma dobre 3. Prilično dobre 2. Umerene 1. Ograničene 0. To nije bilo moguće</p>	<p>Izlazio/la sam napolje i uživao/la u prirodi</p> <p>4. Svakodnevno ili gotovo svakodnevno 3. 2-4 puta nedeljno 2. Otprilike jednom nedeljno 1. Manje od jednom nedeljno 0. Uopšte ne</p>
<p>5. Želeo/la sam da vežbam i održavam fizičku kondiciju</p> <p>4. Veoma snažno 3. Prilično snažno 2. Do neke mere 1. Samo malo 0. Uopšte ne</p>	<p>Mogao/la sam vežbati i održavati fizičku kondiciju</p> <p>4. Da, bez ikakvih poteškoća 3. Da, ali sa određenim poteškoćama 2. Da, ali sa mnogo poteškoća 1. Ne bez pomoći druge osobe 0. Čak ni uz pomoć</p>	<p>Moje mogućnosti da vežbam i održavam fizičku kondiciju bile su</p> <p>4. Veoma dobre 3. Prilično dobre 2. Umerene 1. Ograničene 0. To nije bilo moguće</p>	<p>Vežbao/la sami održavao/la fizičku kondiciju</p> <p>4. Svakodnevno ili gotovo svakodnevno 3. 2-4 puta nedeljno 2. Otprilike jednom nedeljno 1. Manje od jednom nedeljno 0. Uopšte ne</p>

<p>6. Želeo/la sam da se potrudim da vežbam svoj um ili pamćenje</p> <p>4. Veoma snažno 3. Prilično snažno 2. Do neke mere 1. Samo malo 0. Uopšte ne</p>	<p>Mogao/la sam da se potrudim da vežbam svoj um ili pamćenje</p> <p>4. Da, bez ikakvih poteškoća 3. Da, ali sa određenim poteškoćama 2. Da, ali sa mnogo poteškoća 1. Ne bez pomoći druge osobe 0. Čak ni uz pomoć</p>	<p>Moje mogućnosti da se potrudim da vežbam svoj um ili pamćenje bile su</p> <p>4. Veoma dobre 3. Prilično dobre 2. Umerene 1. Ograničene 0. To nije bilo moguće</p>	<p>Potrudio/la sam se da vežbam svoj um ili pamćenje</p> <p>4. Svakodnevno ili gotovo svakodnevno 3. 2-4 puta nedeljno 2. Otprilike jednom nedeljno 1. Manje od jednom nedeljno 0. Uopšte ne</p>
<p>7. Želeo/la sam koristiti računar ili tablet</p> <p>4. Veoma snažno 3. Prilično snažno 2. Do neke mere 1. Samo malo 0. Uopšte ne</p>	<p>Mogao/la sam koristiti računar ili tablet</p> <p>4. Da, bez ikakvih poteškoća 3. Da, ali sa određenim poteškoćama 2. Da, ali sa mnogo poteškoća 1. Ne bez pomoći druge osobe 0. Čak ni uz pomoć</p>	<p>Moje mogućnosti da koristim računar ili tablet bile su</p> <p>4. Veoma dobre 3. Prilično dobre 2. Umerene 1. Ograničene 0. To nije bilo moguće</p>	<p>Koristio/la sam računar ili tablet</p> <p>4. Svakodnevno ili gotovo svakodnevno 3. 2-4 puta nedeljno 2. Otprilike jednom nedeljno 1. Manje od jednom nedeljno 0. Uopšte ne</p>
<p>8. Želeo/la sam da pomognem ili podržim meni bliske ljude</p> <p>4. Veoma snažno 3. Prilično snažno 2. Do neke mere 1. Samo malo 0. Uopšte ne</p>	<p>Mogao/la sam pomoći ili podržati meni bliske ljude</p> <p>4. Da, bez ikakvih poteškoća 3. Da, ali sa određenim poteškoćama 2. Da, ali sa mnogo poteškoća 1. Ne bez pomoći druge osobe 0. Čak ni uz pomoć</p>	<p>Moje mogućnosti da pomognem ili podržim ljude koji su mi bliski bile su</p> <p>4. Veoma dobre 3. Prilično dobre 2. Umerene 1. Ograničene 0. To nije bilo moguće</p>	<p>Pomagao/la sam ili podržavao/la ljude koji su mi bliski</p> <p>4. Svakodnevno ili gotovo svakodnevno 3. 2-4 puta nedeljno 2. Otprilike jednom nedeljno 1. Manje od jednom nedeljno 0. Uopšte ne</p>

<p>9. Želeo/la sam učiniti stvari kako bih održao svoje društvene odnose</p> <p>4. Veoma snažno 3. Prilično snažno 2. Do neke mere 1. Samo malo 0. Uopšte ne</p>	<p>Mogao/la sam učiniti stvari da održim svoje društvene odnose</p> <p>4. Da, bez ikakvih poteškoća 3. Da, ali sa određenim poteškoćama 2. Da, ali sa mnogo poteškoća 1. Ne bez pomoći druge osobe 0. Čak ni uz pomoć</p>	<p>Moje mogućnosti da učinim stvari kako bih održao svoje društvene veze bile su</p> <p>4. Veoma dobre 3. Prilično dobre 2. Umerene 1. Ograničene 0. To nije bilo moguće</p>	<p>Činio/la sam stvari da održim svoje društvene veze</p> <p>4. Svakodnevno ili gotovo svakodnevno 3. 2-4 puta nedeljno 2. Otprilike jednom nedeljno 1. Manje od jednom nedeljno 0. Uopšte ne</p>
<p>10. Želeo/la sam preuzeti aktivnosti kako bih stekao/la nova poznanstva</p> <p>4. Veoma snažno 3. Prilično snažno 2. Do neke mere 1. Samo malo 0. Uopšte ne</p>	<p>Mogao/la sam da preuzmem aktivnosti kako bih sklopio/la nova poznanstva</p> <p>4. Da, bez ikakvih poteškoća 3. Da, ali sa određenim poteškoćama 2. Da, ali sa mnogo poteškoća 1. Ne bez pomoći druge osobe 0. Čak ni uz pomoć</p>	<p>Moje mogućnosti da preuzmem aktivnosti da napravim nova poznanstva bile su</p> <p>4. Veoma dobre 3. Prilično dobre 2. Umerene 1. Ograničene 0. To nije bilo moguće</p>	<p>Preduzima/la sam radnje da bih stekao/la nova poznanstva</p> <p>4. Svakodnevno ili gotovo svakodnevno 3. 2-4 puta nedeljno 2. Otprilike jednom nedeljno 1. Manje od jednom nedeljno 0. Uopšte ne</p>
<p>11. Želeo/la sam preuzeti odgovornost za stvari koje se tiču mog sopstvenog života</p> <p>4. Veoma snažno 3. Prilično snažno 2. Do neke mere 1. Samo malo 0. Uopšte ne</p>	<p>Mogao/la sam preuzeti odgovornost za stvari koje se tiču mog sopstvenog života</p> <p>4. Da, bez ikakvih poteškoća 3. Da, ali sa određenim poteškoćama 2. Da, ali sa mnogo poteškoća 1. Ne bez pomoći druge osobe 0. Čak ni uz pomoć</p>	<p>Moje mogućnosti da preuzmem odgovornost za stvari koje se tiču mog sopstvenog života bile su</p> <p>4. Veoma dobre 3. Prilično dobre 2. Umerene 1. Ograničene 0. To nije bilo moguće</p>	<p>Preuzeo/la sam odgovornost za stvari koje se tiču mog sopstvenog života</p> <p>4. Svakodnevno ili gotovo svakodnevno 3. 2-4 puta nedeljno 2. Otprilike jednom nedeljno 1. Manje od jednom nedeljno 0. Uopšte ne</p>

