



УНИВЕРЗИТЕТ У НОВОМ САДУ
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ
ДОКТОРСКЕ СТУДИЈЕ ЈАВНОГ ЗДРАВЉА

**ДЕТЕРМИНАНТЕ ЗДРАВЉА И
КОРИШЋЕЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ
СТАРИХ ОСОБА НА ТЕРИТОРИЈИ
ВОЈВОДИНЕ**

ДОКТОРСКА ДИСЕРТАЦИЈА

Ментор: Доц. др Весна Мијатовић Јовановић Кандидат: др Соња Чанковић

Нови Сад, 2017. године

Универзитет у Новом Саду

Медицински факултет

КЉУЧНА ДОКУМЕНТАЦИЈСКА ИНФОРМАЦИЈА

Редни број: РБР	
Идентификациони број: ИБР	
Тип документације: ТД	Монографска документација
Тип записа: ТЗ	Текстуални штампани материјал
Врста рада (дипл., маг., докт.): ВР	Докторска дисертација
Име и презиме аутора: АУ	Соња Чанковић
Ментор (титула, име, презиме, звање): МН	др сци. мед. Весна Мијатовић Јовановић, доцент
Наслов рада: НР	Детерминанте здравља и коришћења здравствене заштите старих особа на територији Војводине
Језик публикације: ЈП	Српски језик (ћирилица)
Језик извода: ЈИ	срп. / енг.
Земља публикавања: ЗП	Република Србија
Уже географско подручје: УГП	АП Војводина
Година: ГО	2017.
Издавач: ИЗ	ауторски репринт
Место и адреса: МА	Медицински факултет, Нови Сад, Хајдук Вељкова 3
Физички опис рада: ФО	(9 поглавља / 178 страница / 3 шеме / 4 графикана / 62 табеле/ 356 референци / 4 прилога)
Научна област: НО	Медицина

Научна дисциплина: НД	Социјална медицина
Предметна одредница, кључне речи: ПО	здравствена заштита за старе; здравствена заштита; здравствени статус; старење; стари; геријатрија; анкете и упитници
УДК	616-053.9(497.113) 614.2:613.98(497.113)
Чува се: ЧУ	Библиотека Медицинског факултета, Нови Сад, Хајдук Вељкова 3
Важна напомена: ВН	
Извод: ИЗ	<p>Старење становништва је велики изазов са којим се суочава светска популација у XXI веку. Становништво Војводине спада у веома старо становништво, а процењује се да ће до средине овог века чак свака трећа особа бити старија од 60 година. Циљ овог рада је био да се процени здравље, разлике у здрављу и коришћење здравствене заштите, као и да се идентификују предиктори здравља и коришћења здравствене заштите код особа старости 65 и више година на територији Војводине. Истраживање представља део Истраживања здравља становништва Србије из 2013. године које је спровело Министарство здравља Републике Србије. Истраживањем је обухваћено 886 испитаника старости 65 и више година са територије Војводине. Инструмент истраживања су били упитници конструисани у складу са упитником Европског истраживања здравља, а подаци о телесној маси, телесној висини и крвном притиску су добијени мерењем. Резултати су показали да су имали већу шансу да процене своје здравље као лошије жене (OR=2,14; 95% CI=[1,42-3,23]; p<0,001), сиромашни (OR=2,92; 95% CI=[1,18-7,20]; p=0,020), испитаници са умереним до тешким ограничењима у обављању кућних активности (OR=3,33; 95% CI=[1,28-8,69]; p=0,014), са присутним јаким болом (OR=2,81; 95% CI=[1,20-6,60]; p=0,017), благим депресивним симптомима или депресивном епизодом (OR=8,90; 95% CI=[3,71-21,32]; p<0,001), оболели од две или више хроничних болести (OR=13,25; 95% CI=[4,05-43,3]; p<0,001) и испитаници са лошијом социјалном подршком (OR=3,00; 95% CI=[1,08-8,34]; p=0,035). Предиктори посете лекару опште медицине били су виши ниво образовања, боље материјално стање, веће издавање из сопствених прихода за ванболничку здравствену заштиту и мултиморбидитет, док су чешће били хоспитализовани мушкарци, особе нижег нивоа</p>

	образовања, испитаници који су процењивали своје здравље као лоше или веома лоше. Истраживање је потврдило да постоје значајне неједнакости у здрављу и коришћењу здравствене заштите код старих особа у Војводини, које је потребно смањити свеобухватним јавноздравственим политикама и интервенцијама.
Датум прихватања теме од стране Сената: ДП	24.09.2015. године
Датум одбране: ДО	
Чланови комисије: (име и презиме / титула / звање / назив организације / статус) КО	председник: члан: члан:

University of Novi Sad

Faculty of Medicine

Key word documentation

Accession number: ANO	
Identification number: INO	
Document type: DT	Monograph documentation
Type of record: TR	Textual printed material
Contents code: CC	PhD thesis
Author: AU	Sonja Čanković
Mentor: MN	Vesna Mijatović Jovanović, MD, PhD, Assistant Professor
Title: TI	Determinants of health and health care utilization among the elderly population in Vojvodina
Language of text: LT	Serbian
Language of abstract: LA	eng. / srp.
Country of publication: CP	Republic of Serbia
Locality of publication: LP	Vojvodina
Publication year: PY	2017
Publisher: PU	Author's reprint
Publication place: PP	Faculty of Medicine, Novi Sad, Hajduk Veljkova 3
Physical description: PD	9 chapters / 178 pages / 3 shemes / 4 graphs/ 62 tables / 356 references / 4 annexes
Scientific field SF	Medicine
Scientific discipline SD	Social medicine

Subject, Key words SKW	Health Services for the Aged; Delivery of Health Care; Health Status; Aging; Aged; Geriatrics; Surveys and Questionnaires
UC	616-053.9(497.113) 614.2:613.98(497.113)
Holding data: HD	Library of Faculty of Medicine, Novi Sad, Hajduk Veljkova 3
Note: N	
Abstract: AB	<p>Aging is the great challenge of the XXI century. Population of Vojvodina is very old, and projections indicate that by 2050 one in three persons will be older than 60 years. The aim of this study was to evaluate health, health differences and health care utilization, as well as to indentify predictors of health and health care utilization in people aged 65 and over in Vojvodina. The study represents part of the National health survey Serbia conducted in 2013 by the Ministry of Health of Republic of Serbia. Study included 886 examinees aged 65 and over who were interviewed on the territory of Vojvodina. The instruments were questionnaires designed according to the European Health Interview Survey questionnaire, and data on body mass, body height and blood pressure were measured. Results showed that the highest odds of assessing their health as poor had women (OR=2.14; 95%CI=[1.42-3.23]; p<0.001), participants who belonged to the poor class (OR=2.92; 95%CI=[1.18-7.20]; p=0.020), who had difficulties with instrumental activities of daily living (OR=3.33; 95%CI=[1.28-8.69]; p=0.014), with severe pain (OR=2.81; 95%CI=[1.20-6.60]; p=0.017), with mild depressive symptoms or depressive episode (OR=8.90; 95%CI=[3.71-21.32]; p<0.001), with 2 or more chronic conditions (OR=13.25; 95%CI=[4.05-43.3]; p<0.001) and with poor social support (OR=3.00; 95%CI=[1.08-8.34]; p=0.035). Predictors of visits to general practitioner were higher educational level, affiliation to advantage classes, more out of pocket payment for outpatients health care, and multimorbidity, while the highest odds of hospitalization had males, participants who had low level of education, who assessed their health as poor or very poor. This study confirmed that there are significant differences in health and health care utilization in elderly in Vojvodina, which need to be reduced by comprehensive public health policies and interventions.</p>
Accepted on Senate on: AS	24 September 2015

Defended: DE	
Thesis Defend Board: DB	president: member: member:

Драго ми је што имам прилику да се захвалим свима који су ми помогли током израде дисертације.

Хвала вам од срца.

Највећу захвалност дугујем Доц. др Весни Мијатовић Јовановић, мом ментору, на помоћи, подрици и великом разумевању које је имала за мене током свих ових година.

Захваљујем се Проф. др Светлани Квргић и Проф. др Ержебет Ач Николић на драгоценим саветима и сугестијама које су ми дале приликом писања пријаве и саме докторске дисертације.

Захваљујем се Доц. др сц. Наташи Драгнић на великој помоћи коју ми је пружила, кад год је требало.

Проф. др Јелени Ерић Маринковић и Асист. др Зорану Букумирићу са Катедре за медицинску статистику и информатику Медицинског факултета у Београду хвала на свесрдној помоћи и сугестијама.

Дипл. инжињеру Зорану Топалову, се посебно захваљујем на помоћи како у раду са базом тако и за техничку припрему дисертације.

Желим да се захвалим и Проф. др Мирјани Мартинов-Цвејин и Проф. др Вери Грујић за велику подршку и бригу која ми је увек значила.

Драгим колегиницама из Центра за анализу, планирање и организацију здравствене заштите хвала на оптимизму и подрици када ми је била најпотребнија.

Хвала свим драгим колегиницама и колегама из Центра за информатику и биостатистику у здравству и Центра за промоцију здравља Института за јавно здравље Војводине за подршку и колегијалност.

Хвала мојој породици, мојим родитељима Илији и Јорданки и брату Игору, који су били увек ту за мене да ме подстакну и охрабре. Хвала Светлани и Кости на свему.

Теодори, Јовану и Душану

ЛИСТА СКРАЋЕНИЦА

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development, Организација за економску сарадњу и развој

EU – Европска унија

СЗО – Светска здравствена организација

ADL – Activities of daily living, активности дневног живота

IADL – Instrumental activities of daily living, инструменталне активности дневног живота

BMI – Body mass index, индекс телесне масе

PHQ-8 упитник – Patient Health Questionnaire-8

Осло-3 скала – Oslo-3 Social Support Scale

CDC – Centers for Disease Control and Prevention, Центар за контролу и превенцију болести

САДРЖАЈ

1. УВОД	1
1.1. Старење популације.....	1
1.2. Старење становништва Војводине	3
1.3. Здравље старих.....	7
1.4. Мерење здравственог стања старих особа.....	12
1.5. Здравствена заштита и коришћење здравствене заштите	14
1.6. Детерминанте здравља	21
1.7. Социјална заштита старих у Војводини	29
2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА	31
2.1. Циљеви.....	31
2.2. Хипотезе	31
3. МЕТОД ИСТРАЖИВАЊА.....	32
3.1. Начин избора, величина и конструкција узорка	32
3.2. Инструмент истраживања	33
3.3. Варијабле	34
3.4. Статистичке методе обраде података	41
4. РЕЗУЛТАТИ	43
4.1. Демографске и социјално-економске карактеристике испитаника.....	43
4.2. Здравље особа старости 65 и више година	44
4.2.1. Самопроцена здравља	44
4.2.2. Присуство хроничних болести	48
4.2.3. Активности дневног живота.....	52
4.2.4. Инструменталне активности дневног живота.....	55
4.2.5. Ментално здравље-депресија	58
4.2.6. Орално здравље	62
4.2.7. Стање ухрањености, хипертензија и стил живота.....	64
4.2.8. Социјални аспект здравља	71
4.3. Коришћење здравствене заштите	74
4.3.1. Разлике у коришћењу здравствене заштите у односу на демографске, социјално-економске карактеристике испитаника и издвајање за ванболничку здравствену заштиту	75
4.3.2. Разлике у коришћењу здравствене заштите у односу на присутне здравствене ризике.....	83
4.3.3. Разлике у коришћењу здравствене заштите у односу на активности дневног живота, инструменталне активности дневног живота и присуство бола.....	87
4.3.4. Разлике у коришћењу здравствене заштите у односу на социјалну подршку	91
4.4. Превентивни прегледи	95
4.5. Неостварене потребе за здравственом заштитом.....	97
4.6. Задовољство пруженом здравственом заштитом и издвајање за здравствену заштиту.....	99
4.7. Повезаност самопроцене здравља и независних чиниоца	100
4.8. Повезаност коришћења здравствене заштите и независних чиниоца.....	109
4.8.1. Повезаност посета лекару опште медицине и независних чиниоца.....	109
4.8.2. Повезаност посета лекару специјалисти и независних чиниоца.....	113
4.8.3. Повезаност болничког лечења и независних чиниоца.....	117
4.8.4. Повезаност лечења у дневној болници и независних чиниоца	120
5. ДИСКУСИЈА	123
5.1. Демографске и социјално-економске карактеристик	124
5.2. Здравље особа старости 65 и више година	126
5.2.1. Самопроцена здравља	126

5.2.2. Присуство хроничних болести	128
5.2.3. Активности дневног живота	130
5.2.4. Ментално здравље-депресија и социјални аспект здравља	131
5.2.5. Орално здравље	134
5.2.6. Фактори ризика	136
5.3. Коришћење здравствене заштите	140
5.3.1. Коришћење примарне здравствене заштите	140
5.3.2. Коришћење болничке здравствене заштите	145
5.3.3. Неостварене потребе за здравственом заштитом	148
5.3.4. Задовољство пруженом здравственом заштитом	149
5.4. Предности и ограничења истраживања	150
6. ЗАКЉУЧАК	152
7. ПРЕПОРУКЕ	156
8. ЛИТЕРАТУРА	158
9. ПРИЛОГ	178

1. УВОД

1.1. Старење популације

Светска популација се од средине XX века суочава са старењем становништва. Старење је процес који се прво јавио у развијеним земљама, а потом у неким земљама у развоју, да би постао глобални феномен, што је и потврђено на Међународној конференцији о становништву и развоју која је одржана у Каиру 1994. године (1).

Према стандарду Уједињених нација старим особама се сматрају особе старости 60 и више година. У развијеним земљама ова граница се можда може сматрати преурањеном имајући у виду напредак који је остварен у очекиваном трајању живота. Нешто другачију дефиницију је дао *OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development, Организација за економску сарадњу и развој)* према којој се старима сматрају особе старости 65 и више година. Без обзира на то која се година сматра границом, важно је нагласити да хронолошка старост није увек добар индикатор промена које су пратиоци старења (2, 3).

Старење има дубоке последице на економске, политичке и социјалне процесе. Старење становништва је присутно у готово свим земљама света. Оно је резултат смањења морталитета, али такође и опадања фертилитета. Удео старих особа (старости 60 и више година) у укупном становништву на светском нивоу се повећао од 9,2% у 1990. години до 11,7% у 2013. години, и наставиће да расте до очекиваних 21,1% у 2050. години. Глобално посматрано, процењено је да ће се број старих више него удвостручити од 841 милиона у 2013. години, па до 2 милијарде људи старости 60 и више година, колико се очекује да ће бити 2050. године (4).

На Светској скупштини о старењу, која је одржана у Бечу 1982. године, усвојен је Међународни план акције о старењу који је дао основне смернице о будућим активностима. Питања људских права старих особа су унета 1991. године у формулацију Принципа Уједињених нација за старе особе, који се односе на независност, учешће, бригу, самоиспуњење и достојанство (5).

Даљи трендови демографског старења, који ће се несумњиво наставити у XXI веку, приказани су на Другој светској скупштини о старењу која је одржана у Мадриду 2002. године, када је и усвојен Мадридски план акције, документ који се фокусирао на

три приоритетне области: старе особе и развој; унапређење здравља и добробити у старости; и обезбеђивање омогућавајућег и подржавајућег окружења. Мадридски план акције базира се на принципима и препорукама које су дате у Међународном плану акције о старењу и Принципима Уједињених нација за старе особе. У Мадридском плану наводи се, између осталог, да је потребно обезбедити свеобухватну здравствену заштиту почевши од промоције здравља и превенције болести, па до пружања примарне здравствене заштите, лечења акутних стања, рехабилитације и палијативног збрињавања. Један од циљева се односи на елиминацију социјалних и економских неједнакости у односу на године, пол или било који други основ, укључујући језичке баријере, како би се омогућило да старе особе имају универзалан и једнак приступ здравственој заштити. Поред осталог, наглашава се значај стицања знања у области геријатрије и геронтологије за све здравствене раднике који пружају здравствену заштиту старима, као и потреба интеграције палијативне неге у свеобухватну здравствену заштиту. Једна од препорука је да се друштво више ослања на вештине и искуство старих особа и да они активно учествују у развоју друштва у коме живе (6).

Старење становништва има значајне последице и у економском смислу, како због повећања броја старих, тако и због смањења броја продуктивног становништва. Према проценама Еуростата (*Eurostat, Канцеларија за статистику Европске уније*), на дан 1. јануар 2014. године 28 земаља чланица Европске уније (ЕУ) је имало 506,8 милиона становника. Млади (од 0-14 година) су чинили 15,6% становништва, док су особе старости 65 и више година имале удео од 18,5% у укупном броју становника (уз пораст од 0,3% у односу на претходну годину) (7). У Србији данас је скоро петина женског становништва старија од 65 година, а када је реч о мушком становништву, то важи за 15% популације (8).

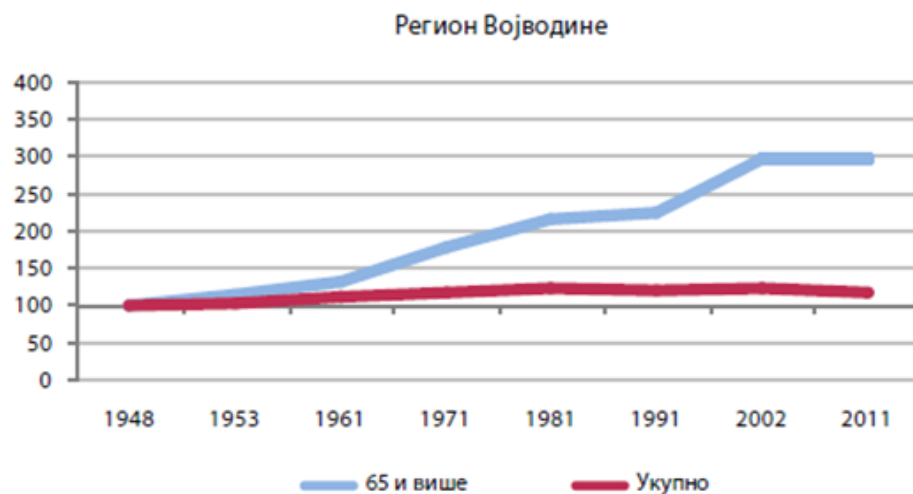
Да би се приказао ниво подршке младима и/или старим особама које пружају особе које су радно способне користи се показатељ Индекс функционалног (зависног) становништва. Ради се заправо о односу броја становника старих 0 до 14 и/или 65 и више година (зависно становништво) према одговарајућем броју становника старих 15 до 64 године (активно становништво). Индекс функционалног становништва (који се односи на старе особе) за ЕУ-28 је 1. јануара 2014. године износио 28,1%, што значи да скоро 4 особе које су радно способне иду на 1 особу старости 65 и више година. Вредност овог показатеља варира уколико посматрамо земље чланице ЕУ и креће се од 19% у Словачкој (Ирска и Кипар такође имају вредности које су ниже од 20%) до чак 33,1% у Италији. Грчка, Немачка, Шведска, Португал и Финска имају такође неповољно високе вредности изнад 30%, односно у случају ових земаља 3 особе које су радно способне иду на 1 особу старости 65 и више година. Према пројекцијама у земљама ЕУ-28, у периоду од 2014. до 2080. године удео старих ће се повећати са

18,5% на 28,7%, а индекс функционалног становништва (који се односи на старе особе) ће се скоро удвостручити од 28,1 % у 2014. до 51,0 % у 2080. години (7). Тако ће према пројекцијама, у Великој Британији до 2031. године бити у просеку 2,5 особа радноактивног доба на сваку особу која је у пензионисана, док их је у 2002. години било 3,4 (9). Ови бројеви могу бити забрињавајући, јер на пример у развијеним земљама попут Јапана очекује се да ће 2050. године бити свега 1,35 особа које су радно активне на једну особу која је старости 65 и више година. Свакако треба бити обазрив при тумачењу ових вредности, јер као што становништво за које се сматра да је активно (15-64 године) може бити мање или више продуктивно, односно независно, исто тако старе особе не морају бити терет друштву већ могу имати врло активну улогу (10).