<p>12. Želeo/la sam preuzeti odgovornost za promociju društvenih ili javnih pitanja</p> <p>4. Veoma snažno 3. Prilično snažno 2. Do neke mere 1. Samo malo 0. Uopšte ne</p>	<p>Mogao/la sam preuzeti odgovornost za promociju društvenih ili javnih pitanja</p> <p>4. Da, bez ikakvih poteškoća 3. Da, ali sa određenim poteškoćama 2. Da, ali sa mnogo poteškoća 1. Ne bez pomoći druge osobe 0. Čak ni uz pomoć</p>	<p>Moje mogućnosti da preuzmem odgovornost za promociju društvenih ili javnih pitanja bile su</p> <p>4. Veoma dobre 3. Prilično dobre 2. Umerene 1. Ograničene 0. To nije bilo moguće</p>	<p>Preuzeo/la sam odgovornost za promociju društvenih ili javnih pitanja</p> <p>4. Svakodnevno ili gotovo svakodnevno 3. 2-4 puta nedeljno 2. Otprilike jednom nedeljno 1. Manje od jednom nedeljno 0. Uopšte ne</p>
<p>13. Želeo/la sam da učinim neke stvari kako bih učinio/la svoje dane zanimljivijim ili ugodnijim</p> <p>4. Veoma snažno 3. Prilično snažno 2. Do neke mere 1. Samo malo 0. Uopšte ne</p>	<p>Mogao/la sam raditi stvari kako bih učinio/la svoje dane zanimljivijim ili ugodnijim</p> <p>4. Da, bez ikakvih poteškoća 3. Da, ali sa određenim poteškoćama 2. Da, ali sa mnogo poteškoća 1. Ne bez pomoći druge osobe 0. Čak ni uz pomoć</p>	<p>Moje mogućnosti da napravim stvari kako bi moji dani bili što bolji, zanimljiviji ili srećniji bile su</p> <p>4. Veoma dobre 3. Prilično dobre 2. Umerene 1. Ograničene 0. To nije bilo moguće</p>	<p>Učinio/la sam stvari da svoje dane učinim što boljim, zanimljivijim ili prijatnijim</p> <p>4. Svakodnevno ili gotovo svakodnevno 3. 2-4 puta nedeljno 2. Otprilike jednom nedeljno 1. Manje od jednom nedeljno 0. Uopšte ne</p>
<p>14. Želeo/la sam poboljšati ili održati ugodnost svog doma</p> <p>4. Veoma snažno 3. Prilično snažno 2. Do neke mere 1. Samo malo 0. Uopšte ne</p>	<p>Mogao/la sam poboljšati ili održati ugodnost svog doma</p> <p>4. Da, bez ikakvih poteškoća 3. Da, ali sa određenim poteškoćama 2. Da, ali sa mnogo poteškoća 1. Ne bez pomoći druge osobe 0. Čak ni uz pomoć</p>	<p>Moje mogućnosti za poboljšanje ili održavanje ugodnosti mog doma bile su</p> <p>4. Veoma dobre 3. Prilično dobre 2. Umerene 1. Ograničene 0. To nije bilo moguće</p>	<p>Poboljšao/la sam ili održavao/la ugodnost mog doma</p> <p>4. Svakodnevno ili gotovo svakodnevno 3. 2-4 puta nedeljno 2. Otprilike jednom nedeljno 1. Manje od jednom nedeljno 0. Uopšte ne</p>

<p>15. Želeo/la samda vodim računa o svom spoljašnjem izgledu</p> <p>4. Veoma snažno 3. Prilično snažno 2. Do neke mere 1. Samo malo 0. Uopšte ne</p>	<p>Mogao/la sam se pobrinuti za svoj spoljašnji izgled</p> <p>4. Da, bez ikakvih poteškoća 3. Da, ali sa određenim poteškoćama 2. Da, ali sa mnogo poteškoća 1. Ne bez pomoći druge osobe 0. Čak ni uz pomoć</p>	<p>Moje mogućnosti da se pobrinem za svoj spoljašnji izgled bile su</p> <p>4. Veoma dobre 3. Prilično dobre 2. Umerene 1. Ograničene 0. To nije bilo moguće</p>	<p>Pobrinuo/la sam se za svoj spoljašnji izgled</p> <p>4. Svakodnevno ili gotovo svakodnevno 3. 2-4 puta nedeljno 2. Otprilike jednom nedeljno 1. Manje od jednom nedeljno 0. Uopšte ne</p>
<p>16. Želeo/la sam obezbediti stabilne finansije</p> <p>4. Veoma snažno 3. Prilično snažno 2. Do neke mere 1. Samo malo 0. Uopšte ne</p>	<p>Mogao/la sam obezbediti stabilne finansije</p> <p>4. Da, bez ikakvih poteškoća 3. Da, ali sa određenim poteškoćama 2. Da, ali sa mnogo poteškoća 1. Ne bez pomoći druge osobe 0. Čak ni uz pomoć</p>	<p>Moje mogućnosti da obezbedim stabilne finansije bile su</p> <p>4. Veoma dobre 3. Prilično dobre 2. Umerene 1. Ograničene 0. To nije bilo moguće</p>	<p>Obezbedio/la sam stabilne finansije</p> <p>4. Svakodnevno ili gotovo svakodnevno 3. 2-4 puta nedeljno 2. Otprilike jednom nedeljno 1. Manje od jednom nedeljno 0. Uopšte ne</p>
<p>17. Želeo/la sam da preduzmem aktivnosti u skladu sa mojim uverenjima ili pogledima na svet</p> <p>4. Veoma snažno 3. Prilično snažno 2. Do neke mere 1. Samo malo 0. Uopšte ne</p>	<p>Mogao/la sam preduzeti aktivnosti u skladu sa mojim uverenjima ili pogledima na svet</p> <p>4. Da, bez ikakvih poteškoća 3. Da, ali sa određenim poteškoćama 2. Da, ali sa mnogo poteškoća 1. Ne bez pomoći druge osobe 0. Čak ni uz pomoć</p>	<p>Moje mogućnosti da preduzmem aktivnosti u skladu sa mojim uverenjima ili pogledima na svet bile su</p> <p>4. Veoma dobre 3. Prilično dobre 2. Umerene 1. Ograničene 0. To nije bilo moguće</p>	<p>Preduzeo/la sam aktivnosti u skladu sa mojim uverenjima ili pogledima na svet</p> <p>4. Svakodnevno ili gotovo svakodnevno 3. 2-4 puta nedeljno 2. Otprilike jednom nedeljno 1. Manje od jednom nedeljno 0. Uopšte ne</p>

MAASTRICH SKALA SOCIJALNE PARTICIPACIJE (MSPP)

Molim Vas da za svaku stavku zaokružite koliko ste često sprovodili određenu aktivnost.

Koliko često ste u poslednje 4 nedelje	Ni jednom	Manje od 1 nedeljno	1 ili 2 puta nedeljno	Više od 2 puta nedeljno
Učestvovali u organizovanim sportskim ili fizičkim aktivnostima	0	1-3	4-8	9+
Učestvovali u grupnim aktivnostima, crkvi i sl.	0	1-3	4-8	9+
Bili na kulturnom ili edukativnom dešavanju	0	1-3	4-8	9+
Jeli van kuće	0	1-3	4-8	9+
Išli u kafić	0	1-3	4-8	9+
Bili na javnom događaju	0	1-3	4-8	9+
Učestvovali u organizovanim događajima zabavnog karaktera (kartanje, kviz)	0	1-3	4-8	9+
Bili na organizovanom izletu	0	1-3	4-8	9+
Volontirali	0	1-3	4-8	9+
Čuli se sa prijateljima ili poznanicima	0	1-3	4-8	9+
Prijatelji došli u posetu kod Vas	0	1-3	4-8	9+
Išli u posetu kod prijatelja	0	1-3	4-8	9+
Išli sa prijateljima u šetnju ili vožnju biciklom (veći fizički napor)	0	1-3	4-8	9+
Išli sa prijateljima na piće (manji fizički napor)	0	1-3	4-8	9+
Ponudili prijateljima pomoć (praktičnu - nabavka)	0	1-3	4-8	9+
Savetovali prijatelje	0	1-3	4-8	9+
Bili podrška prijateljima kad im je trebao neko za razgovor	0	1-3	4-8	9+
Čuli se sa članovima porodice	0	1-3	4-8	9+
Članovi porodice došli u posetu kod Vas	0	1-3	4-8	9+

Išli u posetu kod članova porodice	0	1-3	4-8	9+
Išli sa članovima porodice u šetnju ili vožnju biciklom (veći fizički napor)	0	1-3	4-8	9+
Išli sa članovima porodice na piće (manji fizički napor)	0	1-3	4-8	9+
Ponudili članovima porodice pomoć (praktičnu - nabavka)	0	1-3	4-8	9+
Savetovali članove porodice	0	1-3	4-8	9+
Bili podrška članovima porodice kad im je trebao neko za razgovor	0	1-3	4-8	9+

GERIJATRIJSKA SKALA DEPRESIJE (GDS)

Molim Vas da odaberete odgovor koji najbolje opisuje Vaša osećanja u proteklih nedelju dana.

Da li ste zadovoljni svojim životom?	Da	Ne
Da li ste smanjili broj svojih aktivnosti i zanimanja?	Da	Ne
Da li ste osećali da je Vaš život neispunjen?	Da	Ne
Da li Vam je često dosadno?	Da	Ne
Da li ste većinu vremena dobro raspoloženi?	Da	Ne
Da li strahujete kako Vam se može nešto loše desiti?	Da	Ne
Da li ste bili srećni većinu vremena?	Da	Ne
Da li se osećate često bespomoćno?	Da	Ne
Da li ste radije ostajali kod kuće nego izlazili napolje i bavili se novim aktivnostima?	Da	Ne
Smatrate li da imate više problema u pamćenju nego većina drugih ljudi?	Da	Ne
Smatrate li da Vam je život sada predivan?	Da	Ne
Osećate li se bezvredno (ovakvi kakvi ste sada)?	Da	Ne
Da li se osećate punim energije?	Da	Ne
Da li se osećate da ste u bezizlaznoj situaciji?	Da	Ne
Smatrate li da je drugima bolje nego Vama?	Da	Ne

SKALA BRIGE O SEBI (ADL)

Aktivnost 0 ili 1 bod	Nezavisnost 1 bod BEZ supervizije i pomoći	Zavisnost 0 bodova SA supervizijom, uz pomoć, kompletna nega
Kupanje _____bodova	Nije mu neophodna pomoć, ili mu je pomoć neophodna samo za jedna deo tela (leđa, genitalni predeo ili onesposobljen/povređeni ekstremitet)	Neophodna mu je pomoć pri kupanju više od jednog dela tela (ili se ne kupava), pri ulasku i izlasku iz kade, tuš kabine.
Oblačenje _____bodova	Samostalno uzima garderobu iz ormara ili fioke, ukoliko je potrebno zakopčava dugmad, koristi tregere. Može koristiti pomoć pri vezivanju pertli.	Neophodna mu je delimična ili potupna pomoć pri oblačenju.
Upotreba toaleta _____bodova	Samostalno ide do toaleta, seda, ustaje, sam briše anogenitalnu regiju, uredno se oblači.	Neophodna mu je pomoć za odlazak u toalet, brisanju anogenitalne regije ili koristi posudu za prihvatanje izlučevina u krevetu
Kretanje _____bodova	Kreće se, ustaje i leže u krevet ili seda u stolicu bez pomoći (može da koristi mehanička pomagala za transfer, štap ili hodalicu).	Neophodna mu je pomoć pri transferu iz kreveta na stolicu ili zahteva potpun transfer.
Kontinencija _____bodova	Kontroliše samostalno mokrenje i defekaciju.	Povremeno ili potpuno inkontinentan, urinarna ili crevna inkontinencija.
Ishrana _____bodova	Smostalno se hrani, prinosi hranu od tanjira do usta bez pomoći. Hranu može da pripremi druga osoba.	Neophodna mu je delimična ili potpuna pomoć pri hranjenju ili zahteva parenteralnu ishranu.

LUBENOVA SKALA DRUŠTVENIH KONTAKATA (LSNS-6)

Molim Vas za svaku stavku označite koliko ste često radili/posetili prijatelje i
porodicu. (Označite X u odgovarajuću kolonu)

	Ni jednim	Jednim	Dva	Tri ili četiri	Od pet do osam	Devet i više
PORODICA						
Sa koliko članova porodice (šire i uže) se vidite ili čujete makar jednom mesečno?						
Sa koliko članova porodice možete lako da razgovarate o privatnim temama?						
Sa koliko članova porodice ste dovoljno bliski da biste im se obratili za pomoć?						
PRIJATELJI						
Sa koliko prijatelja se vidite ili čujete makar jednom mesečno?						
Sa koliko prijatelja možete lako da razgovarate o privatnim temama?						
Sa koliko prijatelja ste dovoljno bliski da biste im se obratili za pomoć?						

PEARLIN MASTERY SKALA (PM)

Molimo Vas da zaokružite broj koji najviše odgovara Vašem stepenu slaganja sa iznetom tvrdnjom.

Brojevi imaju značenje:

1 = u potpunosti se slažem, 4 = niti se slažem niti se ne slažem,

7 = nikako se ne slažem.

Ne postoji način da rešim neke od problema koje imam.	1	2	3	4	5	6	7
Dozvoljavam da drugi ljudi komanduju mojim životom.	1	2	3	4	5	6	7
U maloj meri kontrolišem stvari koje mi se dešavaju.	1	2	3	4	5	6	7
Mogu da ostvarim sve što zamislim.	1	2	3	4	5	6	7
Često se osećam bespomoćno dok rešavam svoje probleme.	1	2	3	4	5	6	7
Ono što će mi se desiti u budućnosti većinom zavisi od mene (Moja budućnost zavisi od mene).	1	2	3	4	5	6	7
Ne mogu mnogo da utičem na promene važnih stvari u mom životu.	1	2	3	4	5	6	7

SKALA SAMOPERCEPCIJE LIČNOG STARENJA (SLO)

Molim Vas da za svaku stavku zaokružite tvrdnju sa kojom se najviše slažete.

1 = Potpuno se ne slažem, 2 = Umereno se ne slažem,

3 = Umereno se slažem; 4 = U potpunosti se slažem

To što starim me rastužuje.	1	2	3	4
Neprijatno je imati bore.	1	2	3	4
Starost me plaši.	1	2	3	4
Ne sviđa mi se što mi kosa sedi.	1	2	3	4
Stariji ljudi imaju loš zadah.	1	2	3	4
Strašno je gubiti mentalne sposobnosti sa starošću.	1	2	3	4
Stariji ljudi postaju naivni i ponavljaju se.	1	2	3	4
Sa starenjem dolazi tuga i usamljenost.	1	2	3	4
Žene sa kosom koja sedi nisu privlačne.	1	2	3	4
Stariji ljudi su napušteni.	1	2	3	4
Muškarci kod kojih je ćelavost povezana sa godinama nisu privlačni.	1	2	3	4
Starije žene treba da preduzmu korake kako bi izgledale mlađe.	1	2	3	4
Biti star je depresivno.	1	2	3	4
Stariji ljudi neprijatno mirišu.	1	2	3	4
Lako je zavarati starije ljude.	1	2	3	4
Sa starenjem se gubi nezavisnost.	1	2	3	4
Stariji ljudi uzrokuju mnoge problem.	1	2	3	4
Stariji ljudi nemaju veštine kao što je vožnja automobilom.	1	2	3	4
Stariji ljudi su pohlepni.	1	2	3	4
Starački domovi su depresivni.	1	2	3	4
Bojim se da ću biti beskoristan kad ostarim.	1	2	3	4

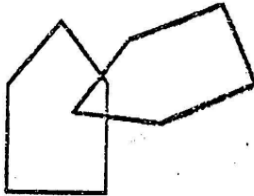
SKALA ZADOVOLJSTAVA NEGOM (NHRSS)

Koristeći skalu od 1 (ne baš dobro) do 4 (vrlo dobro), ocenite Vaš boravak u domu na sledećim pitanjima.