1.2. Старење становништва Војводине

Према процени Републичког завода за статистику за 2015. годину, Војводина је имала 1891701 становника. Становништво Војводине, према витално-демографским индикаторима спада у веома старо становништво. Зрелост становништва, је индикатор који говори о процентуалном учешћу особа старих 65 и више година у укупној популацији и уколико је већа од 10% становништво је врло старо. Према подацима из 2015. године чак 17,9% становника је било старије од 65 година. Просечна старост је била 42,4 године, што је изнад граничне вредности (30 година), тако да се и на основу овог индикатора закључује да је становништво Војводине веома старо (11). Колико драматично се променила старосна структура у Војводини говори у прилог брзина којом се овај процес одвијао. Оно што је заједничко за све регионе у нашој земљи је да је старо становништво у динамичнијем порасту од укупног. Тако се у Војводини од 1948. године па до пописа становништва 2011. године број старих три пута повећао, док се укупан број становника повећао за 18% (графикон 1) (8). Србија ће према проценама 2050. године имати чак 32,2% становништва старости 60 и више година, док је 2012. године учешће ове популационе групе у укупном броју износило 20,5% (12).

Графикон 1. Индекс промене укупног становништва и становништва старости 65 и више година, пописи 1948-2011, 1948=100%



Извор: Девеџић М, Стошковић Гњатовић Ј. Попис становништва, домаћинства и станова 2011. у Републици Србији Демографски профил старог становништва Србије. Београд: Републички завод за статистику; 2015.

Веома важан показатељ здравственог стања становништва је очекивано трајање живота које је у Војводини у 2015. години износило 71,4 година за мушкарце и 77,1 година за жене, што је мање у односу на Београдски регион где је очекивано трајање живота за мушкарце 73,7 а за жене 78,6 година, као и у односу на Јужну Србију где је очекивано трајање живота за мушкарце 72,8 година а за жене 77,6 година (13). Вредност овог индикатора у Европи је расла током прошлог века захваљујући смањењу mortalитета одојчади, расту животног стандарда, променама у стилу живота, образовању, као и напретку у здравственој заштити и медицини. Очекивано трајање живота на рођењу у ЕУ у 2014. години је било 80,9 година (83,6 година за жене и 78,1 година за мушкарце). Најниже вредности за мушкарце се бележе у Литванији (69,1 година), за жене у Бугарској (78 година), док је најдуже очекивано трајање живота за мушкарце било на Кипру (80,9 година) а за жене у Шпанији (86,2 године) (14).

Упркос изузетном напретку који је постигнут, и даље су на глобалном нивоу присутне изразите неједнакости у погледу очекиваног трајања живота, с обзиром да се најниже вредности, уколико посматрамо оба пола, бележе у Сијера Леонеу (50,1 годину) а највише у Јапану (83,7 година) (15).

Још један индикатор нам говори о неповољној демографској слици у Војводини. Биолошки тип становништва показује учешће појединих старосних категорија (0-14,

15-49, 50 и више година) у укупном броју становника. Према подацима из 2015. године, са 40,2% особа старости 50 и више година и са свега 14,5% млађих од 15 година, становништво Војводине спада у регресивни тип становништва, који карактерише висок удео старог становништва и мало учешће младих (табела 1) (11, 16).

Табела 1 Биолошки тип становништва Војводине

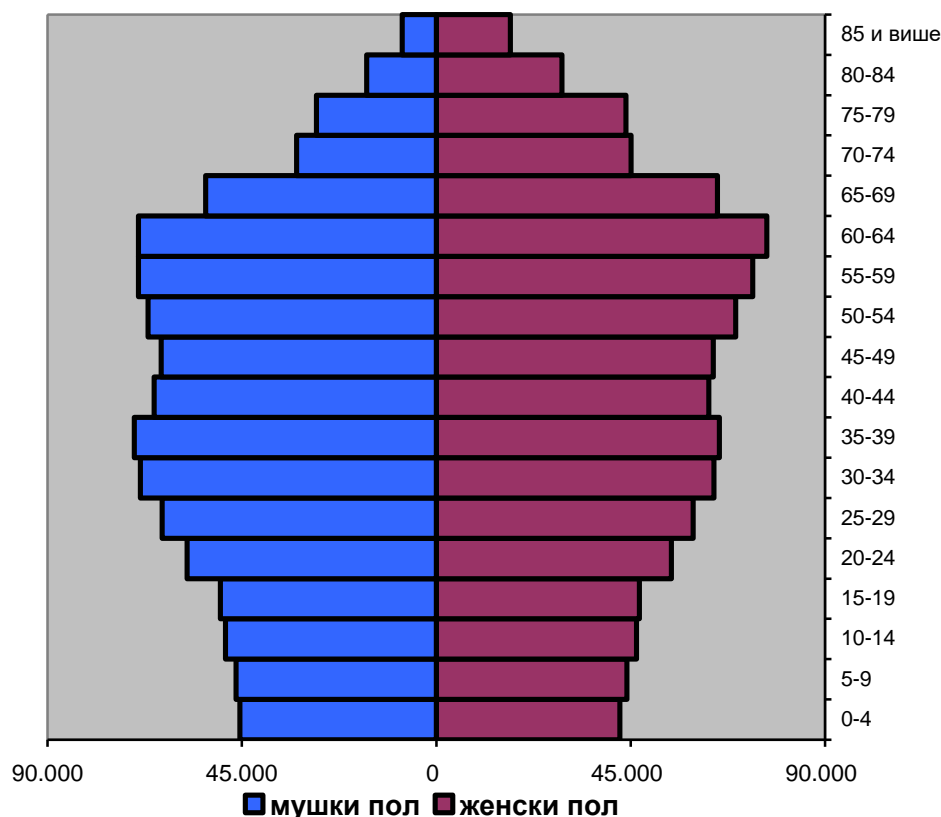
Старост	Становништво према процени из 2015. године	
	Број	%
0 - 14 година	273672	14,5
15 - 49 година	856390	45,3
50 и више година	761639	40,2
Укупно	1891701	100,0

Извор: *Институт за јавно здравље Војводине. Здравствено стање становништва АП Војводине 2015. године. Нови Сад: Институт за јавно здравље Војводине; 2016.*

Индекс старости (однос броја особа старости 60 и више година и младих до 19 година) у Војводини у 2015. години је износио 1,3 што указује на изражен процес демографског старења, с обзиром да је вредност далеко већа од граничне (0,4) (11).

И старосна пирамида (дрво живота) која представља графички приказ полне и старосне структуре становништва, са узаном базом која представља најмлађе категорије становништва и најширим делом у средишњем делу графикана указује на старење становништва Војводине. Према процени становништва за 2015. годину након 45. године у свим старосним категоријама је већи број жена него мушкараца (графикон 2) (11, 16).

Графикон 2 Становништво Војводине према полу и старости у 2015. години



Извор: Институт за јавно здравље Војводине. Здравствено стање становништва АП Војводине 2015. године. Нови Сад: Институт за јавно здравље Војводине; 2016.

Старењу популације значајно доприноси и ниска општа стопа фертилитета, која представља однос броја живорођених на хиљаду жена фертилне доби (15-49 година), на одређеном подручју у току једне године. Гранична вредност за општу стопу фертилитета је 50%, док вредности испод те указују на низак фертилитет. У Војводини је у 2015. години вредност била 41,8%. Такође, стопа укупног фертилитета (број живорођене деце на 1 жену фертилног доба) је износила 1,46 и била је нижа у односу на вредност у ЕУ у којој је износила 1,58 (11).

Поред старења становништва у Војводини је присутно смањење броја становника или депопулација. Стопа наталитета, која представља број живорођене деце на 1000 становника, у Војводини у 2015. години је била ниска и износила 9,3%, а стопа природног прираштаја је била негативна и износила је -5,5% (11). Природни прираштај (разлика између броја рођених и броја умрлих изражена на 1000 становника) је негативан у свим окрузима Војводине, а најнижа вредност се бележи у Севернобанатском округу (-9,3%), док је највећа вредност, али и даље негативна у

Јужнобачком округу (-2%) (10). Према резултатима Пописа из 2011. године у Војводини је живело 100183 становника мање него 2002. године (17).

1.3. Здравље старих

Геронтологија означава науку о старењу. Термин је први предложио руски биолог и лекар Мечников. Она обухвата све аспекте старења као процеса, старости као стања и старих лица као њихових носилаца, и значај ових феномена за појединце, породицу, друштвену заједницу. Геронтологија је мултидисциплинарна, односно многе стручне и научне област и свака са свог аспекта, се баве геронтологијом (18).

Геријатрија се односи на лечење старих и представља медицинску дисциплину која синтетизује сва медицинска знања из области превенције, дијагностике, терапије и рехабилитације старих. Она је део геронтологије и део медицине. Синоним за геријатрију је медицинска геронтологија. У последње време се доста често помиње и термин гератологија која обједињује суштину појма геронтологије и геријатрије (19).

Највећи допринос геријатрије, у сарадњи са другим специјалностима јесте:

- добро познавање процеса старења, његових последица, и примена у процесу унапређења разумевања и лечења старих пацијената;
- употреба специфичних инструмената или техника: *Свеобухватна геријатријска процена (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA)*;
- дуга традиција мулти/интердисциплинарног тимског рада;
- стручно мишљење у дијагнози и лечењу геријатријских синдрома;
- борба против дискриминације, или такозваног „ејџизма“, са нагласком на етички аспект лечења (20).

Колико је важно да у лечењу старих особа учествују геријатри, све је више доказа у литератури. У мета-анализи чији су аутори Елис и сарадници (*Ellis et al.*) закључено је да старе особе које су по пријему у болницу биле подвргнуте свеобухватној геријатријској процени су имале већу вероватноћу да преживе (21). Друга студија, спроведена у Шведској, је показала да пацијенти који су након прелома кука били збринуте на геријатријским одељењима имали су мањи ризик од смртог исхода или поновног пријема у односу на оне коју су лечени у болницама које немају геријатријско одељење (22).

Старење је процес у току кога се, лагано и постепено јављају извесне специфичности које су предмет изучавања геронтологије и геријатрије. Опште карактеристике обољевања у старости су: мултиморбидитет, хроничитет, измењени симптоми и знаци болести, измењено реаговање на терапију (ресорпција, дејство и елиминација), удруженост физичке са психичком некада и социјалном декомпензацијом, као и социјални проблеми (18). Когнитивна и ментална оштећења су честа међу старим особама. Она могу бити узрок отежане самобриге, непоштовања терапијског протокола, недостатка социјалне подршке што захтева ангажовање других ради додатне неге или институционално збрињавање (23).

У литератури се помињу две врсте старења: примарно и секундарно старење. *Примарно старење*, назива се још и физиолошко старење, односи се на нормалне физиолошке процесе који су одређени унутрашњим, биолошким факторима, који су неизбежни и последица су сазревања или протока времена, као нпр. менопауза. *Секундарно старење* односи се на патолошке промене које су последица спољашњих фактора, укључујући болест, утицаје околине и понашање појединца (24).

Продужетак очекиваног трајања живота људи на 80 и више година је један од највећих добитака XX века, али продужен живот без побољшања квалитета живота није довољан добитак (25). Зато је Регионални комитет за Европу Светске здравствене организације (СЗО) препознајући значај старих особа у савременом друштву, формулисао један од циљева у оквиру **Стратегије „21 циљ за XXI век“**, желећи да истакне како стратегије за стварање сигурнијих заједница и подржавајућих здравствених и социјалних политика и служби могу помоћи старим особама.

Циљ 5: Здраво старење, гласи:

До 2020. године особе од 65 година и старије треба да добију могућност да искористе цео свој здравствени потенцијал играјући активну улогу у друштву.

5.1. Треба да се обезбеди пораст од бар 20% у очекиваном трајању живота и у годинама без инвалидитета код особа старих 65 година.

5.2. Потребно је обезбедити пораст од бар 50% у пропорцији људи старих 80 година са таквим нивоом здравља који им омогућава да сачувају самосталност у кућном окружењу и задрже своје место у друштву (26).

У складу са документима који су усвојени у свету, Влада Републике Србије је 2006. године донела **„Националну стратегију о старењу“** чији је циљ био усклађивање здравствене и социјалне заштите, тржишта рада и образовања са демографским променама - како би се створило друштво за сва животна доба, које

посебно тежи да задовољи потребе и ослободи неискоришћене потенцијале старих људи. Један од стратешких праваца акције из кога следе конкретне мере јесте и „Обезбеђивање услова за квалитетан живот и одржање независног начина живљења“. Општи циљ који је дефинисан у овој области гласи: „Очување и унапређење здравственог стања и квалитета живота старијих лица обезбеђивањем здравствених услуга одговарајућег обима, садржаја и квалитета“. Активности за остваривање овог циља подразумевају обезбеђивање ефикасне здравствене заштите, у којој је улога примарне здравствене заштите од пресудног значаја, реорганизовање здравственог система на секундарном нивоу кроз оснивање геријатријских болничких одељења, као и посебних установа за дуготрајну негу и палијативно збрињавање и обезбеђивање услова за збрињавање старих лица са акутним обољењима, обезбеђивање служби за свеобухватну заштиту менталног здравља, са посебним нагласком на психосоцијалну подршку и помоћ члановима породице који се старају о старијем лицу са поремећајем менталног здравља. Као активности од значаја истичу се и потреба увођења наставних садржаја из области геронтологије и геријатрије у наставне програме на свим нивоима стручног образовања, као и успостављање ефикасне сарадње установа социјалне заштите и здравствених установа које се баве збрињавањем старијих лица (27).

Најновији документ који је донела Влада Републике Србије у овој области у 2017. години је *Уредба о националном програму за очување и унапређење здравља старих* чији су основни принципи: развијање сопствене одговорности за здравље, друштвена подршка старима, промовисање здравља и здравих животних стилова и очување функционалне способности у старости.

Очекује се достизање резултата до 2020. године и то у виду:

краткорочних резултата:

- 1) усклађивање обима коришћења здравствене заштите са специфичним потребама ове посебно осетљиве популационе групе;
- 2) интегрисан приступ у здравственој заштити и са њом повезаном заштитом старих;
- 3) обезбеђивање доступности и праведности у коришћењу здравствене заштите;
- 4) усмеравање здравствене заштите старих ка промоцији здравља и превенцији настанка болести и/или компликација већ испољеног обољења, уз преузимање одговорности старих за сопствено здравље;

5) оснаживање тимског рада здравственог особља и здравствених сарадника у примарној здравственој заштити, самих старих, породице, локалне самоуправе, удружења, медија

и очекиваних дугорочних резултата:

1) смањивање неједнакости у доступности и коришћењу здравствене заштите старих између села и града;

2) унапређење система здравствене заштите које ће омогућити боље здравље и квалитет живота популације старих, а посебно старијих жена;

3) изградња неопходних капацитета који ће на најефикаснији начин утицати на побољшање и заштиту здравља и очување квалитета живота у старости, као и на оснаживање породица старих;

4) унапређење квалитета рада, праћење и процена, као и развој информационог здравственог система у циљу унапређења здравствене заштите популације старих (28).

У литератури се крајем деведесетих година прошлог века, као одговор на стереотипе о старењу у контексту болести и смањења функција, појавио концепт „успешно старење“. По дефиницији, он се састоји из три компоненте: смањење ризика од болести и неспособности, задржавање физичке и когнитивне функције и наставак ангажовања у животу (укључујући блиске социјалне везе, укљученост у активности које имају смисла и које су продуктивне и употреба вредних вештина и способности) (шема 1). Као што је приказано на шеми, успешно старење је више него само одсуство болести, и више него само задржавање функционалних капацитета. Оба елемента су важна, али тек у комбинацији са активним ангажовањем у животу представља у потпуности концепт здравог старења (29).

Тако се и у политици „Здравље 2020“, као једна од приоритетних области истиче значај иницијатива за активно и здраво старење које могу да побољшају здравље и квалитет живота (30).

Шема 1. Модел успешног старења

Извор: *Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. Gerontologist. 1997;37(4):433-40.*

У свету који демографски брзо стари, стари људи имаће важну улогу кроз волонтерски рад, преносећи искуство и знање, помажући њиховим породицама и преузимањем одговорности. Старе особе чине велики допринос друштву. Не само у земљама у развоју, улога старих људи у развоју друштва је изузетно важна и у развијеним земљама. На пример, у Шпанији, брига за зависне и болесне појединце (свих узраста) је углавном препуштена старим људима (углавном женама); просечан број минута проведених у пружању овакве неге у току дана се повећава експоненцијално са старосћу неговатеља: од 201 минута ако је неговатељ у старосној категорији 65-74 године, 318 минута ако је старости 75-84 године, у поређењу са само 50 минута ако је старости 30-49 година. Овакав допринос развоју је једино могућ ако стари људи имају одговарајући ниво здравља, и у том смислу је важно креирати одговарајуће политике и доносити одлуке (31). С друге стране, волонтерски рад је нарочито важан за старе из више разлога. Истраживања су показала да учешће у волонтерском раду смањује морталитет, побољшава физичко функционисање, утиче у позитивном смислу на самопроцену здравља, смањује депресивне симптоме и повећава задовољство животом (32-35).

1.4. Мерење здравственог стања старих особа

Здравствено стање се може процењивати на више начина. Често се поред објективних физиолошких, биохемијских мерења, коришћења ресурса здравствене заштите, мера функционалног статуса и неспособности, као показатељ здравственог стања користи и самопроцена здравља.

Најчешћи начин за мерење самопроцене здравља је уз помоћ једног питања у коме се тражи од појединца да да општу оцену свог здравља. Постоје три модела овог питања: појединац оцењује своје здравље уопштено, поредећи са другим особама исте старости или поредећи у односу на одређено време у прошлости (36). У складу са литературом, СЗО је препоручила самопроцену здравља као индикатор за мониторинг здравља. Самопроцена здравља се користи као инструмент за процену здравља, психолошког благостања и квалитета живота, где је мишљење појединца од изузетне важности. Такође, самопроцена здравља може бити скрининг инструмент за идентификацију група са високим ризиком, али исто тако и мера за евалуацију исхода медицинске интервенције и предиктивни индикатор морталитета (23, 37).

Још 1982. године је канадска студија рађена на репрезентативном узорку старих особа показала да је самопроцена здравља била бољи предиктор морталитета од података у здравственом картону (38). И други истраживачи који су се бавили самопроценом здравља су закључили да постоји снажна повезаност са морбидитетом и неспособношћу (39-41).

Самопроцена здравља је такође један од предиктора коришћења здравствене заштите код старих особа. У литератури се уједно наводи да је то најзначајнији предиктор (42). У шпанским истраживањима је закључено да стари који оцењују своје здравље лошијом оценом имају већу вероватноћу коришћења услуга здравствене заштите (43-45).

Процена и мерење функционалног статуса такође помаже у процени општег здравственог стања и квалитета живота. Мере које се најчешће користе за процену способности или неспособности функционисања, јесу активности дневног живота (*Activities of daily living, ADL*) и инструменталне активности дневног живота (*Instrumental activities of daily living, IADL*). Процес старења, али исто тако и здравствени проблеми доводе до опадања физичке способности старих, што их чини мање независним, мање сигурним и може учинити веома отежаним спровођење свакодневних активности (46). Ограничења у инструменталним активностима дневног живота (*IADL*) су снажан предиктор морталитета и коришћења болничке здравствене заштите и често им претходе ограничења у основним активностима дневног живота

(ADL) (47). Истраживање у Тајвану је показало да су коришћење и трошкови здравствене заштите директно пропорционални нивоу инвалидности, односно да године саме по себи не играју велику улогу (48). Резултати који говоре у прилог већег коришћења здравствене заштите код оба пола у случају лошијег функционалног статуса потврђени су у више студија (49-51).