Da li lekari dobro postupaju sa Vama? Koliko se dobro ponašaju prema Vama?	Da	Ne
	1	2 3 4
Da li lekari dolaze brzo kad ih pozovete? Kako biste ocenili vreme koje im je potrebno da Vas posete?	Da	Ne
	1	2 3 4
Da li imate poverenja u lekarske sposobnosti? Kako biste ocenili svoje samopouzdanje?	Da	Ne
	1	2 3 4
Da li medicinske sestre dobro postupaju sa Vama? Koliko se dobro ponašaju prema Vama?	Da	Ne
	1	2 3 4
Da li medicinske sestre dolaze brzo kad ih pozovete? Kako biste ocenili vreme koje im je potrebno da Vas posete?	Da	Ne
	1	2 3 4
Da li imate poverenja u sposobnosti medicinskih sestara Kako bi ste ocenili svoje samopouzdanje?	Da	Ne
	1	2 3 4
Da li uživajte u jelu (serviranje, usluga, izbor, ukus)? Kako biste ocenili obrok za jelo?	Da	Ne
	1	2 3 4
Da li Vam se sviđa Vaša soba (urednost, cimer, prostor, temperatura)? Kako biste ocenili svoju sobu?	Da	Ne
	1	2 3 4
Da li imate dovoljno tišine i privatnosti? Kako bi ste ocenili tišinu i privatnost?	Da	Ne
	1	2 3 4
Da li Vam se sviđa Vaš dnevni raspored? Kako bi ste ocenili Vaš dnevni raspored?	Da	Ne
	1	2 3 4

MINI MENTAL KRATKI KONGNITIVNI TEST (MMSE)

Pred Vama se nalaze pitanja koja proveravaju Vaše pamćenje, orijentaciju i koncentraciju.

Orijentacija	
Koja je godina, godišnje doba, mesec, dan, datum (5 poena)?	
Gde se nalazimo, država, republika, grad, ustanova, sprat (5 poena)?	
Pamćenje	
Ispitivač imenuje tri predmeta, ispitanik treba da ih ponovi (3 poena).	
Pažnja i računanje	
Oduzimati redom brojeve od 100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, (5 poena) (Traži se uzastopno pet tačnih odgovora). Alternativno može obrnutim redom navesti slova reči npr. "vrata", "život" (Broje se uzastopni tačni odgovori do prve greške).	
Prisećanje	
Ispitanik treba da ponovi tri upamćena predmeta iz prethodnog zadatka (3 poena).	
Govorni testovi	
Pokazati ispitaniku tri predmeta i da ih imenuje, npr. olovka, sat, telefon (2 poena).	
Potrebno je da ispitanik ponovi "prvo srpsko parobrodarsko društvo" (1 poen).	
Izvršavanje kompleksnih radnji	
Uzmite papir desnom rukom, savijte ga na pola i vratite ga meni 3 poena).	
Reći ispitaniku "pročitajte i uradite sledeće: Zatvorite oči (1 poen); Napišite jednu rečenicu po svom izboru (1 poen); Precrtajte donju sliku (1 poen).	
	
Ukupan skor 30 poena	

10.2. Prilog 2 Frekvencija odgovora na domenima Skale aktivnog starenja (UJACAS)

Frekvencija odgovora na domenu želja Skale aktivnog starenja (UJACAS)

UJACAS	Uopšte ne	Samo malo	Do neke mere	Prilično snažno	Veoma snažno
1. Želeo/la sam da se bavim nekom aktivnošću samostalne izrade stvari ili drugom aktivnošću koja zahteva manuelne veštine.	57 (28,5%)	15 (7,5%)	55 (27,5%)	36 (18,0%)	37 (18,5%)
2. Želeo/la sam da crtam, pevam ili sviram muzički instrument, pišem, ili istražujem neku drugu umetnost.	80 (40,0%)	24 (12,0%)	48 (24,0%)	41 (20,5%)	7 (3,5%)
3. Želeo/la sam da učestvujem u raznim događajima ili aktivnostima kroz klubove ili udruženja.	67 (33,5%)	30 (15,0%)	52 (26,0%)	37 (18,5%)	14 (7,0%)
4. Želeo/la sam da izađem napolje i uživam u prirodi.	2 (1,0%)	2 (1,0%)	11 (5,5%)	53 (26,5%)	132 (66,0%)
5. Želeo/la sam da vežbam i održavam fizičku kondiciju.	19 (9,5%)	16 (8,0%)	47 (23,5%)	46 (24,0%)	72 (36,0%)
6. Želeo/la sam da se potrudim da vežbam svoj um ili pamćenje.	20 (10,0%)	17 (8,5%)	45 (22,5%)	52 (26,0%)	66 (34,0%)
7. Želeo/la sam koristiti računar ili tablet.	100 (50,0%)	21 (10,5%)	44 (22,0%)	21 (10,5%)	14 (7,0%)
8. Želeo/la sam da pomognem ili podržim meni bliske ljude.	4 (2,0%)	4 (2,0%)	26 (14,0%)	70 (35,0%)	96 (48,0%)
9. Želeo/la sam učiniti stvari kako bih održao svoje društvene odnose.	7 (3,5%)	13 (6,5%)	65 (32,5%)	62 (31,0%)	53 (26,5%)

10. Želeo/la sam preuzeti aktivnosti kako bih stekao/la nova poznanstva.	52 (26,0%)	36 (18,0%)	59 (29,5%)	31 (15,5%)	22 (11,0%)
11. Želeo/la sam preuzeti odgovornost za stvari koje se tiču mog sopstvenog života.	7 (3,5%)	17 (8,5%)	58 (29,0%)	76 (38,0%)	42 (21,0%)
12. Želeo/la sam preuzeti odgovornost za promociju društvenih ili javnih pitanja.	129 (64,5%)	28 (14,0%)	29 (14,5%)	5 (2,5%)	9 (4,5%)
13. Želeo/la sam da učinim neke stvari kako bih učinio/la svoje dane zanimljivijim ili ugodnijim.	9 (4,5%)	10 (5,0%)	41 (20,5%)	73 (36,5%)	67 (33,5%)
14. Želeo/la sam poboljšati ili održati ugodnost svog doma.	3 (1,5%)	10 (5,0%)	44 (22,0%)	70 (35,0%)	73 (36,5%)
15. Želeo/la sam da vodim računa o svom spoljašnjem izgledu.	4 (2,0%)	11 (5,5%)	32 (16,0%)	55 (27,5%)	98 (49,0%)
16. Želeo/la sam obezbediti stabilne finansije.	4 (2,0%)	24 (12,0%)	59 (29,5%)	61 (30,5%)	52 (26,0%)
17. Želeo/la sam da preduzmem aktivnosti u skladu sa mojim uverenjima ili pogledima na svet.	14 (7,0%)	40 (20,0%)	67 (33,5%)	38 (19,0%)	41 (20,5%)

Frekvencija odgovora na domenu sposobnosti Skale aktivnog starenja (UJACAS)

UJACAS	Čak ni uz pomoć	Ne bez pomoći druge osobe	Da, ali sa mnogo poteškoća	Da, ali sa određenim poteškoćama	Da, bez ikakvih poteškoća
1. Mogao/la sam da se bavim nekom aktivnošću samostalne izrade stvari ili drugom aktivnošću koja zahteva manuelne veštine.	16 (8,0%)	23 (11,6%)	48 (24,1%)	51 (25,6%)	61 (30,7%)
2. Mogao/la sam da crtam, pevam ili sviram muzički instrument, pišem, ili istražujem neku drugu umetnost.	38 (19,0%)	44 (22,0%)	42 (21,0%)	56 (28,0%)	20 (10,0%)
3. Mogao/la sam da učestvujem u raznim događajima ili aktivnostima kroz klubove ili udruženja.	41 (20,5%)	40 (20,0%)	38 (19,0%)	47 (23,5%)	34 (17,0%)
4. Mogao/la sam izaći napolje i uživati u prirodi.	16 (8,0)	8 (4,0%)	25 (12,5%)	61 (30,5%)	90 (45,0%)
5. Mogao/la sam vežbati i održavati fizičku kondiciju.	12 (6,0%)	31 (15,5%)	39 (19,5%)	63 (31,5%)	55 (27,5%)
6. Mogao/la sam da se potrudim da vežbam svoj um ili pamćenje.	10 (5,0%)	11 (5,5%)	34 (17,0%)	57 (28,5%)	88 (44,0%)
7. Mogao/la sam koristiti računar ili tablet.	63 (31,5%)	49 (24,5%)	40 (20,0%)	17 (8,5%)	31 (15,5%)
8. Mogao/la sam pomoći ili podržati meni bliske ljude.	2 (1,0%)	0 (0,0%)	44 (22,0%)	70 (35,0%)	84 (42,0%)

9. Mogao/la sam učiniti stvari da održim svoje društvene odnose.	6 (4,0%)	10 (5,0%)	47 (23,5%)	84 (42,0%)	53 (26,5%)
10. Mogao/la sam da preuzmem aktivnosti kako bih sklopio/la nova poznanstva.	25 (12,5%)	23 (11,5%)	67 (33,5%)	47 (23,5%)	38 (19,0%)
11. Mogao/la sam preuzeti odgovornost za stvari koje se tiču mog sopstvenog života.	6 (4,0%)	24 (12,0%)	61 (30,5%)	60 (30,0%)	49 (24,5%)
12. Mogao/la sam preuzeti odgovornost za promociju društvenih ili javnih pitanja.	79 (39,7%)	60 (30,2%)	32 (16,1%)	13 (6,5%)	15 (7,5%)
13. Mogao/la sam raditi stvari kako bih učinio/la svoje dane zanimljivijim ili ugodnijim.	7 (3,5%)	17 (8,5%)	38 (19,0%)	82 (41,0%)	56 (28,0%)
14. Mogao/la sam poboljšati ili održati ugodnost svog doma.	2 (1,0%)	26 (14,0%)	61 (30,5%)	37 (18,5%)	74 (37,0%)
15. Mogao/la sam se pobrinuti za svoj spoljašnji izgled.	4 (2,0%)	7 (3,5%)	26 (14,0%)	53 (26,5%)	110 (55,0%)
16. Mogao/la sam obezbediti stabilne finansije.	11 (5,5%)	51 (25,5%)	66 (34,0%)	39 (19,5%)	33 (16,5%)
17. Mogao/la sam preduzeti aktivnosti u skladu sa mojim uverenjima ili pogledima na svet.	4 (2,0%)	42 (21,0%)	73 (36,5%)	37 (18,5%)	44 (22,0%)

Frekvencija odgovora na domenu mogućnosti/prilike Skale aktivnog starenja (UJACAS)

UJACAS	To nije bilo moguće	Ograničene	Umerene	Prilično dobre	Veoma dobre
1. Moje mogućnosti za bavljenje nekom aktivnošću samostalne izrade stvari ili drugom aktivnošću koja zahteva manuelne veštine bile su:	26 (14,0%)	40 (20,0%)	69 (34,5%)	28 (14,0%)	37 (18,5%)
2. Moje mogućnosti da crtam, pevam ili sviram muzički instrument, pišem ili istražujem neku drugu umetnost bile su:	49 (24,5%)	39 (19,5%)	56 (28,0%)	36 (18,0%)	20 (10,0%)
3. Moje mogućnosti da učestvujem u raznim događajima ili aktivnostima kroz klubove ili udruženja bile su:	59 (29,5%)	69 (34,5%)	39 (19,5%)	19 (9,5%)	14 (7,0%)
4. Moje mogućnosti za izlazak napolje i uživanje u prirodi bile su:	23 (11,5%)	39 (19,5%)	29 (14,5%)	45 (22,5%)	64 (32,0%)
5. Moje mogućnosti da vežbam i održavam fizičku kondiciju bile su:	11 (5,5%)	59 (29,5%)	45 (22,5%)	42 (21,0%)	43 (21,5%)
6. Moje mogućnosti da se potrudim da vežbam svoj um ili pamćenje bile su:	13 (6,5%)	23 (11,5%)	48 (24,0%)	55 (27,5%)	61 (30,5%)
7. Moje mogućnosti da koristim računar ili tablet bile su:	70 (35,0%)	58 (29,0%)	37 (18,5%)	18 (9,0%)	17 (8,5%)

8. Moje mogućnosti da pomognem ili podržim ljude koji su mi bliski bile su:	0 (0,0%)	27 (13,5%)	57 (28,5%)	39 (19,5%)	77 (38,5%)
9. Moje mogućnosti da učinim stvari kako bih održao svoje društvene veze bile su:	7 (3,5%)	34 (17,0%)	63 (31,5%)	64 (32,0%)	32 (16,0%)
10. Moje mogućnosti da preuzmem aktivnosti da napravim nova poznanstva bile su:	35 (17,5%)	57 (28,5%)	57 (28,5%)	30 (15,0%)	21 (10,5%)
11. Moje mogućnosti da preuzmem odgovornost za stvari koje se tiču mog sopstvenog života bile su:	8 (4,0%)	44 (22,0%)	77 (38,5%)	43 (21,5%)	28 (14,0%)
12. Moje mogućnosti da preuzmem odgovornost za promociju društvenih ili javnih pitanja bile su:	98 (49,0%)	60 (30,0%)	28 (14,0%)	3 (1,5%)	11 (5,5%)
13. Moje mogućnosti da napravim stvari kako bi moji dani bili što bolji, zanimljiviji ili srećniji bile su:	4 (2,0%)	31 (15,5%)	57 (28,5%)	65 (32,5%)	43 (21,5%)
14. Moje mogućnosti za poboljšanje ili održavanje ugodnosti mog doma bile su:	4 (2,0%)	18 (9,0%)	74 (37,0%)	48 (24,0%)	56 (28,0%)
15. Moje mogućnosti da se pobrinem za svoj spoljašnji izgled bile su:	4 (2,0%)	18 (9,0%)	32 (16,0%)	45 (22,5%)	101 (50,5%)
16. Moje mogućnosti da obezbedim stabilne finansije bile su:	13 (6,5%)	57 (28,5%)	62 (31,0%)	42 (21,0%)	26 (14,0%)
17. Moje mogućnosti da preuzmem aktivnosti u skladu sa mojim uverenjima ili pogledima na svet bile su:	13 (6,5%)	55 (27,5%)	62 (31,0%)	36 (18,0%)	34 (17,0%)

Frekvenca odgovora na domenu učestalost/aktivnost Skale aktivnog starenja (UJACAS)

UJACAS	Uopšte ne	Manje od jednom nedeljno	Otprilike jednom nedeljno	2-4 puta nedeljno	Svakodnevno ili gotovo svakodnevno
1. Bavio/la sam se nekom aktivnošću samostalne izrade stvari ili drugom aktivnošću koja zahteva manuelne veštine.	64 (32,0%)	42 (21,0%)	34 (17,0%)	20 (10,0%)	40 (20,0%)
2. Crtao/la sam, pevao/la ili svirao/la muzički instrument, pisao/la ili istraživao/la neku drugu umetnost.	99 (49,5%)	38 (19,0%)	37 (18,5%)	14 (7,0%)	12 (6,0%)
3. Učestvovao/la sam u raznim događajima ili aktivnostima kroz klubove ili udruženja bile su:	114 (57,0%)	45 (22,5%)	21 (10,5%)	11 (5,5%)	9 (4,5%)
4. Izlazio/la sam napolje i uživao/la u prirodi.	26 (14,0%)	28 (14,0%)	16 (8,0%)	67 (33,5%)	63 (31,5%)
5. Vežbao/la sami održavao/la fizičku kondiciju.	33 (16,5%)	40 (20,0%)	26 (14,0%)	55 (27,5%)	46 (24,0%)
6. Potrudio/la sam se da vežbam svoj um ili pamćenje.	21 (10,5%)	26 (14,0%)	37 (18,5%)	44 (22,0%)	72 (36,0%)
7. Koristio/la sam računar ili tablet.	105 (52,5%)	42 (21,0%)	27 (13,5%)	16 (8,0%)	10 (5,0%)
8. Pomagao/la sam ili podržavao/la ljude koji su mi bliski.	14 (7,0%)	24 (12,0%)	45 (22,5%)	36 (18,0%)	81 (40,5%)
9. Činio/la sam stvari da održim svoje društvene veze.	17 (8,5%)	29 (14,5%)	50 (25,0%)	64 (32,0%)	40 (20,0%)