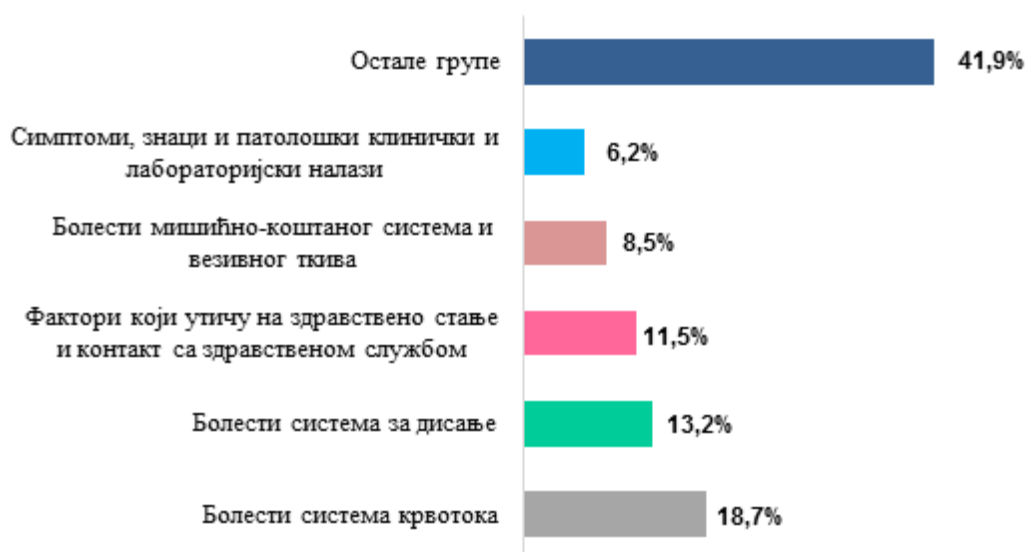
Хроничне болести су један од највећих изазова са којим се сусреће савремено друштво. Мултиморбидитет представља појаву две или више хроничних болести код исте особе (52, 53). Присуство хроничних болести у популационим истраживањима најчешће се процењује на основу самоизјашњавања испитаника, што има и своје недостатке. Пре свега, на то да ли ће испитаник одговорити од које болести болује утиче знање о постојању здравственог проблема, његов утицај на свакодневни живот, спремност испитаника да пријави здравствени проблем, као и учесталост коришћења здравствене заштите (54).

Оно што карактерише мултиморбидитет јесте да је присутан код више од половине старих особа, преваленција се повећава код веома старих, жена и особа које припадају нижим социјалним класама, а функционална оштећења, лош квалитет живота и веће коришћење и трошкови здравствене заштите његове су главне последице (55). У шведској студији је закључено да мултиморбидитет значајно повећава вероватноћу хоспитализације код старих особа (56). У Србији, мултиморбидитет је присутан код трећине одраслих особа, односно код чак 57,4% особа старих 65 и више година (57).

Када је реч о регистрованом морбидитету код старих особа не можемо добити прецизне податке, с обзиром да у нашој земљи морбидитетна статистика региструје обољење (а не оболело лице), и да не постоји могућност издвајања података карактеристичних за одређену популациону категорију на основу старости.

Према подацима рутинске здравствене статистике, у најзначајније узроке ванболничког и болничког морбидитета одраслог становништва Војводине спадају масовне незаразне болести. Подаци о раду службе опште медицине у домовима здравља на територији Војводине у 2015. години указују да су 5 регистрованих водећих група болести: болести система крвотока, болести система за дисање, фактори који утичу на здравствено стање и контакт са здравственом службом, болести мишићно - коштаног система и симптоми, знаци и патолошки клинички и лабораторијски налази (графикон 3). Најчешће регистрована дијагноза у укупном морбидитету ове службе је повишен крвни притисак. У морбидитету регистрованом у болничким здравственим установама у Војводини у 2014. години водеће групе су: тумори, болести система крвотока, болести система за варење и болести мокраћно-полног система (11).

Графикон 3 Водеће групе болести регистроване у служби опште медицине у домовима здравља на територији Војводине у 2015. години



Извор: *Институт за јавно здравље Војводине. Здравствено стање становништва АП Војводине 2015. године. Нови Сад: Институт за јавно здравље Војводине; 2016.*

С обзиром да се животни век продужава, очекује се да ће све већи број људи бити оптерећен хроничним болестима а самим тим ће им бити потребнија помоћ пред крај живота, посебно женама, имајући у виду да оне болују од већег броја хроничних болести као што су деменција, остеопороза и артритис (58).

1.5. Здравствена заштита и коришћење здравствене заштите

Здравствена заштита је организована и свеобухватна делатност друштва са основним циљем да се оствари највиши могући ниво очувања здравља грађана и породице. Према Закону о здравственој заштити, здравствена заштита обухвата спровођење мера и активности усмерених на очување и унапређење здравља грађана, спречавање, сузбијање, и рано откривање болести повреда и других поремећаја здравља, благовремено и ефикасно лечење и рехабилитацију (59). Коришћење здравствене заштите се дефинише као добијање здравствене заштите од стране здравствене службе у форми здравственог контакта, односно то је тачка у здравственом систему где се потребе пацијената сусрећу са системом здравствене заштите (60, 61).

У Уставу Републике Србије дефинисано је да деца, труднице, мајке током породилског одсуства, самохрани родитељи са децом до седме године и стари остварују здравствену заштиту из јавних прихода, ако је не остварују на други начин, као и да је здравствено осигурање основни облик на коме почива здравствени систем (62). У складу са тим и Законом о здравственој заштити (члан 11), између осталих и лица старија од 65 година су убројана у посебно осетљиве групе становника за које се средства за здравствену заштиту издвајају из буџета Републике Србије (59).

Систем здравствене заштите у Републици Србији припада Бизмарковом моделу-заснован је на обавезном здравственом осигурању, с доприносом као основним извором финансирања, великим обухватом становника здравственом заштитом и доминантним државним власништвом над зградама и опремом (63).

Према подацима СЗО учешће укупних трошкова за здравствену заштиту у бруто домаћем производу (*БДП*) Србије у 2013. години износи 10,6% (64). У истој години, за здравствену заштиту је издвајано 475 долара по становнику, што је значајно мање у односу на развијене земље ЕУ попут Аустрије (5427 УСД), Немачке (5006 УСД), Француске (4864 УСД), Финске (4449 УСД), Италије (3155 УСД), а приближно је неким земаљама у региону (Босна и Херцеговина (449 УСД), Црна Гора (461 УСД), Румунија (504 УСД)) (65). Иако Република Србија издваја висок проценат БДП за здравствену заштиту, издвајања у апсолутном износу представљају мала средства, што је последица релативно ниског нивоа БДП-а Србије (66).

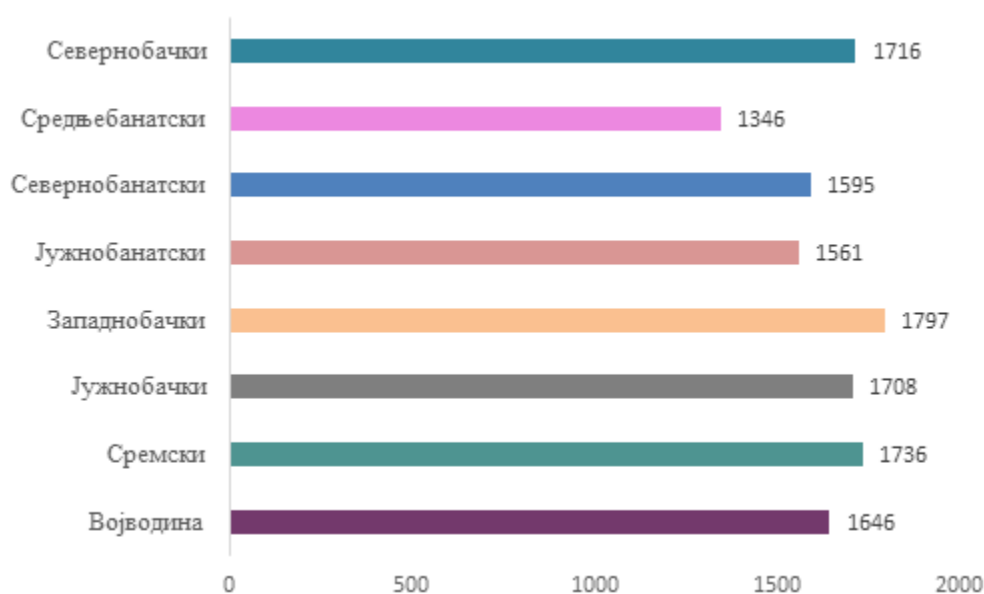
Примарну здравствену заштиту особама старости 65 и више година, као и осталим одраслим становницима на територији Војводине, пружају доктори медицине (као изабрани лекари) и медицинске сестре-техничари запослени у службама опште медицине, затим кућног лечења и неге, поливалентне патронаже и специјалистичкој служби у оквиру домова здравља (укупно 44).

Законом о здравственој заштити је регулисано да се као установа која обавља делатност на примарном нивоу здравствене заштите може основати и Завод за геронтологију и палијативно збрињавање у коме се обавља здравствена заштита старих лица и спроводе мере за очување и унапређење здравља и превенцију болести ове популационе групе, односно који обавља и делатност кућног лечења и неге, палијативног збрињавања и рехабилитације старих лица (59). Међутим, и поред позитивне законске регулативе на територији Војводине не постоји ни један Завод за геронтологију и палијативно збрињавање.

У службама опште медицине на територији Војводине у 2015. години било је запослено 937 лекара и 1413 здравствених радника се вишом и средњом стручном

спремом, чиме је постигнута покривеност од једног лекара на просечно 1646 становника Војводине, што је нешто неповољније од захтева норматива Правилника о ближим условима за обављање здравствене делатности у здравственим установама и другим облицима здравствене службе (Сл. гласник Републике Србије, број 43/06, 112/09, 50/10 и 79/11 и 22/13) (норматив - један лекар на 1600 становника), са распоном који се кретао од 1346 (Средњебанатски округ) до 1797 (Западнобачки округ) (графикон 4). Сваки лекар у служби је имао просечно 37 посета на дан (норматив - 36 посета на дан). Највећа оптерећеност лекара се бележи у Западнобачком округу (45 посета), док је најмања у Јужнобанатском округу (33 посете) (11, 67).

Графикон 4 Просечан број становника на једног лекара у служби опште медицине у домовима здравља на територији Војводине у 2015. години



Извор: *Институт за јавно здравље Војводине. Здравствено стање становништва АП Војводине 2015. године. Нови Сад: Институт за јавно здравље Војводине; 2016.*

Болничка здравствена заштита старих особа, као и осталих популационих категорија, се остварује у установама секундарне и терцијарне здравствене заштите на територији Покрајине и то у 9 опшних болница (Суботица, Зрењанин, Сента, Кикинда, Вршац, Панчево, Сомбор, Сремска Митровица и Врбас), 11 специјалних болница (4 специјалне болнице за рехабилитацију: Кањижа, Меленци, Апатин и Врдник, 2 специјалне болнице за плућне болести: Зрењанин и Бела Црква, 3 специјалне болнице за лечење психијатријских болесника: Нови Кнежевац, Вршац и Ковин, Специјална болница за реуматске болести Нови Сад и Специјална болница за

неуролошка и посттрауматска стања Стари Сланкамен), Војномедицинском центру Нови Сад, Клиничком центру Војводине и Институтима у Сремској Каменици (68).

Болничке постелне капацитете у Војводини има 30 здравствених установа са укупно 10835 постеља, чиме је обезбеђен задовољавајући постелни фонд од 5,7 постеља на 1000 становника. Обезбеђеност становништва постељама у општим болницама је различита, при чему је најмања у Сремском округу (1,7 постеља/1000 становника, а највећа у Западnobачком округу (4,0 постеља/1000 становника). Обезбеђеност лекарима и здравственим радницима са вишом и средњом стручном спремом у општим болницама у Војводини је различита, и произилази из разлика у структури болничких капацитета. Број лекара се креће од 12 до 28 на 100 постеља, док се број медицинских сестара-техничара креће од 46 до 96 на 100 постеља (11).

Укупан број запослених у здравственим установама у државној својини на територији Војводине у 2015. години је 26408 радника, од тога 19910 су здравствени, а 6498 нездравствени радници. Лекара је било 4739 (од тога 3218 специјалиста), стоматолога 494 и фармацеута 507. Са 251 лекаром на 100000 становника, може се закључити да Војводина значајно заостаје за развијеним земљама попут Шведске (411 лекара на 100000), Немачке (410 лекара на 100000 становника) Швајцарске (404 лекара на 100000 становника) и Холандије (335 лекара на 100000 становника). Ситуација у погледу обезбеђености лекарским кадром у Војводини би била нешто повољнија, али не значајно, када би се узео у обзир и број лекара запослених у приватном сектору (11).

Стратегијом и Акционим планом за палијативно збрињавање било је предвиђено да у периоду од 2009 до 2015. године буду формиране организационе јединице за палијативно збрињавање пацијената у општим болницама на територији Војводине (Суботица, Зрењанин, Сомбор, Кикинда, Панчево, Врбас и Сремска Митровица), као и формирање консултативних тимова на терцијарном нивоу здравствене заштите (Клинички центар Војводине и Институт за онкологију Војводине) задужених за успостављање сарадње са тимовима на примарном и секундарном нивоу здравствене заштите, као и за пружање стручне помоћи у решавању проблематике пацијената који су на палијативном збрињавању (69). Такође, Уредбом о плану мреже здравствених установа прописан је капацитет болничких установа за продужено лечење и негу (геријатрија, палијативно збрињавање, хемиотерапија, физикална медицина и рехабилитација) и то 0,2 постеље на 1000 становника (68). Међутим, недостатак простора и кадрова, као и финансијске подршке од стране Републичког фонда за здравствено осигурање је утицало на то да ови циљеви нису у потпуности испуњени.

Према Правилнику о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији за 2017. годину, дефинисано је

да се код старих особа спроводе следеће превентивне мере, за чије спровођење се средства у потпуности обезбеђују на терет Републичког фонда за здравствено осигурање: превентивни преглед (једном у две године), скрининг/рано откривање депресије (једном годишње), скрининг/рано откривање карцинома дебелог црева (једном у две године од 50-74 године живота), а за жене и превентивни гинеколошки преглед (једном годишње) (70). Међутим, обухват становништва превентивним мерама у Војводини је изузетно низак, с обзиром да је превентивним прегледом обухваћено свега 6,9% становника старости 35 и више година, а превентивним гинеколошким прегледом обухваћена свака девета жена старија од 15 година (11,0%) (11).

Веома значајан показатељ остваривања права из здравственог осигурања и доступности здравствене заштите су листе чекања. Правилником о листама чекања прописано је да стационарне установе воде листе чекања за процедуре/интервенције из области ЦТ и МР дијагностике, операција катаракте, ортопедске хирургије, инвазивне кардиологије, кардио и васкуларне хирургије (71). Уколико анализирамо Листе чекања у здравственим установама на територији Јужнобачког округа, где се и налазе све установе терцијарног нивоа здравствене заштите у Војводини, на дан 31.12.2015. године на листама чекања укупно је било 10364 пацијената. Просечна дужина чекања износила 124 дана, а на интервенције су чекали пацијенти стављени на Листу чекања на Институту за плућне болести Војводине, за преглед на компјутеризованој томографији (око 13 дана), на Институту за онкологију Војводине, за преглед на магнетној резонанци (око 90 дана), на Институту за кардиоваскуларне болести (114 дана), за дијагностичку коронарографију и/или катетеризацију срца, нехируршку и хируршку реваскуларизацију миокарда и уградњу вештачких валвула, а у Општој болници Врбас (134 дана) за потпуну артропластику зглоба кука. Пацијенти Клиничког центра Војводине најдуже су чекали на операцију сенилне и пресенилне катаракте са уградњом интраокуларних сочива (око 21 месец) (72). Чекање на операцију катаракте је знатно дуже, у поређењу са подацима из 10 европских земаља, с обзиром да се на ову врсту интервенције у Швајцарској у просеку чека 1,3 месеца, Француској 2,2 месеца, Немачкој 2,3 месеца, односно најдуже у Шпанији 6,2 месеца (73). Поред ове интервенције, листе чекања у Клиничком центру Војводине се воде за уградњу имплантата у ортопедији, за прегледе на магнетној резонанци, уградњу графтова од вештачког материјала и ендоваскуларних графт протеза (72).

Међутим важно је нагласити, да се за велики број услуга не воде листе чекања, а листе заказивања које се воде за бројне специјалистичке прегледе, дијагностичке процедуре и интервенције су у неким случајевима дуже и од годину дана.

Квалитет здравствене заштите је препознат као једна од најважнијих карактеристика система здравствене заштите. Према једној од дефиниција, квалитет здравствене заштите је степен у коме здравствене услуге за појединце и становништво повећавају вероватноћу жељених исхода по здравље и који је конзистентан са садашњим професионалним знањем (74). Светска здравствена организација истиче да здравствени систем мора да се унапређује у следећих шест димензија квалитета, односно здравствена заштита треба да буде: ефективна, ефикасна, доступна, оријентисана према кориснику, непристрасна и сигурна (75). Задовољство пацијената је веома важан и често коришћен индикатор квалитета здравствене заштите. Донабедиан (*Donabedian*) сматра да задовољство пацијената пружа податке о томе колико су они који пружају здравствену заштиту успели да испуне очекивања корисника те заштите. Задовољство здравственом заштитом је изузетно важно јер утиче на однос и понашање пацијената у смислу руковођења добијеним саветима, променама у навикама и стицању поверења у здравствене раднике (76).

Различити су разлози због којих људи користе услуге здравствене заштите: да би се излечили од болести, да би превенирали или одложили неке будуће здравствене проблеме, смањили бол и унапредили квалитет живота, или понекад само да би добили неку информацију која се односи на њихово здравствено стање. Коришћење здравствене заштите може бити одговарајуће или неодговарајуће, високог или ниског квалитета, скупо или јефтино. Истраживања трендова у коришћењу здравствене заштите обезбеђују важне информације о овим феноменима и могу указати на постојање потенцијалних разлика у приступачности или квалитету здравствене заштите, које се могу разјаснити у неким опсежнијим истраживањима. Оваква истраживања могу послужити као база за пројекције будућих потреба здравствене заштите, за прогнозу будућих трошкова као и усклађивање политике кадрова (77).

У савременој литератури се све више истиче потреба сагледавања коришћења здравствене заштите и могућности унапређења здравственог система како би се задовољиле потребе популације која стари (78). Старење значајно утиче на економске, политичке и социјалне процесе. Са старењем популације расту и трошкови здравствене заштите јер старе особе обично користе услуге здравствене службе у већој мери у односу на остале. Са продужењем животног века, у готово свим крајевима света главни узроци изгубљених година живота у пуном здрављу (*DALY – disability adjusted life years*) за популацију старих су хроничне незаразне болести као што су обољења срца, малигне болести и дијабетес. Ове болести доприносе неспособности, снижавају квалитет живота и повећавају здравствене и трошкове продужене неге. Свет се суочава

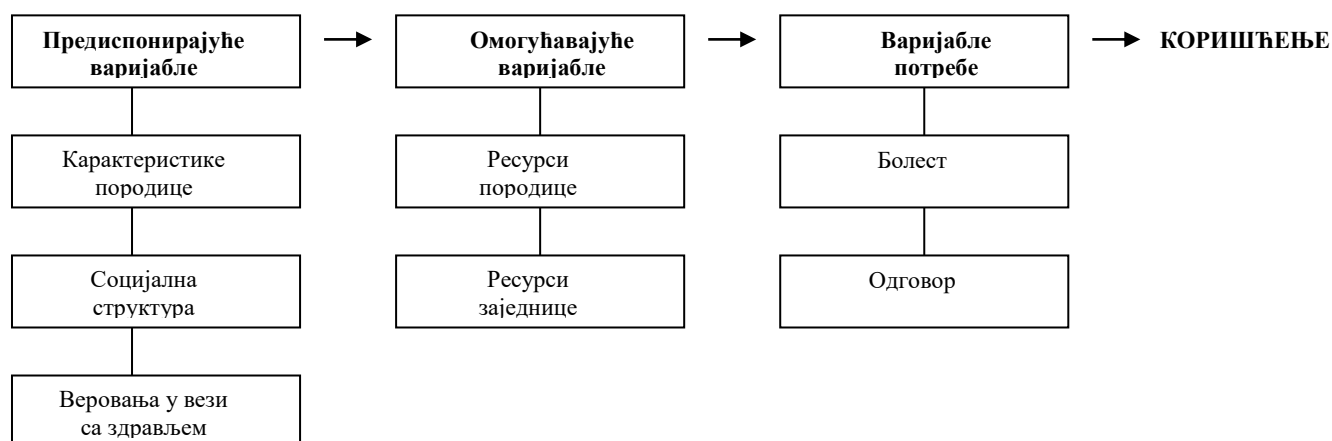
са епидемиолошком транзицијом водећих узрока болести, од заразних и акутних болести ка хроничним и дегенеративним обољењима (4, 79).

Коришћење здравствене заштите не зависи само од здравственог стања, већ је резултат здравствених потреба базираних на социоекономским факторима, односно коришћење здравствене заштите је у основи подстакнуто развојем болести, али квалитет и квантитет коришћења значајно зависи од социоекономских фактора као што су приходи или вид здравственог осигурања (80-82).

Да би се објаснио процес пружања здравствене заштите, у већини студија које се спроводе на старим особама, користи се *Андерсенов бихејвиорални модел*, приказан на шеми 2, који се базира на три основне компоненте које се могу користити као предиктори коришћења. То су:

- *предиспонирајуће варијабле* или социодемографске карактеристике (старост, пол, образовање, културни, политички фактори, веровања у вези са здрављем итд.);
- *омогућавајуће варијабле*, под којима се подразумевају финансијски и организациони фактори који се сматрају да служе као предуслови за коришћење службе, односно они који могу да ометају или да омогуће коришћење (приход, могућност да се плати за пружену здравствену услугу, вид осигурања, приступачност у географском смислу, мрежа здравствених установа, обезбеђеност лекарима и другим здравственим радницима); и
- *варијабле потребе* за заштитом, под којима се подразумева перцепција промене здравственог стања (функционално здравље и самопроцена здравља), али и квалитет живота, активности дневног живота, депресија, психосоцијални дистрес и друге психолошке варијабле, као и одговор на то (одлазак код лекара због појаве симптома) и превентивне активности (редовни превентивни прегледи) (60, 61, 83, 84).

Шема 2 Андерсенов бихејвиорални модел



Извор: Aday LA, Awe WC. *Health Services Utilization Models*. In: *Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants*. Gochman DS, editor. New York: Plenum Press;1997.p. 153-72.

Креаторима здравствене политике биће неопходна социјалномедицинска аргументација за прилагођавање здравственог система потребама старе популације и тражење одговора за пораст коришћења здравствене заштите. Истовремено, биће неопходни програми и мере усмерени на побољшање квалитета живота повезаног са здрављем (*Health Related Quality of Life, HRQOL*) али и повећање капацитета старих особа за коришћење технологија које олакшавају живот (85).

1.6. Детерминанте здравља

У Уставу Светске здравствене организације здравље се дефинише као „стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести и онеспособљености“ (86). Светска здравствена организација сматра здравље фундаменталним људским правом и сходно томе требало би да сви људи имају приступ основним ресурсима за здравље (87).

Детерминанте односно одреднице здравља су лични, социјални, економски и фактори околине који одређују здравствено стање појединца или популација (88). Један од основних, и веома важан концептуални модел који се може користити за илустрацију ових детерминанти дали су Далгрен и Вајтхед (*Dahlgren, Whitehead*) још 1991. године (шема 3). Детерминанте су представљене у низу концентричних кругова, са становништвом заједнице у центру. Спољни круг чине одреднице здравља које је

често тешко квантиковати, као што су општи социјални, економски, културни и услови животне средине (физичко-хемијски) који имају важне дугорочне ефекте по здравље. Следећи круг садржи основне институције друштва које могу да подржавају или негативно утичу на здраво постојање (пољопривреда и производња хране, образовање, радна средина, услови живота и рада, незапосленост, вода и санитација, служба здравствене заштите и становање). Наредни круг наглашава кључну улогу интеракције и размене заједнице и друштва. И на крају, круг поред језгра истиче значај утицаја понашања појединца на здравље (нпр. пушење цигарета, ризично понашање). Овај модел наглашава значај индивидуалне одговорности за здравствено стање, како у избору понашања, тако и у колективним одлукама које су донели појединци, као и да политика интервенције у оквиру једног домена може али и не мора имати жељени ефекат због великог броја других сектора који су такође укључени (23).

Шема 3. Модел детерминанти здравља



Извор: Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.

Систем здравствене заштите мора да сарађује са другим секторима, попут образовања, науке, привреде, пољопривреде, али и невладиним сектором како би сви

заједно учествовали у креирању „здраве“ јавне политике. Важност окружења у коме се живи постаје све очигледнија у последњих неколико деценија. Места на којима људи живе и раде имају огроман утицај на њихово здравље. Социјално, економско и природно окружење, инфраструктура, али и различите опасности из радног окружења и други штетни фактори од изложености дуванском диму па до токсичног ефекта пестицида само су неки од фактора који могу да имају утицај на здравље (89).

Фактором ризика сматра се индивидуално понашање појединца, животни стил, излагање утицајима животне средине, урођена или наслеђена карактеристика, за које се на основу научних и стручних доказа зна да су повезани са неповољним исходима по здравље (90).

Већ деценијама уназад је јасно да постоје фактори који су повезани са понашањем појединца а који утичу на његово здравље, као што су пушење, злоупотреба алкохола и дрога, физичка неактивност, неправилна исхрана и ризично сексуално понашање (91).

Улога ризичних стилова живота се различито тумачи у литератури. Једни сматрају да су они кључни у стварању неједнакости у здрављу, док су други поборници мишљења да су они доприносећи фактори који настају као резултат других важнијих фактора, као на пример образовања или да су под утицајем шире социјалне средине, односно лоших социјално-економских услова у којима људи живе (92). У прилог томе говоре резултати истраживања, који кажу да особе са нижим нивоом образовања и нижим приходима су чешће пушачи, имају неправилну исхрану и мање су физички активни (93-95).

Студије показују да фактори ризика као што су пушење, злоупотреба алкохола, потхрањеност и гојазност могу бити предиктори морталитета код старих особа. Са друге стране, утврђена је позитивна повезаност између физичке активности у слободно време и преживљавања (96-101).

Гојазност се сматра једним од највећих јавноздравствених изазова данашњице. У развијеним земљама преваленција гојазности се повећава (102). Према подацима СЗО, преваленција гојазности се скоро удвостручила у односу на 1980. годину (103). Процењено је да је у САД-у 31% особа старијих од 60 година гојазно (индекс телесне масе $BMI \geq 30$) (104). У Аустралији са прекомерном телесном масом или гојазно ($BMI \geq 25$) је чак 71% особа старости 65-74 година, односно 60% оних старости 75-84 године (105).

Гојазност, као фактор ризика веома је заступљен и међу старим особама на нашој територији. Према резултатима Националног истраживања здравља из 2006. године, у Војводини преваленција прекомерне телесне масе међу особама старости 60-69 година је била 41,6%, односно 37,6% међу старијима од 70 година. Преваленција гојазности је била 31,3% (60-69 година), односно 25,5% (70+ година) (106).

Прекомерна телесна маса и гојазност утичу на вредност крвног притиска, инсулинску резистенцију, вредност холестерола и триглицерида. Као последица тога повећава се ризик од настанка хроничних незаразних болести (кардиоваскуларних болести, дијабетес мелитус тип 2, малигне болести, болести мишићно-коштаног система) (107).

Злоупотреба алкохола је повезана са ризиком од настанка хроничних незаразних болести, менталних поремећаја и поремећаја понашања, укључујући зависност од алкохола, као и повреде (103). Преваленција злоупотребе алкохола опада са старашћу што потврђују и истраживања (108, 109).

Злоупотреба алкохола, као и висока преваленција пушења је присутна у популационим групама нижег социјално-економског статуса (92). Преваленција пушења на глобалном нивоу је 22%, са највећим вредностима које премашују 30% у Европском региону СЗО (103). Широм света скоро 1,3 милијарди људи су пушачи, а процењено је да је пушење одговорно за смртни исход код око 5 милиона људи сваке године (110). Такође, сматра се најзначајнијим фактором ризика за настанак атеросклерозе, кардиоваскуларних болести и неких карцинома. Пушачи у просеку живе 10 година краће у односу на непушаче (111).

Према подацима из 2006. године, преваленција пушења у Србији је износила 33,6%, с тим да се од 45. године старости региструје значајно мањи број пушача, тако да тој категорији припада свега 9,3% становништва старијег од 75 година (112). Слично злоупотреби алкохола, преваленција пушења је нижа код особа старијих од 60 година у односу на остале категорије одраслог становништва (113).

Приступачност и квалитет здравствене заштите такође могу утицати на здравље. Приступачна и доступна здравствена заштита може да продужи живот и побољша прогнозу оболелих од озбиљних болести, односно са друге стране неосигурана лица се ређе подвргавају превентивним прегледима и чешће одлажу лечење (114).

1.6.1. Социјалне детерминанте здравља

Термин социјално благостање се описује као стање мира и сигурности у коме сваки човек, без разлике у односу на расу, веру, пол, политичко уверење, има право на школовање и рад који му даје могућност да живи хармонично у здравој околини и који му пружа осигурање у случају болести, изнемоглости и старости (115). Социјалне детерминанте здравља представљају услове у којима су људи рођени, расту, живе, раде и старе (116).

У литератури, социјалним детерминантама здравља сматрају се:

- социоекономски статус (образовање, приход и занимање)
- раса и етничка припадност
- социјална мрежа и социјална подршка
- услови рада
- социјални капитал (ресурси који су доступни појединцу и друштву кроз социјалне односе, од материјалних до психосоцијалних) (89, 117).

Комисија за социјалне детерминанте здравља СЗО издвојила је десет социјалних детерминанти здравља:

- социјални градијент
- стрес
- рани период живота
- социјална искљученост
- услови рада
- незапосленост
- социјална подршка
- болести зависности
- исхрана
- транспорт (118).

Политичка декларација из Рија о социјалним детерминантама здравља донесена 2011. године потврдила је ставове да су неједнакости у здрављу унутар и између

земаља политички, друштвено и економски неприхватљиве, као и да су неправедне и да углавном могу да се избегну, и да је подстицање равноправности у здрављу од суштинског значаја за одрживи развој и бољи квалитет живота и благостање за све, што може да допринесе миру и безбедности (119).

Седамдесетих година прошлог века Велика Британија је постала лидер међу онима који су почели да истичу доказе о неједнакостима у здрављу, доносећи такозвани Блеков извештај (*The Black Report*). Наиме, овај документ је подстакао истраживања на тему социјално-економских неједнакости, али готово деценију није имао утицај на доношење политика. Британска Влада је 1997. године иницирала доношење Ачесоновог извештаја (*Acheson*) који је сумирао доказе о социјалним неједнакостима у здрављу и дао листу од 39 препорука. Према овом извештају социјалним детерминантама се сматрају сиромаштво, образовање, запосленост, становање, превоз, исхрана, животни ток, етничка припадност, пол и здравствена заштита (23, 120-122).

И десетогодишња Вајтхол студија (*The Whitehall study*) спроведена у Великој Британији је истакла значајне разлике у инциденцији болести и стопама mortalитета међу државним службеницима који су били припадници различитих социјално-економских категорија, стављајући у први план социјални градијент у односу на животне стилове и генетику (123).

Лош социјално-економски статус је један од најснажнијих предиктора mortalитета и превремене смртности. Међутим, глобалне стратегије здравља не сматрају лош социјално-економски положај фактором ризика који може бити модификован. Глобални план акције за превенцију и контролу незаразних болести СЗО издваја седам најзначајнијих фактора ризика, међу којима су недовољна физичка активност, пушење, повишен крвни притисак, који су значајни за смањење превременог mortalитета од незаразних болести за 25% до 2025. године. Лош социјално-економски статус нажалост није укључен у такозване „25x25“ факторе ризика. Истраживања показују да и локалне и глобалне стратегије морају бити усмерене на све ове факторе ризика како би се смањио mortalитет (124).

Образовање је веома важан фактор који утиче на здравље и благостање појединца, помаже у промовисању и одржавању здравих стилова живота и позитивних избора, подржавајући и негујући људски развој, везе, лично, породично и благостање заједнице (125). Након Гросмановог (*Grossman*) чланка из 1972. године на тему какав је утицај образовања на здравље, уследио је велики број истраживања на ову тему. Образовање се сматра потенцијално важном детерминантом здравственог стања код старих особа, делом због утицаја на социјалне и економске путање у животу, али такође

и због веће могућности за прихватање здравих стилова живота. Литература такође каже да је образовање обрнуто повезано са физичком неспособношћу у старијем добу (9).

Такође, бројне студије су показале повезаност самопроцене здравља и образовања, односно одрасле и старе особе са нижим нивоом образовања значајно чешће процењују своје здравље као лошије (126-129). Дакле литература даје једну униформну слику по којој виши ниво образовања значајно позитивно корелира са здрављем. Истраживање спроведено у Финској у коме су учествовали једнојајчани близанци је показало да мушкарци са вишим нивоом образовања мање пуше, имају нижи индекс телесне масе и број хроничних болести, односно више су физички активни. Такође истиче се позитиван утицај средњег и високог образовања по здравље, као и да завршетак средње школе даје највеће позитивне ефекте (130). Још једна студија спроведена у Шведској на групи мушкараца рођених између 1945. и 1955. године указује да додатна година школовања смањује ризик од болести за 18,5% (131).

Образовање не делује на здравље као изолован фактор. Заједно са њим, приход утиче на много различитих начина. Стога је веома тешко процењивати њихов независан утицај. Међутим, истраживања су потврдила да је утицај образовања скоро подједнак као и утицај прихода (125). Аутори се слажу у томе да је старење становништва у позитивној корелацији са растом неједнакости у приходу, притом се године наводе као кључна варијабла за разумевање неједнакости у савременим друштвима (132, 133). Као закључак студија, аутори наглашавају да је здравље лошије у друштвима у којима су присутне веће неједнакости (134).

Постојање повезаности између социјално-економског статуса и показатеља здравственог стања испитивана је и у нашој земљи. Сиромашни у Србији чешће оболевају и имају већу преваленцију хроничних болести од богатијих слојева становништва. Истраживање здравља становника Србије показало је да је међу одраслим становницима Србије преваленција хроничних болести највећа код најсиромашнијих, а да се смањује са порастом индекса благостања (54, 135, 136).

Лидери многих великих светских сила, као и челници Уједињених нација, Светске банке и Светског економског форума описали су неједнакости у приходима као један од највећих проблема садашњице (137).

Различити методи се користе за мерење неједнакости у приходима у једном друштву. Један од често коришћених је Џини коефицијент (*Gini*) који се креће у распону од 0 до 100. Када би његова вредност била 0, то би значило да је постигнута идеална једнака расподела прихода и да сви становници имају исти приход. Насупрот томе, када би Џини био 100, то би значило да једна особа прима сав расположиви

приход у једној земљи, односно, да је постигнуто стање потпуне неједнакости. Вредност Цини индекса у 2014. години у Србији износила је 38,6 што је знатно већа вредност од просека 28 земаља ЕУ (30,9) и већа од вредности Цини коефицијента земаља са израженом неједнакошћу, као што су Бугарска (35,4), Естонија (35,6) и Македонија (35,2) (138).

За процену дугорочног напретка у три основне димензије хуманог развоја: дуг и здрав живот, приступ знању и пристојан животни стандард користи се Индекс хуманог развоја (*The United Nations Human Development Index*). То је показатељ квалитета живота и међузависности између економског и социјалног развоја и изражава просечна достигнућа земље у домену здравља, образовања и животног стандарда. Процењује се на основу очекиваног трајања живота на рођењу, образовања исказаног на основу просека година школовања и величине бруто националог дохотка по куповној моћи. Вредност овог индекса за Србију у 2014. години је била 0,771, односно Србија се налазила на 66. месту од 188 држава и територија (139, 140).

Мармот и Бел (*Marmot, Bell*) у свом истраживању закључују, да ако живите у друштву које издваја за образовање и здравствену заштиту, то је друштво које ће добро радити на хуманом развоју (141). Неједнак приступ економским, културним и социјалним ресурсима води неједнакостима у здрављу (142). Нажалост, неке друштвене групе, између осталих и стари, су у знатно неповољнијем положају у односу на друге (143, 144).

Истраживања показују да стари људи чешће живе у сиромаштву, поготово жене (121). Тако је и Анкета о животном стандарду која је у Србији реализована последњи пут 2007. године уз подршку Светске банке показала да, посматрано према годинама старости, стари преко 65 година, више су него остале старосне категорије, изложени ризику од сиромаштва (ризик сиромаштва је био преко 40% већи од просека популације) (145).

Социјална подршка је помоћ која је на располагању појединцима и групама унутар заједнице а може да обезбеди брану од нежељених догађаја и услова живота, као што може да обезбеди и позитивне ресурсе за унапређење квалитета живота. Социјална подршка може укључивати емоционалну подршку, размену информација и обезбеђивање материјалних средстава и услуга (88). Људи стварају везу са другима од момента рођења. Потреба да припада не престаје у детињству, већ припадност и неговање друштвених односа су од суштинске важности за физичко и психичко благостање током читавог живота (89).

Социјални фактори као што су социјална интеграција, постојање сврхе у животу и припадност заједници су идентификовани као веома важни за квалитет живота (146). Други фактори укључују самопоштовање, осећај за своју личност и свој идентитет, осећај за контролу и духовно благостање. Ови концепти су важни за старе људе дајући им позитиван поглед на себе, и имају утицај на везе са њиховим пријатељима и породицом у њиховим активностима. Такође су важни за њихову способност да управљају животом, прилагођавају се променама и виде смисао у свом животу (147). У једној студији спроведеној у Великој Британији утврђено је да је квалитет живота старих особа директно повезан са степеном социјалне интеракције или нивоом активности (148). Друга студија закључује да је квалитет живота бољи за оне старије који су имали више активности у слободно време као што су шетња, баштованство, ручни рад и читање (149).

Истраживања су показала такође, да старе особе са високим нивоом социјалног ангажовања и социјалних мрежа имају ниже стопе когнитивног опадања и боље преживљавање независно од физичке активности (150, 151). Прегледом литературе Куипер и сарадници (*Kuiper et al.*) су закључили да људи који имају мање социјално учешће, ређе социјалне контакте и они који се чешће осећају усамљено имају већу шансу за појаву деменције (152). Такође, социјално изоловани чешће конзумирају алкохол и цигарете, физички су неактивни и гојазни (153).