10. Preduzimao/la sam radnje da bih stekao/la nova poznanstva.	58 (29,0%)	70 (35,0%)	40 (20,0%)	20 (10,0%)	12 (6,0%)
11. Preuzeo/la sam odgovornost za stvari koje se tiču mog sopstvenog života.	18 (9,0%)	54 (27,0%)	47 (23,5%)	38 (19,0%)	43 (21,5%)
12. Preuzeo/la sam odgovornost za promociju društvenih ili javnih pitanja.	142 (71,0%)	20 (10,0%)	18 (9,0%)	9 (4,5%)	11 (5,5%)
13. Učinio/la sam stvari da svoje dane učinim što boljim, zanimljivijim ili prijatnijim.	8 (4,0%)	25 (12,5%)	41 (20,5%)	72 (36,0%)	54 (27,0%)
14. Poboljšao/la sam ili održavao/la ugodnost mog doma.	5 (2,5%)	27 (13,5%)	55 (27,5%)	46 (24,0%)	67 (33,5%)
15. Pobriniu/la sam se za svoj spoljašnji izgled.	6 (4,0%)	11 (5,5%)	24 (12,0%)	44 (22,0%)	115 (57,5%)
16. Obezbedio/la sam stabilne finansije.	33 (16,5%)	42 (21,0%)	62 (31,0%)	29 (14,5%)	34 (17,0%)
17. Preduzeo/la sam aktivnosti u skladu sa mojim uverenjima ili pogledima na svet.	47 (23,5%)	49 (24,5%)	35 (17,5%)	36 (18,0%)	33 (16,5%)

10.3. Prilog 3. Frekvencija odgovora za domene Skale socijalne participacije (MSPP)

Frekvencija odgovora na domenama Skale socijalne participacije (MSPP)

MSPP	ni jednom	manje od 1 nedeljno	1 ili 2 puta nedeljno	više od 2 puta nedeljno
1. Učestvovali u organizovanim sportskim ili fizičkim aktivnostima.	161 (80,5%)	23 (11,5%)	9 (4,5%)	7 (3,5%)
2. Učestvovali u grupnim aktivnostima, crkvi i sl.	138 (69,0%)	44 (22,0%)	12 (6,0%)	6 (4,0%)
3. Bili na kulturnom ili edukativnom dešavanju.	179 (89,5%)	21 (10,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
4. Jeli van kuće.	166 (84,0%)	26 (14,0%)	3 (1,5%)	5 (2,5%)
5. Išli u kafić.	170 (85,0%)	21 (10,5%)	4 (2,0%)	5 (2,5%)
6. Bili na javnom događaju.	187 (93,5%)	6 (4,0%)	2 (1,0%)	5 (2,5%)
7. Učestvovali u organizovanim događajima zabavnog karaktera (kartanje, kviz).	137 (68,5%)	29 (14,5%)	30 (15,0%)	4 (2,0%)
8. Bili na organizovanom izletu.	135 (67,5%)	59 (29,5%)	4 (2,0%)	2 (1,0%)
9. Volontirali.	182 (91,0%)	4 (2,0%)	8 (4,0%)	6 (4,0%)
10. Čuli se sa prijateljima ili poznanicima.	22 (11,0%)	50 (25,0%)	80 (40,0%)	48 (24,0%)
11. Prijatelji došli u posetu kod Vas.	88 (44,0%)	86 (44,0%)	21 (10,5%)	5 (2,5%)
12. Išli u posetu kod prijatelja.	153 (76,5%)	40 (20,0%)	3 (1,5%)	4 (2,0%)
13. Išli sa prijateljima u šetnju ili vožnju biciklom (veći fizički napor).	175 (87,5%)	15 (7,5%)	5 (2,5%)	5 (2,5%)

14. Išli sa prijateljima na piće (manji fizički napor).	167 (83,5%)	20 (10,0%)	9 (4,5%)	4 (2,0%)
15. Ponudili prijateljima pomoć (praktičnu-nabavka).	150 (75,0%)	34 (17,0%)	6 (4,0%)	10 (5,0%)
16. Savetovali prijatelje.	44 (22,0%)	99 (49,5%)	37 (18,5%)	20 (10,0%)
17. Bili podrška prijateljima kad im je trebao neko za razgovor.	23 (11,5%)	74 (37,0%)	68 (34,0%)	35 (17,5%)
18. Čuli se sa članovima porodice.	16 (8,0%)	38 (19,0%)	58 (29,0%)	88 (44,0%)
19. Članovi porodice došli u posetu kod Vas.	65 (32,5%)	92 (46,0%)	30 (15,0%)	13 (6,5%)
20. Išli u posetu kod članova porodice.	138 (69,0%)	51 (25,5%)	9 (4,5%)	2 (1,0%)
21. Išli sa članovima porodice u šetnju ili vožnju biciklom (veći fizički napor).	189 (94,5%)	9 (4,5%)	0 (0,0%)	2 (1,0%)
22. Išli sa članovima porodice na piće (manji fizički napor).	183 (91,5%)	13 (6,5%)	2 (1,0%)	2 (1,0%)
23. Ponudili članovima porodice pomoć (praktičnu - nabavka).	168 (84,0%)	17 (8,5%)	7 (3,5%)	8 (4,0%)
24. Savetovali članove porodice.	52 (26,0%)	68 (34,0%)	56 (28,0%)	24 (12,0%)
25. Bili podrška članovima porodice kad im je trebao neko za razgovor.	37 (18,5%)	39 (19,5%)	49 (24,5%)	75 (37,5%)

10.4. Prilog 4. Frekvencija odgovora na dimenzijama Gerijatrijske skale depresije (GDS)

GDS	Ne	Da
1. Da li ste zadovoljni svojim životom?	45 (22,5%)	155 (77,5%)
2. Da li ste smanjili broj svojih aktivnosti i zanimanja?	14 (7,0%)	186 (94,0%)
3. Da li ste osećali da je Vaš život neispunjen?	91 (45,5%)	109 (54,5%)
4. Da li Vam je često dosadno?	98 (49,0%)	102 (51,0%)
5. Da li ste većinu vremena dobro raspoloženi?	71 (35,5%)	129 (64,5%)
6. Da li strahujete kako Vam se može nešto loše desiti?	115 (57,5%)	85 (42,5%)
7. Da li ste bili srećni većinu vremena?	108 (54,0%)	92 (46,0%)
8. Da li se osećate često bespomoćno?	100 (50,0%)	100 (50,0%)
9. Da li ste radije ostajali kod kuće nego izlazili napolje i bavili se novim aktivnostima?	129 (64,5%)	71 (35,5%)
10. Smatrate li da imate više problema u pamćenju nego većina drugih ljudi?	174 (87,0%)	26 (14,0%)
11. Smatrate li da Vam je život sada predivan?	165 (82,5%)	35 (17,5%)
12. Osećate li se bezvredno (ovakvi kakvi ste sada)?	151 (75,5%)	49 (24,5%)
13. Da li se osećate punim energije?	150 (75,0%)	50 (25,0%)
14. Da li se osećate da ste u bezizlaznoj situaciji?	156 (78,0%)	44 (22,0%)
15. Smatrate li da je drugima bolje nego Vama?	120 (60,0%)	80 (40,0%)

10.5. Prilog 5. Frekvenca odgovora na domenima Skale brige o sebi (ADL)

ADL	Zavisnost, SA supervizijom, uz pomoć, kompletna nega	Nezavisnost, bez supervizije i pomoći
1. Kupanje	44 (22,0%)	156 (78,0%)
2. Oblačenje	11 (5,5%)	189 (94,5%)
3. Upotreba toaleta	1 (0,5%)	199 (99,5%)
4. Kretanje	8 (4,0%)	192 (96,0%)
5. Kontinencija	9 (4,5%)	191 (95,5%)
6. Ishrana	4 (2,0%)	196 (98,0%)