1.7. Социјална заштита старих у Војводини

Установе за одрасле (прихватилишта, домови за пензионере и друга стара лица, геронтолошки центри, домови за одрасла инвалидна лица, домови за смештај лица оштећених у менталном развоју и домови за душевно оболела лица) обезбеђују привремени или трајан смештај, исхрану, негу и здравствену заштиту одраслим и остарелим лицима која су без средстава за живот, без породичног старања, ометена у психичком или физичком развоју и услед тога неспособна за самосталан живот, а и без услова да им се одговарајућа нега и помоћ обезбеде у сопственој породици. Геронтолошки центри, поред стационарног смештаја, неге, исхране и здравствених услуга, организују и ванинституционалне облике заштите у виду пружања помоћи у кући, дневног боравка пензионера и других старих лица, као и других услуга, у зависности од потреба корисника. Према подацима из 2014. године у Војводини је било 16 установа социјалне заштите за старе и пензионере у државној својини са укупно 4700 корисника (60,6% женског пола). У овим установама било је запослено укупно 1697 радника, од тога 323 здравствених радника (154).

Ако се анализира структура корисника према породичном статусу пре смештаја, 51% корисника установа социјалне заштите за старе и пензионере пре смештаја у установу живело у самачким домаћинствима, што је у директној вези и са најчешћим разлозима за смештај у смислу тешкоћа у организацији свакодневног живота и одсуством породичне бриге. Мањи број њих је живео у породици са децом (16%), партнером (10%) или другим сродницима (10%). Према брачном статусу корисника пре доласка у установу, најбројнији су удовци/удовице (54%), али је значајан и број оних који су били разведени/е и неожењени/неудате (36%) (155).

У односу на начин плаћања смештаја, најмање има оних који самостално из сопствених прихода могу да финансирају смештај (11%), а најчешће сродници учествују у плаћању смештаја (37%) или се смештај суфинансира из буџета (20%). За 18% корисника смештај се финансира у целости из буџета. Поред домског смештаја установе су пружаоци и других услуга у заједници било да су то услуге краткотрајног смештаја (у прихватилиште и прихватну станицу) или различите услуге и сервиси који подржавају живот у заједници/дневне услуге. Услуге смештаја у прихватилишта и прихватне станице, затим услуге дневног боравка, клубова, служби помоћи у кући старима, служби помоћи и неге у кући и различитих сервисних услуга, у Војводини користило је у току 2011. године укупно 13739 корисника (155).

2. ЦИЉЕВИ И ХИПОТЕЗЕ ИСТРАЖИВАЊА

2.1. Циљеви

1. Проценити здравље и разлике у здрављу особа старости 65 и више година на територији Војводине у односу на демографске и социјално-економске карактеристике.
2. Проценити коришћење здравствене заштите особа старости 65 и више година на територији Војводине у односу на: демографске, социо-економске, бихејвиоралне чиниоце, активности свакодневног живота, присуство бола, постојање социјалне подршке и издвајање за здравствену заштиту.
3. Идентификовати предикторе здравља и коришћења здравствене заштите код особа старости 65 и више година на територији Војводине.

2.2. Хипотезе

1. Постоје значајне разлике у здрављу особа старости 65 и више година у Војводини у односу на демографске и социјално-економске карактеристике, при чему су најугроженије категорије: жене, особе без партнера, најсиромашнији, становници ванградских насеља, они са најнижим нивоом образовања.
2. Здравствену заштиту у категорији особа старости 65 и више година на територији Војводине значајно чешће користе жене, особе са нижим нивоом образовања, особе које материјално стање процењују као лошије, становници градских насеља, пушачи, они који конзумирају алкохол, особе са ограничењима у активностима дневног живота и инструменталним активностима свакодневног живота, особе које наводе присуство бола, особе које имају социјалну подршку и више издвајају за здравствену заштиту.
3. Предиктори доброг здравља су: виши степен образовања, боље материјално стање и постојање социјалне подршке, док се нижи ниво образовања, лошије материјално стање, лошија оцена сопственог здравља и веће укупно оптерећење болестима издвајају као најзначајнији предиктори коришћења здравствене заштите код особа старости 65 и више година на територији Војводине.

3. МЕТОД ИСТРАЖИВАЊА

За потребе овог истраживања употребљена је посебно креирана база података за Војводину која представља део Истраживања здравља становништва Србије, 2013. године које је спровело Министарство здравља Републике Србије. Истраживање је спроведено у периоду октобар-децембар 2013. године као студија пресека на репрезентативном узорку одраслог становништва Србије.

Истраживање на терену спровео је Ипсос Статешки Маркетинг (*Ipsos Strategic Marketing*). За извођење рада на терену формирано је 68 тимова са укупно 204 анкетара. Сваки тим састојао се од три члана, од којих је један био здравствени радник односно лекар или медицинска сестра техничар.

3.1. Начин избора, величина и конструкција узорка

У складу са Методологијом Истраживања здравља становништва Србије, у истраживању је коришћен стратификован двоетапни узорак који је изабран тако да обезбеди статистички поуздану процену великог броја индикатора који указују на здравље популације, како на националном нивоу, тако и на нивоу четири географских области: Војводина, Београд, Шумадија и западна Србија, јужна и источна Србија, и на нивоу градских и осталих насеља/подручја (156).

У првој етапи одабира узорка пописни кругови¹ су одабрани на основу вероватноће пропорционалне њиховој величини (*Probability Proportional Sampling – PPS*). У првој етапи одабрано је укупно 670 пописних кругова на нивоу Србије. Јединице друге етапе су домаћинства², и из сваког пописног круга је изабрано по 10 домаћинстава и 3 резервна домаћинства. Домаћинства су бирана уз помоћ линеарног метода узорковања случајним почетком и једнаким кораком избора (*Simple random sample without replacement – SRSWoR*). На тај начин домаћинства су одабарана са једнаком вероватноћом избора и без понављања. Из истраживања су искључене следеће

¹ Пописни круг је просторна јединица дефинисана у складу са бројем стамбених јединица и становника, у сврхе пописа и других статистичких испитивања.

² Домаћинство је свака породична или друга заједница лица која заједно станују и заједнички троше своје приходе за подмиривање основних животних потреба (становање, исхрана и др).

категорије становништва: лица која живе у колективним домаћинствима и институцијама (старачки домови, социјалне установе, затвори, психијатријске институције) (156).

У истраживању на територији Војводине укупно је анкетирано 1830 домаћинстава, од којих су за потребе израде ове дисертације анализирани подаци који се односе на домаћинства и испитанике старости 65 и више година, односно 886 испитаника.

3.2. Инструмент истраживања

Као инструменти истраживања коришћени су упитници конструисани у складу са упитником Европског истраживања здравља (*European Health Interview Survey-EHIS wave 2*) и прилагођени специфичностима нашег подручја (157).

- Упитник за испитанике старости 15 година и више (Прилог 1)
- Упитник за самопопуњавање (Прилог 2)
- Упитник за домаћинство (Прилог 3).

Пре почетка истраживања упитници су тестирани у петнаест места у Србији. Након претестирања извршене су неопходне измене и упитници су преведени на албански и мађарски језик (156).

Упитник за становништво узраста 15 година и више – интервју из ког се за потребе овог рада користе питања која се односе на демографске, социјално-економске карактеристике, здравствено стање, присуство хроничних болести, активности личне неге, кућне активности, присуство бола, ментално здравље, коришћење болничке и ванболничке здравствене заштите, превентивне прегледе, неостварене потребе за здравственом заштитом, задовољство здравственом службом и социјалну подршку.

Упитник за становништво узраста 15 година и више – самопопуњавање се користио за добијање података о навикама и понашању као што су пушење и конзумирање алкохола.

Упитник за домаћинство - коришћен је за добијање информација о свим члановима и карактеристикама самог домаћинства, као и о карактеристикама пребивалишта домаћинства, на основу којих се процењује материјално стање испитаника и издвајање за здравствену заштиту.

За попуњавање упитника користио се поступак компјутерски асистирано интервјуисање (computer-assisted personal interviewing, *CAPI*) и поступак „папир и оловка” (paper-and-pencil procedures, *PAPI*) за самостално попуњавање упитника (156).

Сви коришћени упитници садрже искључиво питања затвореног типа, те су се попуњавали заокруживањем једног од понуђених одговора. Учествовање у истраживању је било добровољно. Приликом анкетања учесници су били информисани о самом истраживању на основу посебно припремљеног писма за испитанике са основним информацијама, а такође се од њих тражила сагласност за учествовање у истраживању попуњавањем обрасца информисаног пристанка (Прилог 4).

Поред анкетања, рађена су и антропометријска мерења телесне масе и телесне висине, на основу којих је израчунат индекс телесне масе, као и мерење крвног притиска. Сва мерења су обавили здравствени радници, чланови тима за рад на терену, претходно обучени према стандардној процедури.

3.3. Варијабле

У истраживању су коришћене следеће варијабле: демографске (пол, старост, брачно стање и тип насеља), социјално-економске варијабле (образовање, материјално стање домаћинства, издвајање за здравствену заштиту-„потрошња из џепа“), здравствено стање испитаника, коришћење здравствене заштите и присутни фактори ризика (пушење и злоупотреба алкохола).

За процену здравственог стања испитаника коришћени су подаци о самопроцени здравља, присуству хроничних болести, депресивних поремећаја, самопроцени оралног здравља и стању зуба, повредама, физичким и сензорним функционалним оштећењима, могућностима за обављање активности у свакодневном животу, социјалној подршци, стању ухрањености и преваленцији хипертензије или потенцијалне хипертензије.

Анализа коришћења здравствене заштите обухватила је:

- Коришћење ванболничке здравствене заштите-односи се на податке о томе да ли испитаници имају свог изабраног лекара (опште медицине, гинеколога, стоматолога), као и о броју и фреквенцији посета изабраном лекару и лекару специјалисти, коришћењу кућне неге, услуга хитне медицинске помоћи, коришћењу услуга приватне праксе и традиционалне медицине (акупунктура, хомеопатија, фитотерапија, киропрактика),
- Коришћење болничке здравствене заштите-процењено је на основу тога да ли су испитаници били на болничком лечењу и времена проведеног у болници у периоду од 12 месеци пре истраживања (број хоспитализација и број пријема у дневну болницу у претходних 12 месеци, као и броја ноћи проведених у болници),
- Превентивни прегледи процењени су на основу података о томе када су испитаници последњи пут били подвргнути следећим превентивним активностима: вакцинација против грипа, мерење крвног притиска, холестерола и шећера у крви од стране здравственог радника, тест на окултно крварење у столицама, колоноскопија,
- Неостварене потребе за здравственом заштитом и задовољство здравственом службом.

За потребе анализе података урађена је следећа класификација варијабли:

Разлике у односу на старост су посматране у односу на три старосне категорије (65-74, 75-84 и 85+).

Према брачном статусу, испитаници су груписани у две категорије:

1. особе које живе у браку или ванбрачној заједници
2. особе које никада нису живеле у браку или ванбрачној заједници, разведени или растављени (ванбрачна заједница се завршила разлазом) и удовци/удовице као и особе код којих се ванбрачна заједница завршила смрћу партнера.

Степен образовања је процењен на основу највише завршене школе, а испитаници су груписани у четири категорије:

1. виши/висок степен образовања (виша школа, висока школа-основне студије, висока школа - мастер/магистарски, висока школа - докторат)

2. средње образовање (завршене две, три или четири године средње школе, специјализација после средње школе)
3. основна школа
4. непотпуна основна школа (један до седам разреда основне школе) и без школе.

За процену материјалног стања за потребе истраживања конструисан је индекс благостања домаћинства (Demographic and Health Survey Wealth Index- DHS Wealth Index) према коме је становништво сврстано у пет социјално-економских категорија или квинтила (најбогатији, богати, средњи слој, сиромашни и најсиромашнији (158). За конструкцију индекса су укључене променљиве које се односе на поседовање различитих материјалних добара. Сваки испитаник је на тај начин добио категорију свог домаћинства (квинтил). За израчунавање коришћени су следећи подаци: број спаваћих соба по члану домаћинства, материјал од кога су направљени под, кров и зидови стамбеног простора, врста водоснабдевања и санитарија, врста горива која се користи за грејање, поседовање телевизора у боји, мобилног телефона, фрижидера, машине за прање веша, машине за прање судова, компјутера, клима уређаја, централног грејања и аутомобила. Факторска анализа и анализа главних компоненти су употребљене за додељивање пондера променљивим. Ова процедура прво стандардизује променљиве, затим се рачунају факторски коефицијентни скорови и на крају се за свако домаћинство сабирају факторски скорови помножени са тежинским коефицијентима. На тај начин је добијена вредност индекса благостања домаћинства, тј. стандардизовани скор. За приказ индекса благостања коришћени су квинтили материјалног стања домаћинства (квинтили благостања). Они су засновани на распореду популације домаћинства. Граничне тачке интервала индекса благостања које одређују квинтиле рачунају се помоћу пондерисане фреквенције дистрибуције домаћинства. На тај начин дистрибуција представља националну популацију домаћинстава, где се сваком члану домаћинства додељује износ индекса благостања његовог домаћинства. Особе се затим ређају по скору индекса благостања, а расподела се врши на пет категорија од по 20%. На крају се скор домаћинства прекодира у квинтил варијаблу, тако да сваки члан домаћинства добија и квинтил категорију свог домаћинства (112). У анализи података испитаници су сврстани у три категорије: богати, средњи слој и сиромашни.

Анализирано је и издвајање „из цепа“ за ванболничку здравствену заштиту, вредност у динарима коју су испитаници издвојили у периоду од 4 недеље пре истраживања и на основу добијених одговора су сврстани у неку од следећих група:

- 0 динара (није издвајао „из цепа“ за ванболничку здравствену заштиту)
- 1-999 динара
- 1000-2499 динара
- 2500-4999 динара
- 5000-9999 динара
- 10000+ динара.

У моделима мултиваријантне логистичке регресије издвајање „из цепа“ за ванболничку здравствену заштиту је трансформисано у варијаблу са две категорије:

- није издвајао
- издвајао.

Испитаници су процењивали своје здравље на петостепеној Ликертовој скали као: веома добро, добро, просечно, лоше и веома лоше. За потребе анализе самопроцена здравља је сведена у три категорије:

- веома добро и добро,
- просечно,
- лоше и веома лоше.

За процену стања ухрањености коришћен је индекс телесне масе (*Body mass index, BMI*) који се дефинише као телесна маса изражена у килограмима, подељена са телесном висином изражена у метрима на квадрат. У анализи је коришћена следећа класификација:

- потхрањеност $BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$,
- нормална ухрањеност $BMI = 18,5 - 24,9 \text{ kg/m}^2$,
- предгојазност $BMI = 25,0 - 29,9 \text{ kg/m}^2$ и
- гојазност $BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$ (159, 160).

У моделима мултиваријантне логистичке регресије, ухрањеност је била независна варијабла и том приликом су из анализе искључене потхрањене особе због малог броја испитаника у тој категорији.

За одређивање преваленције хипертензије и потенцијалне хипертензије у популацији старих употребљени су подаци о систолном и дијастолном притиску добијени мерењем (просечна вредност из три мерења), као и податак о томе да ли особа

узима лекове за снижавање крвног притиска. Сматрало се да испитаник има хипертензију уколико је просечна вредност систолног крвног притиска ≥ 140 mmHg или дијастолног крвног притиска ≥ 90 mmHg или уколико је особа одговорила да узима лекове за снижавање крвног притиска без обзира на висину крвног притиска (161, 162).

Мерење активности дневног живота се врши према Међународној класификацији функционисања, инвалидности и здравља (*International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF*) (156, 163).

Активности дневног живота, односно активности личне неге (*ADL*) се мере четворостепеном скалом од 0 (без тешкоћа) до 3 (нисам у стању) да би се изразио ниво тешкоћа у обављању следећих 5 активности: храњење, устајање или седање из столице/кревета, облачење и свлачење, употреба тоалета, купање/туширање). Добијени скор се креће у распону од 0-15, при чему вредност 0 указује да нема ограничења, 1-5 да постоје блага и 6-15 умерена до тешка ограничења.

Инструменталне активности дневног живота, односно кућне активности (*IADL*) се мере на основу давања одговора на следећих 7 питања уз коришћење четворостепене скале од 0 (без тешкоћа) до 3 (нисам у стању): припремање хране, коришћење телефона, куповина, узимање терапије, лакши кућни послови, повремени тежи кућни послови, вођење рачуна о финансијама. Скор се креће у распону од 0-21, при чему вредност 0 указује да нема ограничења, 1-7 да постоје блага и 8-21 умерена до тешка ограничења.

Испитаници су дали одговор и на питање које се односи на то да ли су имали било какав физички (телесни) бол у периоду од 4 недеље пре истраживања, користећи шестосепену скалу одговора: нисам имао/ла бол, веома слаб, слаб, умерен, јак и веома јак. За потребе анализе присуство бола је сведено у три категорије:

- без бола, веома слаб и слаб
- умерен
- јак и веома јак.

За оцену присуства хроничних болести употребљена је листа од 17 болести/стања: астма (укључује и алергијску астму), хронични бронхитис, хронична обструктивна болест плућа, емфизем, срчани удар (инфаркт миокарда) или хроничне последице срчаног удара, коронарна болест срца или ангина пекторис, повишен крвни притисак (хипертензија), мождани удар – шлог (церебрално крварење, церебрална тромбоза) или последице можданог удара, артроза – дегенеративно обољење зглобова (артритис је искључен), деформитет доње кичме или други хронични проблем са

леђима, вратни деформитет или други хронични проблем са вратном кичмом, шећерна болест (дијабетес), алергија, као што је алергијска кијавица, поленска грозница, упала очију, дерматитис, алергија на храну или друге алергије (алергијска астма је искључена), цироза јетре, немогућност задржавања мокраће (уринарна инконтиненција), проблеми са контролисањем мокраћне бешике, бубрежни проблеми, депресија, рак (малигно обољење) и повишена масноћа у крви (холестерол). Број присутних болести/стања је категорисан на следећи начин: без морбидитета, 1 болест и 2 или више болести (мултиморбидитет) (52).

За процену присуства депресивног поремећаја коришћен је PHQ-8 упитник (*Patient Health Questionnaire-8*). Упитник садржи осам питања која се односе на симптоме депресије а испитаници су одговарали колико су често имали наведене симптоме у последње две недеље. Одговор на свако питање се вреднује оценом од 0-3, бодови се сабирају и добија се укупни скор чија се вредност креће од 0 до 24. Вредност скор од 0-4 указује да нема симптома депресије, скор од 5-9 означава благе депресивне симптоме, а вредност скор 10 и више указује на високу вероватноћу постојања депресивне епизоде, која се даље квалификује као блага (10-14), умерено тешка (15-19) и тешка (20 и више). У анализи резултата под депресивном епизодом се подразумевала вредност скор ≥ 10 (164).

За процену социјалне подршке употребљени су следећи индикатори:

- Процент старог становништва без социјалне подршке а односи се на број блиских особа на које могу да рачунају када имају озбиљне проблеме и обухвата одговоре: немају особу, имају 1-2 особе, 3-5 особа и 6 и више особа;
- Процент старог становништва за које су други људи заинтересовани шта им се дешава у животу обухвата број особа узраста 65 година и више за које су људи веома заинтересовани, донекле заинтересовани, нису ни заинтересовани ни незаинтересовани, мало заинтересовани и нимало заинтересовани;
- Осло-3 скала (*OSS-3-Oslo-3 Social Support Scale*) обухвата три питања која се односе на подршку коју испитаник има од своје најближе околине, интересовање и забринутост које показују други људи према испитанику као и могућност да добије практичну помоћ у случају потребе. Вредност скор се креће у распону 3-14, при чему вредност од 3-8 говори о лошој социјалној подршци, 9-11 умереној и 12-14 о постојању јаке социјалне подршке (165, 166).

Орално здравље је процењивано на основу изјашњавања испитаника о броју зуба који им недостаје, при чему су понуђени одговори били: ниједан (имам све зубе); 1-5 зуба; 6-10 зуба; више од 10 али не сви зуби; и сви (немам ниједан зуб). За потребе анализе одговори су груписани на следећи начин:

- 0-5 зуба
- 6 и више али не сви зуби
- сви (немам ниједан зуб).

Испитаници су давали одговоре на питање које се односи на навику пушења и у анализи података на основу тога су сврстани у три категорије: непушачи (они који никада нису пушили), бивши пушачи (некада су пушили али сада не пуше) и пушачи.

Конзумирање алкохола је процењено на основу учесталости конзумације било ког алкохолног пића последњих годину дана, при чему су понуђени одговори били: сваки дан или скоро сваки дан, 5-6 дана у недељи, 3-4 дана у недељи, 1-2 дана у недељи, 2-3 дана месечно, 1 месечно, мање од 1 месечно, не у протеклих 12 месеци јер више не пијем алкохол и никада, или неколико гутљаја, у свом животу. За потребе анализе одговори су груписани:

- 1-2 дана недељно и чешће (спојени следећи одговори: сваки дан или скоро сваки дан, 5-6 дана у недељи, 3-4 дана у недељи, 1-2 дана у недељи),
- 1-3 дана месечно и ређе (спојени одговори: 2-3 дана месечно, 1 месечно и мање од 1 месечно),
- Никада не конзумира или не у протеклих 12 месеци (спојени одговори: не у протеклих 12 месеци јер више не пијем алкохол и никада, или неколико гутљаја, у свом животу).

Варијабле које се односе на коришћење ванболничке здравствене заштите трансформисане су тако да се добије податак да ли су испитаници посетили лекара опште медицине, гинеколога, стоматолога и лекара специјалисту у претходних 12 месеци (да/не).

За процену постојања разлика у здрављу у односу на демографске и социјално-економске карактеристике користили су се подаци о самопроцени здравља, присуству хроничних болести, могућностима за обављање активности у свакодневном животу,

присуству депресивних поремећаја, недостатку зуба, стању ухрањености и хипертензији.

Разлике у коришћењу здравствене заштите (посета лекару опште медицине, посета лекару специјалисти, болничко лечење и лечење у дневној болници) анализирани су у односу на демографске, социо-економске карактеристике, присутне здравствене ризике, активности свакодневног живота, присуство бола и постојање социјалне подршке.

Неостварене потребе за здравственом заштитом су анализирани на основу питања која се односе на:

- неостваривање здравствене заштите због **дугог чекања** на преглед;
- неостваривање здравствене заштите због **удаљености или проблема са превозом** до места пружања здравствене заштите;
- неостваривање здравствене заштите због **финансијских разлога** (дијагностика, лечење и рехабилитација; стоматолошка здравствена заштита; прописивање лекова; заштита менталног здравља).

Да постоји неостварена потреба за здравственом заштитом (Процент становништва са неоствареним здравственим потребама) сматрало се уколико је испитаник потврдно одговорио на бар једно од постављених питања која се односе на неостварене здравствене потребе.

3.4. Статистичке методе обраде података

За анализу података коришћене су методе дескриптивне и инференцијалне статистике. Нумеричка обележја су приказана путем аритметичке средине и стандардне девијације, док су атрибутивна обележја исказана путем фреквенција и процената. За поређење разлика између различитих група коришћен је χ^2 тест, Фишеров тест тачне вероватноће и Ман-Витнијев тест за непараметријске податке, односно Студентов t тест за параметријске податке.

За одређивање повезаности самопроцене здравља и коришћења здравствене заштите са независним чиниоцима коришћена је бинарна логистичка регресија по улазној методи (Enter). Том приликом је урађена униваријантна и мултиваријантна логистичка регресија. У интерпретацији резултата коришћен је однос шанси (*Odds*

ratio) заједно са 95% интервалом поверења. Модели су испитивани применом Хозмр и Лемшовог теста (Hosmer and Lemeshow test) а модел је подржан ако је вредност била већа од 0,05. Статистички значајним се сматрала вредност нивоа значајности $p < 0,05$.

У испитивању повезаности самопроцене здравља и независних чиниоца, трансформисна је варијабла самопроцене здравља у две дихотомне варијабле: просечно наспрам доброг здравља и лоше наспрам доброг здравља. За обе варијабле рађена су три модела мултиваријантне логистичке регресије: Модел 1 који је укључио демографске и социјално-економске варијабле; Модел 2 демографске, социјално-економске варијабле и стилове живота и Модел 3 демографске, социјално-економске варијабле, стилове живота и објективне показатеље здравља.

За испитивање повезаности коришћења здравствене заштите и независних чиниоца, као зависне варијабле коришћене су: посета лекару опште медицине, посета лекару специјалисти, болничко лечење и лечење у дневној болници у претходних 12 месеци. За сваку од ових варијабли рађена су два модела мултиваријантне логистичке регресије: Модел 1 у који су ушле демографске и социјално-економске варијабле и Модел 2 демографске, социјално-економске варијабле, стилови живота и показатељи здравља.

За статистичку обраду података коришћен је програмски пакет *IBM SPSS Statistical Package for Social Sciences 21* са укљученим тежинским фактором („*weight on*“) који се примењује ради корекције диспропорционалних величина узорка и прилагођавања прикупљених података како би представио популацију из које је узорак сачињен. Током израде резултата приказаних у табели 2, тежински фактор („*weight on*“) је био искључен како би се описао узорак.

4. РЕЗУЛТАТИ

4.1. Демографске и социјално-економске карактеристике испитаника

У истраживању је учествовало 886 особа старости 65 и више година са територије Војводине, од којих су 58,0% чиниле жене а 42,0% мушкарци. Просечна старост испитаника је била 73,6 година, односно 73,9 година за жене и 73,0 година за мушкарце. Највише испитаника је припадало старосној категорији 65-74 године (57,9%) (табела 2).

Већина испитаника је живела у брачној или ванбрачној заједници (52,5%), при чему је више од две трећине мушкараца било у овој категорији (73,1%), док су у категорији неожењен/неудата, разведен-а, удовац-а биле бројније жене (62,5%). У односу на тип насеља у коме живе, нешто више испитаника је живело у граду (54,2%) без разлике у односу на пол.

У структури испитаника према образовању, 12,2% је имало више или високо образовање, 30,8% средње, 28,4% је имало основну школу док је 28,6% особа старости 65 и више година у Војводини имало непотпуну основну школу или су били без школе. Поларизација по полу по питању образовања је изражена и код највишег и код најнижег нивоа образовања. Међу мушкарцима, сваки пети има завршену вишу или високу школу (19,1%), док међу женама тек свака четрнаеста (7,2%). Са нижим степеном образовања (основна школа или мање од завршене основне школе) је 40,1% мушкараца а чак 69,3% жена.

Три петине испитаника (60,0%) према индексу благостања је припадало категорији сиромашних или најсиромашнијих, нешто више од једне петине (21,1%) је припадало средњем слоју, док је око петина (19,0%) припадала богатима и најбогатијима. У односу на пол, значајно више жена у односу на мушкарце је у категорији најсиромашнијих (43,0% vs 36,3%) ($\chi^2=10,029$; $p=0,040$) (табела 2).

Табела 2 Демографске и социјално-економске карактеристике испитаника у односу на пол

Варијабле	ПОЛ				Укупно		p
	Мушки		Женски		n	%	
	n	%	n	%			
Укупно	372	42,0	514	58,0	886	100	
Године старости ($\bar{X} \pm SD$)	73,05±6,21		73,95±6,36		73,57±6,31		0,036
Године старости у категоријама							
65-74	225	60,5	288	56,0	513	57,9	0,340
75-84	124	33,2	196	38,1	320	36,1	
85+	23	6,2	30	5,8	53	6,0	
Брачно стање							
Живи у брачној или ванбрачној заједници	272	73,1	193	37,5	465	52,5	<0,001
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	100	26,9	321	62,5	421	47,5	
Тип насеља							
Градска насеља	202	54,3	278	54,1	480	54,2	1,0
Остала насеља	170	45,7	236	45,9	406	45,8	
Образовање							
Виша и висока школа	71	19,1	37	7,2	108	12,2	<0,001
Средња школа	152	40,9	121	23,5	273	30,8	
Основна школа	88	23,7	164	31,9	252	28,4	
Непотпуна основна школа и без основне школе	61	16,4	192	37,4	253	28,6	
Квинтили благостања							
Најбогатији	25	6,7	22	4,3	47	5,3	0,040
Богати	63	16,9	58	11,3	121	13,7	
Средњи слој	76	20,4	111	21,6	187	21,1	
Сиромашни	73	19,6	102	19,8	175	19,8	
Најсиромашнији	135	36,3	221	43,0	356	40,2	

4.2. Здравље особа старости 65 и више година

4.2.1. Самопроцена здравља

Значајно већи број жена, у односу на мушкарце, је проценило своје здравље као лоше или веома лоше (41,1% vs 30,5%), док су мушкарци чешће процењивали као веома добро и добро (35,1% vs 24,4%) ($\chi^2=12,705$; $p=0,002$) (табела 3).

Сваки трећи испитаник (33,2%) у старосној категорији 65-74 године је проценио своје здравље као веома лоше или лоше, нешто је више оних који су проценили као просечно (36,9%), док 29,9% је оценило као веома добро или добро. У старосној категорији 75-84 године највише је оних који су своје здравље проценили као веома лоше или лоше (42,0%), 32,1% је проценило као просечно и 25,9% као веома добро или

добро. Међу најстаријим испитаницима, чак сваки трећи (32,6%) је проценио здравље као веома добро или добро, 28,3% као просечно а две петине (39,1%) као веома лоше или лоше. Разлике које постоје нису статистички значајне.

Трећина испитаника (34,6%) који живе у брачној или ванбрачној заједници је проценила своје здравље као веома лоше или лоше. У нешто већем проценту (39,1%), али не статистички значајно, они који немају партнера (неожењен/а, разведен/а, удовац/а) су проценили здравље као веома лоше или лоше. Скоро је подједнак проценат оних који процењују своје здравље као веома добро или добро у односу на категорије брачног стања (27,8%, односно 28,8%).

Посматрано у односу на тип насеља, више је оних који су здравље проценили као веома лоше или лоше међу онима који живе у насељима ван града (39,4% vs 34,7%) али присутне разлике нису значајне (табела 3).

Табела 3 Самопроцена здравља у односу на демографске карактеристике испитаника

Варијабле	Самопроцена здравља						Укупно		p
	Веома добро, добро		Просечно		Веома лоше, лоше				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Пол									
Мушки	106	35,1	104	34,4	92	30,5	302	100	0,002
Женски	110	24,4	155	34,4	185	41,1	450	100	
Године старости у категоријама									
65-74	129	29,9	159	36,9	143	33,2	431	100	0,165
75-84	71	25,9	88	32,1	115	42,0	274	100	
85+	15	32,6	13	28,3	18	39,1	46	100	
Брачно стање									
Живи у брачној или ванбрачној заједници	111	28,7	142	36,7	134	34,6	387	100	0,348
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	105	28,8	117	32,1	142	39,0	364	100	
Тип насеља									
Градска насеља	136	31,7	144	33,6	149	34,7	429	100	0,113
Остала насеља	80	24,8	115	35,7	127	39,4	322	100	

Високо су статистички значајне разлике у самопроцени здравља у односу на степен образовања ($\chi^2=28,286$; $p<0,001$). Повећава се проценат особа које су своје здравље процениле као веома лоше или лоше са падом степена образовања (20,9% међу онима са вишом и високом школом до 44,9% међу онима са непотпуном основном

школом и без основне школе). У значајно већем проценту су испитаници вишег и високог образовања проценили здравље као веома добро и добру у односу на ниже образовне категорије (табела 4).

У односу на материјално стање, значајно више особа старости 65 и више година у Војводини који су своје здравље проценили као веома лоше или лоше је међу онима који су према индексу благостања у категорији сиромашних (41,3%) и средњем слоју (34,1%) у односу на богате (26,2%) ($\chi^2=32,011$; $p<0,001$). Процент испитаника који оцењују своје здравље као веома добро или добро расте са порастом материјалног стања. Скоро сваки други испитаник (46,9%) из категорије богатих и скоро сваки трећи (28,0%) из средњег слоја проценили су своје здравље као веома добро или добро, што је значајно више у односу на сиромашне (23,0%).

Уколоко се посматра дистрибуција испитаника у односу на издвајање за ванболничку здравствену заштиту из сопствених средстава (издвајање „из џепа“), уочава се да они који нису имали издвајања из сопствених прихода у значајно већем проценту су проценили своје здравље као веома добро или добро (44,8%) у односу на оне који су издвајали (18,9% испитаника који су издвајали 2500-4999 динара) ($\chi^2=58,587$; $p<0,001$) (табела 4).

Табела 4 Самопроцена здравља у односу на социјално-економске карактеристике испитаника и издвајање за ванболничку здравствену заштиту

Варијабле	Самопроцена здравља						Укупно		p
	Веома добро, добро		Просечно		Веома лоше, лоше		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Образовање									
Виша и висока школа	41	45,1	31	34,1	19	20,9	91	100	<0,001
Средња школа	75	32,2	82	35,2	76	32,6	233	100	
Основна школа	46	21,5	82	38,3	86	40,2	214	100	
Непотпуна основна школа и без основне школе	54	25,2	64	29,9	96	44,9	214	100	
Квинтили благостања									
Богати	68	46,9	39	26,9	38	26,2	145	100	<0,001
Средњи слој	46	28,0	62	37,8	56	34,1	164	100	
Сиромашни	102	23,0	158	35,7	183	41,3	443	100	
Издавање „из џепа“ за ванболничку здравствену заштиту-вредност у динарима у претходне 4 недеље									
0 динара	64	44,8	52	36,4	27	18,9	143	100	<0,001
1-999 динара	36	34,0	44	41,5	26	24,5	106	100	
1000-2499 динара	49	26,9	68	37,4	65	35,7	182	100	
2500-4999 динара	20	18,9	31	29,2	55	51,9	106	100	
5000-9999 динара	20	22,5	26	29,2	43	48,3	89	100	
10000+ динара	26	21,0	37	29,8	61	49,2	124	100	

Анализирајући самопроцену здравља у односу на број блиских особа на које могу да рачунају испитаници када имају озбиљне проблеме уочавамо да се са повећањем броја особа на које могу да рачунају повећава и удео испитаника који своје здравље процењују као веома добро или добро, односно међу старим особама које немају социјалну подршку чак свака друга особа (52,4%) процењује своје здравље као веома лоше или лоше, док међу онима који могу да рачунају на 6 или више особа тек свака четврта (25,7%) ($\chi^2=28,845$; $p<0,001$) (табела 5).

Међу испитаницима који су се изјаснили да су други људи мало или нимало заинтересовани шта им се дешава у животу 49,1% је оценило своје здравље као веома лоше или лоше, док међу онима који сматрају да су други људи заинтересовани за дешавања у њиховом животу 34,7% процењује своје здравље као веома лоше или лоше, али присутна разлика није статистички значајна ($\chi^2=9,099$; $p=0,059$).

Међу старим особама са јаком социјалном подршком исказаном уз помоћ Осло 3-скеале скоро две петине (38,0%) процењује своје здравље као веома добро или добро, док је међу онима за лошом тек сваки пети (19,7%) ($\chi^2=24,973$; $p<0,001$) (табела 5).

Табела 5 Самопроцена здравља у односу на социјалну подршку

Варијабле	Самопроцена здравља						Укупно		p
	Веома добро, добро		Просечно		Веома лоше, лоше		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Број блиских особа на које могу да рачунају када имају озбиљне проблеме									
Немају особу	4	19,0	6	28,6	11	52,4	21	100	<0,001
1-2 особе	80	22,9	120	34,4	149	42,7	349	100	
3-5 особа	82	29,6	105	37,9	90	32,5	277	100	
6 или више особа	49	46,7	29	27,6	27	25,7	105	100	
Процент старог становништва за које су други људи заинтересовани шта им се дешава у животу									
Заинтересовани	192	30,0	225	35,2	222	34,7	639	100	0,059
Нису ни заинтересовани ни	10	17,9	19	33,9	27	48,2	56	100	
незаинтересовани	13	23,6	15	27,3	27	49,1	55	100	
Социјална подршка (Осло-3 скала)									
Јака	87	38,0	76	33,2	66	28,8	229	100	<0,001
Умерена	105	26,0	150	37,1	149	36,9	404	100	
Лоша	23	19,7	33	28,2	61	52,1	117	100	

4.2.2. Присуство хроничних болести

Преваленција хроничних болести је процењивана на основу листе од 17 понуђених болести/стања. Резултати истраживања показују да 86,4% особа старости 65 и више година на територији Војводине има неку од наведених хроничних болести/стања (табела 6).

Код оба пола су најзаступљеније болести повишен крвни притисак (66,7% жена и 54,4% мушкараца), деформитет доње кичме или други хронични проблем са леђима (40,4% жена и 25,5% мушкараца), док се на трећем месту код жена налази артроза-дегенеративно обољење зглобова (29,7%) а код мушкараца коронарна болест срца или ангина пекторис (22,7%). Жене статистички значајно чешће, у поређењу са мушкарцима, болују од повишеног крвног притиска (66,7% vs 54,4%) ($\chi^2=10,807$; $p=0,001$), дегенеративних обољења зглобова (29,7% vs 14,8%) ($\chi^2=21,204$; $p<0,001$), деформитета доње кичме или другог хроничног проблема са леђима (40,4% vs 25,5%) ($\chi^2=16,999$; $p<0,001$), вратног деформитета или другог хроничног проблема са вратном кичмом (23,9% vs 11,0%) ($\chi^2=18,712$; $p<0,001$) и депресије (12,5% vs 5,0%) ($\chi^2=10,882$; $p=0,001$).

Уколико посматрамо преваленцију мултиморбидитета, 64,6% испитаника има 2 или више болести, односно код жена је у значајно већем проценту присутан мултиморбидитет у односу на мушкарце (68,3% vs 59,3%) односно већи број мушкараца у односу на жене није имао ниједну од наведених болести (17,5% vs 10,9%) ($\chi^2=7,575$; $p=0,023$) (табела 6).