10.6. Prilog 6. Frekvenca odgovora na domenima Lubenove skale društvenih kontakata (LSNS-6)

LSNS-6	Ni jednim	Jednim	Dva	Tri ili četiri	Od pet do osam	Devet i više
1. Sa koliko članova porodice (šire i uže) se vidite ili čujete makar jednom mesečno?	12 (6,0%)	34 (17,0%)	50 (25,0%)	58 (29,0%)	39 (19,5%)	7 (3,5%)
2. Sa koliko članova porodice možete lako da razgovarate o privatnim temama?	14 (7,0%)	62 (31,0%)	58 (29,0%)	45 (22,5%)	20 (10,0%)	1 (0,5%)
3. Sa koliko članova porodice ste dovoljno bliski da biste im se obratili za pomoć?	16 (8,0%)	59 (29,5%)	68 (34,0%)	41 (20,5%)	15 (7,5%)	1 (0,5%)
4. Sa koliko prijatelja se vidite ili čujete makar jednom mesečno?	29 (14,5%)	33 (16,5%)	65 (32,5%)	60 (30,0%)	10 (5,0%)	3 (1,5%)
5. Sa koliko prijatelja možete lako da razgovarate o privatnim temama?	32 (16,0%)	73 (36,5%)	50 (25,0%)	33 (16,5%)	11 (5,5%)	1 (0,5%)
6. Sa koliko prijatelja ste dovoljno bliski da biste im se obratili za pomoć?	38 (19,0%)	68 (34,0%)	54 (27,0%)	30 (15,0%)	7 (3,5%)	3 (1,5%)

10.7. Prilog 7. Frekvencija odgovora na domenima Skale moći (PM)

PM	u potpunosti se slažem	2	3	niti se slažem niti se ne slažem	5	6	nikako se ne slažem
1. Ne postoji način da rešim neke od problema koje imam.	75 (37,5%)	6 (4,0%)	12 (6,0%)	39 (19,5%)	4 (2,0%)	10 (5,0%)	54 (27,0%)
2. Dozvoljavam da drugi ljudi komanduju mojim životom.	19 (9,5%)	2 (1,0%)	5 (2,5%)	48 (24,0%)	8 (4,0%)	9 (4,5%)	109 (54,5%)
3. U maloj meri kontrolišem stvari koje mi se dešavaju.	49 (24,5%)	11 (5,5%)	18 (9,0%)	71 (35,5%)	8 (4,0%)	10 (5,0%)	33 (16,5%)
4. Mogu da ostvarim sve što zamislim.	19 (9,5%)	4 (2,0%)	10 (5,0%)	67 (33,5%)	11 (5,5%)	13 (6,5%)	76 (38,0%)
5. Često se osećam bespomoćno dok rešavam svoje probleme.	45 (22,5%)	12 (6,0%)	15 (7,5%)	67 (33,5%)	7 (3,5%)	10 (5,0%)	44 (22,0%)
6. Ono što će mi se desiti u budućnosti većinom zavisi od mene (Moja budućnost zavisi od mene).	56 (28,0%)	6 (4,0%)	21 (10,5%)	78 (39,0%)	6 (4,0%)	11 (5,5%)	22 (11,0%)
7. Ne mogu mnogo da utičem na promene važnih stvari u mom životu.	71 (35,5%)	11 (5,5%)	9 (4,5%)	74 (37,0%)	8 (4,0%)	6 (4,0%)	21 (10,5%)

10.8. Prilog 8. Frekvencija odgovora na ajtemima Skale samopercepcije ličnog starenja (SLO)

SLO	Potpuno se ne slažem	Umereno se ne slažem	Umereno se slažem	U potpunosti se slažem
1. To što starim me rastužuje.	77 (38,5%)	22 (11,0%)	66 (34,0%)	35 (17,5%)
2. Neprijatno je imati bore.	111 (55,5%)	24 (12,0%)	32 (16,0%)	33 (16,5%)
3. Starost me plaši.	74 (37,0%)	28 (14,0%)	60 (30,0%)	38 (19,0%)
4. Ne sviđa mi se što mi kosa sedi.	106 (54,0%)	32 (16,0%)	33 (16,5%)	29 (14,5%)
5. Stariji ljudi imaju loš zadah.	82 (41,0%)	56 (28,0%)	44 (22,0%)	18 (9,0%)
6. Strašno je gubiti mentalne sposobnosti sa starošću.	9 (4,5%)	19 (9,5%)	52 (26,0%)	120 (60,0%)
7. Stariji ljudi postaju naivni i ponavljaju se.	30 (15,0%)	34 (17,0%)	84 (42,0%)	52 (26,0%)
8. Sa starenjem dolazi tuga i usamljenost.	32 (16,0%)	23 (11,5%)	77 (38,5%)	68 (34,0%)
9. Žene sa kosom koja sedi nisu privlačne.	118 (59,0%)	33 (16,5%)	22 (11,0%)	27(13,5%)
10. Stariji ljudi su napušteni.	42 (21,0%)	43 (21,5%)	78 (39,0%)	37 (18,5%)
11. Muškarci kod kojih je ćelavost povezana sa godinama nisu privlačni.	112 (56,0%)	45 (22,5%)	22 (11,0%)	21 (10,5%)
12. Starije žene treba da preduzmu korake kako bi izgledale mlađe.	69 (34,5%)	28 (14,0%)	53 (26,5%)	50 (25,0%)
13. Biti star je depresivno.	47 (23,5%)	39 (19,5%)	79 (39,5%)	35 (17,5%)
14. Stariji ljudi neprijatno mirišu.	70 (35,0%)	66 (34,0%)	45 (22,5%)	19 (9,5%)

15. Lako je zavarati starije ljude.	35 (17,5%)	45 (22,5%)	85 (42,5%)	35 (17,5%)
16. Sa starenjem se gubi nezavisnost.	23 (11,5%)	31 (15,5%)	69 (34,5%)	77 (38,5%)
17. Stariji ljudi uzrokuju mnoge problem.	54 (27,0%)	65 (32,5%)	47 (23,5%)	34 (17,0%)
18. Stariji ljudi nemaju veštine kao što je vožnja automobilom.	42 (21,0%)	64 (32,0%)	54 (27,0%)	40 (20,0%)
19. Stariji ljudi su pohlepni.	98 (49,0%)	62 (31,0%)	32 (16,0%)	8 (4,0%)
20. Starački domovi su depresivni.	53 (26,5%)	44 (22,0%)	69 (34,5%)	34 (17,0%)
21. Bojim se da ću biti beskoristan kad ostarim.	59 (29,5%)	29 (14,5%)	49(24,5%)	63(31,5%)

10.9. Prilog 9. Frekvencija odgovora na domenima Skale zadovoljstva negom (NHRSS)

NHRSS	Ne	Da
1. Da li lekari dobro postupaju sa Vama?	10 (5,0%)	190 (95,0%)
2. Da li lekari dolaze brzo kad ih pozovete?	5 (2,5%)	195 (97,5%)
3. Da li imate poverenja u lekarske sposobnosti?	6 (4,0%)	194 (97,0%)
4. Da li medicinske sestre dobro postupaju sa Vama?	7 (3,5%)	193 (96,5%)
5. Da li medicinske sestre dolaze brzo kad ih pozovete?	7 (3,5%)	193 (96,5%)
6. Da li imate poverenja u sposobnosti medicinskih sestara?	8 (4,0%)	192 (96,0%)
7. Da li uživate u jelu (serviranje, usluga, izbor, ukus)?	35 (17,6%)	164 (82,4%)
8. Da li Vam se sviđa Vaša soba (urednost, cimer, prostor, temperatura)?	13 (6,5%)	187 (93,5%)
9. Da li imate dovoljno tišine i privatnosti?	7 (3,5%)	193 (96,5%)
10. Da li Vam se sviđa Vaš dnevni raspored?	20 (10,0%)	180 (90,0%)

Овај Образац чини саставни део докторске дисертације, односно докторског уметничког пројекта који се брани на Универзитету у Новом Саду. Попуњен Образац укоричити иза текста докторске дисертације, односно докторског уметничког пројекта.

План третмана података

Назив пројекта/истраживања
Активно старење и социјална партиципација корисника домова за смештај и негу старих лица
Назив институције/институција у оквиру којих се спроводи истраживање
а) ЈУ Геронтолошки центар Бања Лука б) ЈУ Дом пензионера Бања Лука в) ЈУ Дом пензионера Приједор г) Дом за старе Кнежево
Назив програма у оквиру ког се реализује истраживање
Докторске академске студије - јавно здравље
1. Опис података
1.1 Врста студије Укратко описати тип студије у оквиру које се подаци прикупљају Истраживање је спроведено у виду проспективне студије у три фазе. Иницијална фаза подразумевала је разговор са испитаницима, упознавање са темом истраживања, као и начином попуњавања упитника. Главна фаза истраживања подразумевала је попуњавање упитника од стране испитаника, који су потписали текст информисаног пристанка. Финална фаза истраживања подразумевала је статистичку обраду података и публикацију резултата. Подаци су прикупљени у периоду од августа 2020. до септембра 2021. године. Узорак је чинило 200 испитаника популације корисника домова за старе. Критеријуми за укључивање у студију били су старост испитаника 60 година и више, очувана оријентација у простору, времену и према људима и потписан информисани пристанак за учешће у истраживању. Пре

попуњавања батерије тестова спроведен је скрининг когнитивног функционисања Мини ментал кратким конгнитивним тестом. Испитаници који су имали скор 25 и више били су укључени у студију.