Табела 6 Преваленција хроничних болести/стања, повреде, сензорна функционална оштећења у односу на пол

Варијабле	ПОЛ				Укупно		p
	Мушки		Женски		n	%	
	n	%	n	%			
Астма (укључује и алергијску астму)							
Да	22	7,3	25	5,6	47	6,3	0,424
Не	278	92,7	421	94,4	699	93,7	
Хронични бронхитис, хронична опструктивна болест плућа, емфизем							
Да	19	6,3	26	5,8	45	6,0	0,908
Не	282	93,7	420	94,2	702	94,0	
Инфаркт миокарда или хроничне последице инфаркта миокарда							
Да	27	9,0	25	5,6	52	6,9	0,100
Не	274	91,0	423	94,4	697	93,1	
Коронарна болест срца или ангина пекторис							
Да	66	22,1	99	22,4	165	22,3	0,976
Не	233	77,9	342	77,6	575	77,7	
Повишен крвни притисак (хипертензија)							
Да	160	54,4	293	66,7	453	61,8	0,001
Не	134	45,6	146	33,3	280	38,2	
Мождани удар или хроничне последице можданог удара							
Да	22	7,3	33	7,4	55	7,4	1,000
Не	278	92,7	414	92,6	692	92,6	
Артроза-дегенеративно обољење зглобова							
Да	44	14,8	133	29,7	177	23,7	<0,001
Не	254	85,2	315	70,3	569	76,3	
Деформитет доње кичме или други хронични проблем са леђима							
Да	76	25,5	180	40,4	256	34,5	<0,001
Не	222	74,5	265	59,6	487	65,5	
Вратни деформитет или други хронични проблем са вратном кичмом							
Да	33	11,0	107	23,9	140	18,8	<0,001
Не	266	89,0	340	76,1	606	81,2	
Шећерна болест							
Да	56	18,7	72	16,2	128	17,2	0,429
Не	243	81,3	372	83,8	615	82,8	
Алергија, као што је алергијска кијавица, поленска грозница, упала очију, дерматитис, алергија на храну или друге алергије							
Да	26	8,7	54	12,1	80	10,7	1,171
Не	274	91,3	392	87,9	666	89,3	
Цироза јетре							
Да	1	0,3	1	0,2	2	0,3	1,000
Не	297	99,7	447	99,8	744	99,7	
Немогућност задржавања мокраће, проблеми са контролисањем мокраће							
Да	45	15,0	57	12,8	102	13,7	0,442
Не	255	85,0	390	87,2	645	86,3	
Бубрежни проблеми							
Да	27	9,1	61	13,7	88	11,9	0,073
Не	270	90,9	384	86,3	654	88,1	
Депресија							
Да	15	5,0	56	12,5	71	9,5	0,001
Не	284	95,0	391	87,5	675	90,5	
Малигно обољење							
							0,630

Варијабле	ПОЛ				Укупно		p
	Мушки		Женски		n	%	
	n	%	n	%			
Да	10	3,3	11	2,5	21	2,8	
Не	290	96,7	436	97,5	726	97,2	
Повишена масноћа у крви							
Да	54	18,8	101	24,5	155	22,1	0,089
Не	234	81,3	312	75,5	546	77,9	
Укупан морбидитет							
Без морбидитета	48	17,5	43	10,9	91	13,6	0,023
1 болест	64	23,3	82	20,8	146	21,8	
2 или више болести (мултиморбидитет)	163	59,3	269	68,3	432	64,6	
Повреде у претходних 12 месеци							
Не	284	94,4	413	91,8	697	92,8	0,232
Да	17	5,6	37	8,2	54	7,2	
Коришћење наочара или контактних сочива							
Не	63	20,9	89	19,8	152	20,2	0,928
Да	236	78,4	358	79,6	594	79,1	
Слеп или не види уопште	2	0,7	3	0,7	5	0,7	
Коришћење слушног апарата							
Не	289	96,0	437	97,3	726	96,8	0,496
Да	11	3,7	10	2,2	21	2,8	
Глув или не чује уопште	1	0,3	2	0,4	3	0,4	

У односу на старосне категорије испитаника, није било разлике у броју хроничних болести. Код најмлађих старих (65-74 године) 62,9% је имало две или више болести, у средњој категорији (75-84 године) 69,1%, а код најстаријих старих 51,3% се изјаснило да има две или више болести.

Иако је нешто више испитаника који нису имали хроничне болести било међу онима који живе у брачној или ванбрачној заједници (15,1%) у односу на оне које немају партнера (11,9%), број хроничних болести код испитаника се није значајно разликовао у односу на брачно стање ($\chi^2=1,723$; $p=0,423$). У односу на место становања, такође није било статистички значајне разлике међу испитаницима посматрајући број хроничних болести ($\chi^2=0,262$; $p=0,877$) (табела 7).

Табела 7 Присуство хроничних болести у односу на демографске карактеристике испитаника

Варијабле	Хроничне болести						Укупно		p
	Без морбидитета		1 болест		2 или више болести		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Пол									
Мушки	48	17,5	64	23,3	163	59,3	275	100	0,023
Женски	43	10,9	82	20,8	269	68,3	394	100	
Године старости у категоријама									
65-74	56	14,4	88	22,7	244	62,9	388	100	0,117
75-84	30	12,3	45	18,5	168	69,1	243	100	
85+	5	12,8	14	35,9	20	51,3	39	100	
Брачно стање									
Живи у брачној или ванбрачној заједници	53	15,1	79	22,4	220	62,5	352	100	0,423
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	38	11,9	68	21,4	212	66,7	318	100	
Тип насеља									
Градска насеља	52	13,6	86	22,5	244	63,9	382	100	0,877
Остала насеља	39	13,6	60	20,9	188	65,5	287	100	

Посматрано по образовним категоријама, испитаника без регистрованих болести је било највише међу онима који имају завршену вишу или високу школу (16,7%), док су 2 или више болести у највећем броју имали они са завршеном средњом школом, али разлике нису статистички значајне ($\chi^2=5,962$; $p=0,427$). Материјално стање такође није утицало на мултиморбидитет испитаника ($\chi^2=1,535$; $p=0,820$).

Чак 82,1% испитаника који су издавајали у просеку 2500-4999 динара из сопствених средстава за ванболничку здравствену заштиту у месецу који је претходио истраживању има 2 или више хроничних болести, док је међу онима који нису издавајали, нешто мање од трећине (31,2%) оних који имају 2 или више хроничних болести ($\chi^2=115,966$; $p<0,001$) (табела 8).

Табела 8 Присуство хроничних болести у односу на социјално-економске карактеристике испитаника и издвајање за ванболничку здравствену заштиту

Варијабле	Хроничне болести						Укупно		p
	Без морбидитета		1 болест		2 или више болести				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Образовање									
Виша и висока школа	14	16,7	19	22,6	51	60,7	84	100	0,427
Средња школа	28	13,0	38	17,7	149	69,3	215	100	
Основна школа	27	14,0	51	26,4	115	59,6	193	100	
Непотпуна основна школа и без основне школе	23	12,9	39	21,9	116	65,2	178	100	
Квинтили благостања									
Богати	19	14,2	30	22,4	85	63,4	134	100	0,820
Средњи слој	19	12,5	38	25,0	95	62,5	152	100	
Сиромашни	53	13,8	78	20,3	253	65,9	384	100	
Издајање „из чепа“ за ванболничку здравствену заштиту-вредност у динарима у претходне 4 недеље									
0 динара	47	37,6	39	31,2	39	31,2	125	100	<0,001
1-999 динара	11	12,1	29	31,9	51	56,0	91	100	
1000-2499 динара	16	9,5	33	19,6	119	70,8	168	100	
2500-4999 динара	2	2,1	15	15,8	78	82,1	95	100	
5000-9999 динара	9	11,7	9	11,7	59	76,6	77	100	
10000+ динара	7	6,3	20	17,9	85	75,9	112	100	

4.2.3. Активности дневног живота

Активности дневног живота (активности личне неге, *ADL*) подразумевају активности које су основне у погледу самобриге. У Војводини међу особама старости 65 и више година, мушкарци су у значајно већем проценту били без ограничења у обављању *ADL* (храњење, устајање или седање из столице/кревета, облачење и свлачење, употреба тоалета, купање/туширање) (81,7%) у поређењу са женама (71,5%) ($\chi^2=11,572$; $p=0,003$). Умерена до тешка ограничења имало је 8,2% жена и 7,0% мушкараца. У поређењу са осталим старосним категоријама, међу испитаницима старости 65-74 године је било статистички значајно више оних који немају ограничења (82,8%) у односу на остале, односно међу онима старости 85 и више година тек сваки други испитаник (48,9%) је био без ограничења ($\chi^2=39,631$; $p<0,001$). Умерена до тешка ограничења имало је 4,4% испитаника из најмлађе старосне категорије, сваки девети из средње (11,4%) и скоро сваки пети (17,0%) из групе најстаријих старих. Испитаници

који имају партнера (живи у брачној или ванбрачној заједници) у значајно већем проценту су били без ограничења у обављању *ADL* (81,4%) у поређењу са онима који немају партнера (69,4%) ($\chi^2=39,631$; $p<0,001$). Посматрано у односу на тип насеља у коме испитаници имају пребивалиште није било разлике у могућности обављања *ADL* ($\chi^2=4,066$; $p=0,131$) (табела 9).

Табела 9 Активности дневног живота (активности личне неге) у односу на демографске карактеристике испитаника

Варијабле	Активности дневног живота (активности личне неге)						Укупно		p
	Без ограничења		Лака ограничења		Умерена до тешка		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Пол									
Мушки	246	81,7	34	11,3	21	7,0	301	100	0,003
Женски	321	71,5	91	20,3	37	8,2	449	100	
Године старости у категоријама									
65-74	357	82,8	55	12,8	19	4,4	431	100	<0,001
75-84	187	68,5	55	20,1	31	11,4	273	100	
85+	23	48,9	16	34,0	8	17,0	47	100	
Брачно стање									
Живи у брачној или ванбрачној заједници	315	81,4	48	12,4	24	6,2	387	100	0,001
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	252	69,4	77	21,2	34	9,4	363	100	
Тип насеља									
Градска	336	78,1	64	14,9	30	7,0	430	100	0,131
Остала насеља	231	71,7	62	19,3	29	9,0	322	100	

Са растом степена образовања повећава се проценат испитаника који немају ограничења у обављању *ADL*. Међу испитаницима који имају завршену вишу или високу школу чак 86,7% нису имали ограничења, док је међу онима са непотпуном основном школом или без школе проценат значајно мањи (64,7%) ($\chi^2=25,811$; $p<0,001$). Скоро сваки десети испитаник (9,3%) са најнижим нивоом образовања је имао умерена до тешка ограничења у обављању активности личне неге, док је тај проценат двоструко мањи (4,4%) код испитаника са вишом и високом школом. Посматрано према индексу благостања, значајно више је особа које су без ограничења међу онима који су према индексу благостања у категорији богатих (86,2%) у односу на сиромашне (70,1%) ($\chi^2=20,407$; $p<0,001$). У односу на издвајање из сопствених средстава за ванболничку здравствену заштиту у месецу који је претходио истраживању, уочава се да међу онима

који нису издвајали или су најмање издвајали (мање од 1000 динара) је значајно већи проценат испитаника који су без ограничења у обављању *ADL* (82,5%, односно 85,8%) у односу на испитанике са већим издацима (65,9% у категорији 5000-9999 динара) ($\chi^2=21,114$; $p=0,020$) (табела 10).

Табела 10 Активности дневног живота (активности личне неге) у односу на социјално-економске карактеристике испитаника и издвајање за ванболничку здравствену заштиту

Варијабле	Активности дневног живота (активности личне неге)						Укупно		p
	Без ограничења		Лака ограничења		Умерена до тешка		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Образовање									
Виша и висока школа	78	86,7	8	8,9	4	4,4	90	100	<0,001
Средња школа	188	81,0	27	11,6	17	7,3	232	100	
Основна школа	162	75,7	35	16,4	17	7,9	214	100	
Непотпуна основна школа и без основне школе	139	64,7	56	26,0	20	9,3	215	100	
Квинтили благостања									
Богати	125	86,2	10	6,9	10	6,9	145	100	<0,001
Средњи слој	132	80,5	22	13,4	10	6,1	164	100	
Сиромашни	310	70,1	94	21,3	38	8,6	442	100	
Издајање „из цепа“ за ванболничку здравствену заштиту-вредност у динарима у претходне 4 недеље									
0 динара	118	82,5	19	13,3	6	4,2	143	100	0,020
1-999 динара	91	85,8	12	11,3	3	2,8	106	100	
1000-2499 динара	130	71,4	38	20,9	14	7,7	182	100	
2500-4999 динара	78	73,6	18	17,0	10	9,4	106	100	
5000-9999 динара	58	65,9	17	19,3	13	14,8	88	100	
10000+ динара	92	74,2	21	16,9	11	8,9	124	100	

4.2.4. Инструменталне активности дневног живота

Под инструменталним активностима (*IADL*) подразумевају се функције везане за самосталност у комуницирању са средином, као што су припремање хране, коришћење телефона, куповина, узимање терапије, лакши кућни послови, повремене тежи кућни послови, вођење рачуна о финансијама.

Посматрајући у односу на пол, без значајне разлике 39,8% мушкараца и 34,0% жена није имало ограничења у обављању *IADL*. Лака ограничења је имало 31,4% мушкараца и 38,1% жена, док је умерена до тешка ограничења имало 28,8% мушкараца и 27,9% жена.

Скоро сваки други испитаник (44,2%) старости 85 и више година имао је умерена до тешка ограничења у обављању активности, 37,0% испитаника из категорије 75-84 године и 21,2% из најмлађе категорије. У значајно већем броју испитаници из најмлађе категорије су били без ограничења у обављању *IADL* (45,2%) у односу на најстарије (16,3%) ($\chi^2=43,149$; $p<0,001$).

Резултати показују да су особе старости 65 и више година на територији Војводине које имају партнера биле у већем броју (40,5%) без ограничења у обављању *IADL* у односу на оне који га немају (31,7%) ($\chi^2=6,317$; $p=0,042$). Скоро сваки трећи испитаник из категорије нежењен/а, разведен/а, удовац/а (30,5%), односно сваки четврти који живи у брачној или ванбрачној заједници (26,2%) је имао умерена до тешка ограничења.

У односу на тип насеља у коме живе испитаници, уочава се да они који живе у руралним насељима у значајно већем броју (34,9%) су имали умерена до тешка ограничења у односу на становнике градских насеља (23,2%) ($\chi^2=16,651$; $p<0,001$). Тек скоро сваки трећи испитаник који живи у насељима ван града (29,2%) није имао ограничења у обављању *IADL* (табела 11).

Табела 11 Инструменталне активности дневног живота (кућне активности) у односу на демографске карактеристике испитаника

Варијабле	Инструменталне активности дневног живота (кућне активности)						Укупно		p
	Без ограничења		Лака ограничења		Умерена до тешка		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Пол									
Мушки	119	39,8	94	31,4	86	28,8	299	100	0,142
Женски	151	34,0	169	38,1	124	27,9	444	100	
Године старости у категоријама									
65-74	194	45,2	144	33,6	91	21,2	429	100	<0,001
75-84	68	25,2	102	37,8	100	37,0	270	100	
85+	7	16,3	17	39,5	19	44,2	43	100	
Брачно стање									
Живи у брачној или ванбрачној заједници	156	40,5	128	33,2	101	26,2	385	100	0,042
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	113	31,7	135	37,8	109	30,5	357	100	
Тип насеља									
Градска насеља	178	41,7	150	35,1	99	23,2	427	100	<0,001
Остала насеља	92	29,2	113	35,9	110	34,9	315	100	

Уколико анализирамо обављање *IADL* у односу на степен образовања, уочава се да што је већи степен образовања испитаника више је оних који немају ограничења, (58,9% у случају више и високе школе vs 22,7% код испитаника са непотпуном основном школом и без основне школе) ($\chi^2=48,771$; $p<0,001$). Чак две петине испитаника (40,3%) из категорије са најнижим нивоом образовања имало је умерена до тешка ограничења, док из категорије са највишим нивоом тек сваки 11 испитаник (8,9%).

И у случају материјалног стања испитаника може се закључити да постоје статистички значајне разлике. Сваки други испитаник из категорије богатих (51,7%) нема ограничења, док из категорије сиромашних тек скоро сваки трећи (30,5%) ($\chi^2=21,555$; $p<0,001$).

У односу на издвајање „из џепа“ за ванболничку здравствену заштиту у претходне 4 недеље уочава се да нема статистички значајних разлика међу испитаницима (табела 12).

Табела 12 Инструменталне активности дневног живота (кућне активности) у односу на социјално-економске карактеристике испитаника и издвајање за ванболничку здравствену заштиту

Варијабле	Инструменталне активности дневног живота (кућне активности)						Укупно		p
	Без ограничења		Лака ограничења		Умерена до тешка		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Образовање									
Виша и висока школа	53	58,9	29	32,2	8	8,9	90	100	<0,001
Средња школа	94	40,3	77	33,0	62	26,6	233	100	
Основна школа	74	35,6	79	38,0	55	26,4	208	100	
Непотпуна основна школа и без основне школе	48	22,7	78	37,0	85	40,3	211	100	
Квинтили благостања									
Богати	74	51,7	39	27,3	30	21,0	143	100	<0,001
Средњи слој	62	38,0	58	35,6	43	26,4	163	100	
Сиромашни	133	30,5	166	38,1	137	31,4	436	100	
Издајање „из цепа“ за ванболничку здравствену заштиту-вредност у динарима у претходне 4 недеље									
0 динара	51	35,9	51	35,9	40	28,2	142	100	0,070
1-999 динара	44	41,5	45	42,5	17	16,0	106	100	
1000-2499 динара	57	31,8	67	37,4	55	30,7	179	100	
2500-4999 динара	33	31,1	37	34,9	36	34,0	106	100	
5000-9999 динара	30	34,9	26	30,2	30	34,9	86	100	
10000+ динара	54	44,6	36	29,8	31	25,6	121	100	

Жене у већем броју у односу на мушкарце наводе да су у претходних 6 месеци или дуже биле ограничене због здравствених проблема у обављању активности које други обично обављају (63,7% vs 55,2%) ($\chi^2=8,697$; $p=0,013$).

Две петине испитаника (40,9%) се изјаснило да није имало телесни бол у претходне четири недеље, а међу онима који су имали јак или врло јак бол више је жена него мушкараца (26,2% vs 13,9%, $\chi^2=28,605$; $p<0,001$) (табела 13).

Табела 13 Ограничења због здравствених проблема и присуство бола у односу на пол

Варијабле	ПОЛ				Укупно		p
	Мушки		Женски		n	%	
	n	%	n	%			
Ограничење због здравствених проблема у обављању активности које други обично обављају							
Нису уопште били ограничени	134	44,8	165	36,8	299	40,0	0,013
Ограничени али не озбиљно	89	29,8	180	40,2	269	36,0	
Озбиљно ограничени	76	25,4	103	23,5	179	24,0	
Телесни бол у претходне 4 недеље							
Без бола	151	50,0	156	34,8	307	40,9	<0,001
Веома слаб	29	9,6	31	6,9	60	8,0	
Слаб	26	8,6	38	8,5	64	8,5	
Умерен	54	17,9	106	23,7	160	21,3	
Јак	31	10,3	97	21,7	128	17,1	
Веома јак	11	3,6	20	4,5	31	4,1	

4.2.5. Ментално здравље-депресија

Према РНQ-8, сваки девети испитаник (11,1%) је имао знаке депресивне епизоде, односно вредност скорa ≥ 10 , при чему жене у значајно већем броју у односу на мушкарце (12,3% vs 9,4%, $\chi^2=9,466$; $p=0,050$). У односу на категорије депресије, највећи проценат испитаника је имао благу депресивну епизоду (скор 10-14; 5,0%), док је знаке тешке депресивне епизоде имало 2,1% испитаника (скор 20-24). Благи депресивни симптоми (скор 5-9) су били присутни код 15% испитаника (табела 14).

Табела 14 Заступљеност депресије (РНQ-8 скор) у односу на пол

Варијабле	ПОЛ				Укупно		p
	Мушки		Женски		n	%	
	n	%	n	%			
Присуство депресије (РНQ-8 скор)							
0-4 Нема депресије	239	79,7	313	70,0	552	73,9	0,050
5-9 Благи депресивни симптоми	33	11,0	79	17,7	112	15,0	
10-14 Блага депресивна епизода	11	3,7	26	5,8	37	5,0	
15-19 Умерено тешка депресивна епизода	11	3,7	19	4,3	30	4,0	
20-24 Тешка депресивна епизода	6	2,0	10	2,2	16	2,1	

Међу женама, значајно више у односу на мушкарце ($\chi^2=9,164$; $p=0,010$) чак 17,7% је имало благе депресивне симптоме а 12,3% знаке депресивне епизоде (табела 15). Процент испитаника са знацима депресивне епизоде расте са годинама. Разлика у присуству депресије у односу на старост је статистички значајна ($\chi^2=17,772$; $p=0,001$). Међу испитаницима старости 65-74 године сваки тринаести испитаник (7,4%) је имао знакове депресивне епизоде, у категорији 75-84 године сваки седми (14,8%), док је у категорији испитаника старости 85 и више година чак сваки четврти (23,9%).

У односу на брачни статус, резултати показују да је код испитаника који имају партнера (у брачној или ванбрачној заједници) значајно већи проценат оних који немају симптоме депресије (79,1%) у односу на оне који су из категорије неожењен/а, разведен/а, удовац/га (68,4%) ($\chi^2=15,685$; $p<0,001$). Процент испитаника са знацима депресивне епизоде је био чак двоструко већи међу онима који немају партнера (15,5%) у односу на оне који га имају (7,0%). Према месту становања није било статистички значајних разлика у заступљености депресије међу испитаницима (табела 15).