1.2 Врсте података

а) **квантитативни**

б) **квалитативни**

1.3. Начин прикупљања података

а) **анкете, упитници, тестови**

б) клиничке процене, медицински записи, електронски здравствени записи

в) генотипови: навести врсту _____

г) административни подаци: навести врсту _____

д) узорци ткива: навести врсту _____

ђ) снимци, фотографије: навести врсту _____

е) текст, навести врсту, **литературни наводи** _____

ж) мапа, навести врсту _____

з) остало: описати _____

1.3 Формат података, употребљене скале, количина података

Као инструмент за прикупљање података, коришћен је анкетни упитник. Упитник конструисан за потребе овог истраживања састојао се из два дела. Први део упитника садржао је социодемографске податке, анамнестичке податке о постојању хроничних и малигних болести и евентуалном присуству инвалидитета, као и питања која се односе на утицај Covid-19 пандемије на свакодневне активности у дому, расположење и социјалне контакте у дому и ван њега. Други део упитника је садржао низ скала преузетих и прилагођених за ово истраживање. У упитник су биле укључене следеће скале: Скала активног старења - University of Jyvaskyla Active Ageing Scale (UJACAS), Мастрихт скала социјалне партиципације - Maastricht Social Participation Profile (MSPP), Геријатријска скала депресије - The Geriatric

Depression Scale (GDS), Скала бриге о себи - Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL), Лубенова скала друштвених контаката - Lubben Social Network Scale (LSNS-6), Скала моћи - Pearlin Mastery skala (PM), Скала самоперцепције личног старења - Self-perception Scale of Old Age (SLO), Скала задовољства негом - Nursing Home Resident Satisfaction Scale (NHRSS), Мини ментал кратки конгнитивни тест -Mini-Mental State Exam (MMSE).

1.3.1 Употребљени софтвер и формат датотеке:

- a) Excel фајл, датотека.xlsx
- b) SPSS фајл, датотека.sav
- c) PDF фајл, датотека.pdf
- d) Текст фајл, датотека.docx
- e) JPG фајл, датотека.jpg
- f) Остало, датотека _____

1.3.2. Број записа (код квантитативних података)

- a) број варијабли: **7**
- б) број мерења (испитаника, процена, снимака и сл.) **200 испитаника**

1.3.3. Поновљена мерења

- a) да
- б) не**

Уколико је одговор да, одговорити на следећа питања:

- a) временски размак измедју поновљених мера је _____
- б) варијабле које се више пута мере односе се на _____

в) нове верзије фајлова који садрже поновљена мерења су именоване као

Напомене:

Да ли формати и софтвер омогућавају дељење и дугорочну валидност података?

а) Да

б) Не

Ако је одговор не, образложити _____

2. Прикупљање података

2.1 Методологија за прикупљање/генерисање података

2.1.1. У оквиру ког истраживачког нацрта су подаци прикупљени?

а) експеримент, навести тип _____

б) корелационо истраживање, навести тип, **студија пресека, проспективног карактера**

ц) анализа текста, навести тип **прикупљање података из литературе**

д) остало, навести шта _____

2.1.2 Навести врсте мерних инструмената или стандарде података специфичних за одређену научну дисциплину (ако постоје).

2.2 Квалитет података и стандарди

2.2.1. Третман недостајућих података

а) Да ли матрица садржи недостајуће податке? Да **Не**

Ако је одговор да, одговорити на следећа питања:

а) Колики је број недостајућих података? _____

б) Да ли се кориснику матрице препоручује замена недостајућих података? Да **Не**

в) Ако је одговор да, навести сугестије за третман замене недостајућих података

2.2.2. На који начин је контролисан квалитет података? Описати

Подаци су прикупљени упитником. Испитивање је вршено под надзором аутора, док је накнадна обрада и анализа добијених података вршена од стране аутора уз сугестије ментора. Квалитет података је контролисан детаљном постпроцедуралном обрадом, адекватним статистичким методама и поређењем са релевантним публикацијама.

2.2.3. На који начин је извршена контрола уноса података у матрицу?

Подаци о испитаницима у матрици су шифровани. Унос података у матрицу контролисан је двоструким прегледом.

3. Третман података и пратећа документација

3.1. Третман и чување података

3.1.1. Подаци ће бити депоновани у репозиторијум **докторских дисертација Универзитета у Новом Саду**

3.1.2. URL адреса **<https://cris.uns.ac.rs/searchDissertations.jsf>**

3.1.3. DOI _____

3.1.4. Да ли ће подаци бити у отвореном приступу?

а) Да

б) Да, али после ембарга који ће трајати до

в) Не

Ако је одговор не, навести разлог _____

3.1.5. Подаци неће бити депоновани у репозиторијум, али ће бити чувани.

Образложење

3.2 Метаподаци и документација података

3.2.1. Који стандард за метаподатке ће бити примењен?

3.2.1. Навести метаподатке на основу којих су подаци депоновани у репозиторијум.

Ако је потребно, навести методе које се користе за преузимање података, аналитичке и процедуралне информације, њихово кодирање, детаљне описе варијабли, записа итд.

3.3 Стратегија и стандарди за чување података

3.3.1. До ког периода ће подаци бити чувани у репозиторијуму? **Трајно**

3.3.2. Да ли ће подаци бити депоновани под шифром? Да **Не**

3.3.3. Да ли ће шифра бити доступна одређеном кругу истраживача? Да **Не**

3.3.4. Да ли се подаци морају уклонити из отвореног приступа после извесног времена?

Да **Не**

Образложити

4. Безбедност података и заштита поверљивих информација

Овај одељак МОРА бити попуњен ако ваши подаци укључују личне податке који се односе на учеснике у истраживању. За друга истраживања треба такође размотрити заштиту и сигурност података.

4.1 Формални стандарди за сигурност информација/података

Истраживачи који спроводе испитивања с људима морају да се придржавају Закона о заштити података о личности

(https://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_zastiti_podataka_o_licnosti.html) и одговарајућег институционалног кодекса о академском интегритету.

4.1.2. Да ли је истраживање одобрено од стране етичке комисије? **Да Не**

Ако је одговор Да, навести датум и назив етичке комисије која је одобрила истраживање

16.07.2020. Етичка комисија Медицинског факултета Универзитетау Новом Саду, број одобрења 01-39/211.

4.1.2. Да ли подаци укључују личне податке учесника у истраживању? Да **Не**

Ако је одговор да, наведите на који начин сте осигурали поверљивост и сигурност информација везаних за испитанике:

а) Подаци нису у отвореном приступу

б) Подаци су анонимизирани

ц) Остало, навести шта

5. Доступност података

5.1. Подаци ће бити

а) јавно доступни

б) доступни само уском кругу истраживача у одређеној научној области

ц) затворени

Ако су подаци доступни само уском кругу истраживача, навести под којим условима могу да их користе:

Ако су подаци доступни само уском кругу истраживача, навести на који начин могу приступити подацима:

5.4. Навести лиценцу под којом ће прикупљени подаци бити архивирани.

Ауторство-некомерцијално-без прераде. Дозвољава се умножавање, дистрибуција и јавно саопштавање дела, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела.

6. Улоге и одговорност

6.1. Навести име и презиме и мејл адресу власника (аутора) података

Наташа Егељић-Михаиловић, negeljic@yahoo.com

6.2. Навести име и презиме и мејл адресу особе која одржава матрицу с подацима

Наташа Егељић-Михаиловић, negeljic@yahoo.com

6.3. Навести име и презиме и мејл адресу особе која омогућује приступ подацима другим истраживачима

Наташа Егељић-Михаиловић, negeljic@yahoo.com