Табела 15 Заступљеност депресије у односу на демографске карактеристике испитаника

Варијабле	Депресија						Укупно		p
	Без симптома депресије		Благи депресивни симптоми		Депресивна епизода				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Пол									
Мушки	240	79,7	33	11,0	28	9,3	301	100	0,010
Женски	313	70,0	79	17,7	55	12,3	447	100	
Године старости у категоријама									
65-74	335	77,7	64	14,8	32	7,4	431	100	0,001
75-84	190	70,1	41	15,1	40	14,8	271	100	
85+	28	60,9	7	15,2	11	23,9	46	100	
Брачно стање									
Живи у брачној или ванбрачној заједници	306	79,1	54	14,0	27	7,0	387	100	<0,001
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	247	68,4	58	16,1	56	15,5	361	100	
Тип насеља									
Градска насеља	327	76,4	61	14,3	40	9,3	428	100	0,140
Остала насеља	226	70,6	51	15,9	43	13,4	320	100	

Уколико посматрамо заступљеност депресије у односу на степен образовања испитаника уочава се да је највећи проценат испитаника са знацима депресивне епизоде међу онима са најнижим нивоом образовања (непотпуна основна школа и без основне школе), чак 15,1%, док је најмањи код испитаника са највишим нивоом образовања (3,4%), при чему је разлика статистички значајна ($\chi^2=18,829$; $p=0,004$).

И у случају индекса благостања испитаника уочава се да постоји статистички значајна разлика међу испитаницима. Учесталост депресивне епизоде је најнижа међу испитаницима који припадају богатом слоју (5,6%), а проценат испитаника са депресивном епизодом се повећава са смањењем индекса благостања и достиже 13,6% код сиромашних ($\chi^2=9,831$; $p=0,043$).

Скоро сваки пети испитаник (18,2%) који је издвајао за ванболничку здравствену заштиту из сопствених средстава у просеку 5000-9999 динара у месецу који је претходно истраживању имао је знаке депресивне епизоде, док је међу испитаницима који нису издвајали тај проценат значајно мањи ($\chi^2=29,012$; $p=0,001$) (табела 16).

Табела 16 Заступљеност депресије у односу на социјално-економске карактеристике испитаника и издвајање за ванболничку здравствену заштиту

Варијабле	Депресија						Укупно		p
	Без симптома депресије		Благи депресивни симптоми		Депресивна епизода				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Образовање									
Виша и висока школа	75	84,3	11	12,4	3	3,4	89	100	0,004
Средња школа	183	78,5	30	12,9	20	8,6	233	100	
Основна школа	157	73,4	29	13,6	28	13,1	214	100	
Непотпуна основна школа и без основне школе	138	65,1	42	19,8	32	15,1	212	100	
Квинтили благостања									
Богати	117	81,3	19	13,2	8	5,6	144	100	0,043
Средњи слој	125	76,7	24	14,7	14	8,6	163	100	
Сиромашни	311	70,7	69	15,7	60	13,6	440	100	
Издајање „из чепа“ за ванболничку здравствену заштиту-вредност у динарима у претходне 4 недеље									
0 динара	123	86,0	12	8,4	8	5,6	143	100	0,001
1-999 динара	87	82,1	12	11,3	7	6,6	106	100	
1000-2499 динара	134	73,6	30	16,5	18	9,9	182	100	
2500-4999 динара	69	65,1	23	21,7	14	13,2	106	100	
5000-9999 динара	59	67,0	13	14,8	16	18,2	88	100	
10000+ динара	82	66,1	22	17,7	20	16,1	124	100	

Уколико посматрамо заступљеност депресије у односу на број особа на које могу да рачунају испитаници када имају озбиљне проблеме уочавамо да се са повећањем броја особа на које могу да рачунају повећава и удео испитаника без симптома депресије, односно међу старим особама које немају социјалну подршку чак 28,6% је имао депресивну епизоду, док међу онима који могу да рачунају на 6 или више особа тек 1,9% је са знацима депресивне епизоде ($\chi^2=28,203$; $p<0,001$).

Такође, међу испитаницима који су се изјаснили да су други људи мало или нимало заинтересовани шта им се дешава у животу 27,3% има депресивну епизоду, док међу онима који сматрају да су други људи заинтересовани за дешавања у њиховом животу значајно мањи број има депресивну епизоду (9,4%) ($\chi^2=19,166$; $p=0,001$).

Међу старим особама са јаком социјалном подршком сваки осамнаести испитаник је имао депресивну епизоду (5,7%), док је међу онима за лошом чак свака пета особа са знацима депресивне епизоде (21,2%) ($\chi^2=25,452$; $p<0,001$) (табела 17).

Табела 17 Заступљеност депресије у односу на социјалну подршку

Варијабле	Депресија						Укупно		p
	Без симптома депресије		Благи депресивни симптоми		Депресивна епизода				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Број особа на које могу да рачунају када имају озбиљне проблеме (Процент старог становништва без социјалне подршке)									
Немају особу	12	57,1	3	14,3	6	28,6	21	100	<0,001
1-2 особе	236	67,8	60	17,2	52	14,9	348	100	
3-5 особа	216	78,3	37	13,4	23	8,3	276	100	
6 или више особа	90	86,5	12	11,5	2	1,9	104	100	
Процент старог становништва за које су други људи заинтересовани шта им се дешава у животу									
Заинтересовани	484	76,0	93	14,6	60	9,4	637	100	0,001
Нису ни заинтересовани ни незаинтересовани	36	65,5	12	21,8	7	12,7	55	100	
Мало или нимало заинтересовани	33	60,0	7	12,7	15	27,3	55	100	
Социјална подршка (Осло-3 скала)									
Јака	189	83,3	25	11,0	13	5,7	227	100	<0,001
Умерена	292	72,5	67	16,6	44	10,9	403	100	
Лоша	73	61,9	20	16,9	25	21,2	118	100	

4.2.6. Орално здравље

Мушкарци и жене скоро подједнако процењују стање зуба и усне дупље, при чему више од половине испитаника (60,4%) га оцењује као лоше односно веома лоше. Значајно већи број жена у односу на мушкарце има тоталну протезу (31,3% vs 21,3%) ($\chi^2=11,106$; $p=0,004$) (табела 18).

Табела 18 Самопроцена стања зуба и усне дупље и коришћење денталне протезе у односу на пол

Варијабле	ПОЛ				Укупно		p
	Мушки		Женски		n	%	
	n	%	n	%			
Самопроцена стања зуба и усне дупље							
Веома добро	11	3,7	10	2,2	21	2,8	0,253
Добро	55	18,4	65	14,5	120	16,1	
Просечно	64	21,4	91	20,4	155	20,8	
Лоше	103	34,4	157	35,1	260	34,9	
Веома лоше	66	22,1	124	27,7	190	25,5	
Да ли имате протезу?							
Да, имам тоталну	63	21,3	139	31,3	202	27,3	0,004
Да, имам парцијалну	71	24,0	111	25,0	182	24,6	
Немам протезу	162	54,7	194	43,7	356	48,1	

Свега 12,3% мушкараца и 8,3% жена се изјаснило да им недостаје 5 или мање зуба. Чак две петине жена (41,1%) и скоро једна трећина мушкараца (30,9%) нема ниједан зуб. Разлике у односу на пол су статистички значајне ($\chi^2=9,282$; $p=0,010$) (табела 19).

Са старосћу се значајно повећава проценат испитаника којима недостају сви зуби, и креће се од 30,9% у најмлађој категорији до 58,7% међу најстаријим испитаницима ($\chi^2=23,339$; $p<0,001$).

У односу на брачно стање испитаника, уочава се да је статистички значајно већи проценат испитаника који немају ниједан зуб међу испитаницима који немају партнера (42,8%) у односу на оне који живе у брачној или ванбрачној заједници (31,4%) ($\chi^2=10,411$; $p=0,005$). Чак 57,7% испитаника који живе са партнером се изјаснило да им недостаје 6 и више зуба али не сви.

Посматрано у односу на тип насеља, испитаницима који живе у насељима ван града недостаје већи број зуба и та разлика је статистички значајна ($\chi^2=8,814$; $p=0,012$) (табела 19).

Табела 19 Број зуба који недостаје испитаницима у односу на демографске карактеристике

Варијабле	Број зуба који им недостаје						Укупно		p
	0-5 зуба		6 и више, али не сви		Сви (нема ниједан зуб)		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Пол									
Мушки	37	12,3	171	56,8	93	30,9	301	100	0,010
Женски	37	8,3	227	50,7	184	41,1	448	100	
Године старости у категоријама									
65-74	53	12,3	245	56,8	133	30,9	431	100	<0,001
75-84	18	6,6	137	50,4	117	43,0	272	100	
85+	3	6,5	16	34,8	27	58,7	46	100	
Брачно стање									
Живи у брачној или ванбрачној заједници	42	10,8	224	57,7	122	31,4	388	100	0,005
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	32	8,8	175	48,3	155	42,8	362	100	
Тип насеља									
Градска насеља	54	12,6	217	50,6	158	36,8	429	100	0,012
Остала насеља	20	6,2	182	56,7	119	37,1	321	100	

Опадањем степена образовања, прогресивно расте проценат испитаника који имају потпуни недостатак зуба, од 27,0% у категорији високообразованих до чак 45,6% код испитаника са непотпуном основном школом и без основне школе ($\chi^2=21,007$; $p=0,002$). Скоро сваком петом испитанику (18,0%) из категорије са вишом и високом школом је недостајало мање од 6 зуба (табела 20).

Анализа резултата о недостатку зуба у односу на индекс благостања указује да скоро две петине испитаника (38,8%) из категорије сиромашних, нешто мало мање (37,8%) из категорије средњег слоја и скоро трећина испитаника из богатог слоја (30,3%) је безуба. Присутне разлике међу испитаницима нису статистички значајне ($\chi^2=8,738$; $p=0,068$).

Када говоримо о броју зуба који недостаје испитаницима, није било значајних разлика у односу на издвајање за ванболничку здравствену заштиту из сопствених средстава ($\chi^2=7,747$; $p=0,645$) (табела 20).

Табела 20 Број зуба који недостаје испитаницима у односу на социјално-економске карактеристике испитаника и издвајање за ванболничку здравствену заштиту

Варијабле	Број зуба који им недостаје						Укупно		p
	0-5 зуба		6 и више, али не сви		Сви (нема ниједан зуб)				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Образовање									
Виша и висока школа	16	18,0	49	55,1	24	27,0	89	100	0,002
Средња школа	27	11,6	127	54,7	78	33,6	232	100	
Основна школа	13	6,1	123	58,0	76	35,8	212	100	
Непотпуна основна школа и без основне школе	17	7,9	100	46,5	98	45,6	215	100	
Квинтили благостања									
Богати	22	15,2	79	54,5	44	30,3	145	100	0,068
Средњи слој	18	11,0	84	51,2	62	37,8	164	100	
Сиромашни	34	7,7	236	53,5	171	38,8	441	100	
Издајање „из чепа“ за ванболничку здравствену заштиту-вредност у динарима у претходне 4 недеље									
0 динара	15	10,6	81	57,4	45	31,9	141	100	0,645
1-999 динара	13	12,1	54	50,5	40	37,4	107	100	
1000-2499 динара	21	11,5	97	53,0	65	35,5	183	100	
2500-4999 динара	11	10,4	51	48,1	44	41,5	106	100	
5000-9999 динара	8	9,0	46	51,7	35	39,3	89	100	
10000+ динара	6	4,8	69	55,6	49	39,5	124	100	

4.2.7. Стање ухрањености, хипертензија и стил живота

4.2.7.1. Стање ухрањености

Међу мушкарцима, 27,0% су нормално ухрањени. Сваки други мушкарац је предгојазан (49,1%), а скоро сваки четврти гојазан (23,5%). Тек свака четврта жена (24,2%) је нормално ухрањена, док је свака трећа (33,3%) гојазна. У значајно већем проценту су жене гојазне, а мушкарци предгојазни ($\chi^2=14,442$; $p=0,002$).

Посматрано према старосним категоријама, проценат гојазних је највећи у старосној категорији 65-74 године, чак 33,2% и са старошћу опада ($\chi^2=60,204$; $p<0,001$).

У односу на брачно стање, предгојазних и гојазних је значајно више међу онима који живе у браку или ванбрачној заједници (77,2%), у односу на оне који немају партнера (68,0%) ($\chi^2=11,593$; $p=0,009$).

Тип насеља у коме испитаници имају пребивалиште није значајно утицао на стање ухрањености испитаника ($\chi^2=2,686$; $p=0,443$) (табела 21).

Табела 21 Стање ухрањености у односу на демографске карактеристике испитаника

Варијабле	Ухрањеност								Укупно	р	
	Потхрањени		Нормално ухрањени		Предгојазни		Гојазни				
	п	%	п	%	п	%	п	%			
Пол											
Мушки	1	0,4	76	27,0	138	49,1	66	23,5	281	100	0,002
Женски	11	2,7	99	24,2	163	39,9	136	33,3	409	100	
Године старости у категоријама											
65-74	2	0,5	94	22,9	178	43,4	136	33,2	410	100	<0,001
75-84	3	1,3	72	30,0	108	45,0	57	23,8	240	100	
85+	6	15,8	10	26,3	14	36,8	8	21,1	38	100	
Брачно стање											
Живи у брачној или ванбрачној заједници	2	0,6	80	22,2	163	45,3	115	31,9	360	100	0,009
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	10	3,0	95	29,0	137	41,8	86	26,2	328	100	
Тип насеља											
Градска насеља	5	1,3	108	27,0	169	42,3	118	29,5	400	100	0,443
Остала насеља	7	2,4	67	23,3	131	45,5	83	28,8	288	100	

Највише гојазних је међу испитаницима са најнижим нивоом образовања (основна, непотпуна основна школа и без основне школе) (30,3%). Такође, и највише потхрањених је у овој образовној категорији (2,1%) али присутне разлике нису статистички значајне ($\chi^2=3,114$; $p=0,794$).

Према индексу благостања, такође није било разлике међу испитаницима у стању ухрањености. Међу онима који су највише издвајали за ванболничку здравствену заштиту три четвртине испитаника (74,5%) је било предгојазно односно гојазно. Међу онима који нису издвајали у месецу који је претходио истраживању сваки трећи је био нормално ухрањен (33,6%). Присутне разлике нису статистички значајне (табела 22).

Табела 22 Стање ухрањености у односу на социјално-економске карактеристике испитаника и издвајање за ванболничку здравствену заштиту

Варијабле	Ухрањеност								Укупно	р	
	Потхрањени		Нормално ухрањени		Предгојазни		Гојазни				
	п	%	п	%	п	%	п	%			
Образовање											
Виша и висока школа	1	1,1	26	29,2	39	43,8	23	25,8	89	100	0,794
Средња школа	3	1,4	48	22,9	99	47,1	60	28,6	210	100	
Основна, непотпуна основна школа и без основне школе	8	2,1	101	26,0	162	41,6	118	30,3	389	100	
Квинтили благостања											
Богати	0	0	34	25,0	62	45,6	40	29,4	136	100	0,729
Средњи слој	3	1,9	37	24,0	70	45,5	44	28,6	154	100	
Сиромашни	9	2,3	104	26,1	169	42,4	117	29,3	399	100	
Издајање „из цепа“ за ванболничку здравствену заштиту-вредност у динарима у претходне 4 недеље											
0 динара	3	2,3	44	33,6	53	40,5	31	23,7	131	100	0,351*
1-999 динара	2	2,0	27	26,7	47	46,5	25	24,8	101	100	
1000-2499 динара	6	3,6	38	22,5	70	41,1	55	32,5	169	100	
2500-4999 динара	0	0	20	20,2	49	49,5	30	30,3	99	100	
5000-9999 динара	2	2,6	18	23,4	35	45,5	22	28,6	77	100	
10000+ динара	0	0	29	25,4	47	41,2	38	33,3	114	100	

*због малог броја испитаника из категорије потхрањени у анализи су придружени категорији нормално ухрањених

4.2.7.2. Хипертензија

Према методологији, сматрало се да испитаник има хипертензију уколико је просечна вредност систолног крвног притиска ≥ 140 mmHg или дијастолног крвног притиска ≥ 90 mmHg или уколико је особа одговорила да узима лекове за снижавање крвног притиска без обзира на висину крвног притиска. Хипертензију или потенцијалну хипертензију је имало чак 85,3% испитаника без значајних разлика у односу на пол (табела 23), док се свега 61,8% испитаника изјаснило да болује од хипертензије (табела 6). Просечна вредност систолног крвног притиска је била 151,09 mmHg (SD=22,90) а дијастолног крвног притиска 83,37 mmHg (SD=12,07) (табела 23).

Табела 23 Преваленција хипертензије и вредност систолног и дијастолног крвног притиска у односу на пол

Варијабле	ПОЛ				Укупно		p
	Мушки		Женски		n	%	
	n	%	n	%			
Преваленца хипертензије и потенцијалне хипертензије							
Нема хипертензију	52	17,6	55	12,6	107	14,7	0,078
Има хипертензију	243	82,4	380	87,4	623	85,3	
Систолни крвни притисак ($\bar{X} \pm SD$)	149,41 \pm 22,41		152,20 \pm 23,18		151,09 \pm 22,90		0,095
Дијастолни крвни притисак ($\bar{X} \pm SD$)	83,85 \pm 12,27		83,06 \pm 11,94		83,37 \pm 12,07		0,495

Највећи проценат испитаника са хипертензијом је био међу најстаријим испитаницима (92,7%), али присутне разлике нису значајне. Такође, у односу на брачно стање испитаника не уочавају се разлике, као ни у погледу места становања (табела 24).

Табела 24 Присуство хипертензије у односу на демографске карактеристике испитаника

Варијабле	Хипертензија				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Године старости у категоријама							
65-74	357	84,4	66	15,6	423	100	0,360
75-84	227	85,3	39	14,7	266	100	
85+	38	92,7	3	7,3	41	100	
Брачно стање							
Живи у брачној или ванбрачној заједници	318	83,9	61	16,1	379	100	0,347
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	305	86,6	47	13,4	352	100	
Тип насеља							
Градска насеља	355	85,1	62	14,9	417	100	0,950
Остала насеља	267	85,6	45	14,4	312	100	

У односу на степен образовања, уочава се да је највећи проценат испитаника којима су измерене нормалне вредности крвног притиска, односно не узимају лекове за снижавање крвног притиска у категорији са завршеном средњом школом (20,0%), док их значајно мање има међу онима који имају непотпуну основну школу или су без школе (9,3%) ($\chi^2=10,725$; $p=0,013$).

Посматрано према индексу благостања, најмања заступљеност хипертензије је била међу испитаницима из богатог слоја (80,7%) у односу на остале, али разлика није значајна. Ни у погледу издвајања за ванболничку здравствену заштиту из сопствених средстава није било значајних разлика у преваленцији хипертензије (табела 25).

Табела 25 Присуство хипертензије у односу на социјално-економске карактеристике испитаника

Варијабле	Повишен крвни притисак				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Образовање							
Виша и висока школа	73	83,0	15	17,0	88	100	0,013
Средња школа	184	80,0	46	20,0	230	100	
Основна школа	180	87,0	27	13,0	207	100	
Непотпуна основна школа и без основне школе	185	90,7	19	9,3	204	100	
Квинтили благостања							
Богати	113	80,7	27	19,3	140	100	0,228
Средњи слој	136	86,1	22	13,9	158	100	
Сиромашни	373	86,5	58	13,5	431	100	
Идвајање „из цепа“ за ванболничку здравствену заштиту-вредност у динарима у претходне 4 недеље							
0 динара	112	83,0	23	17,0	135	100	0,603
1-999 динара	90	84,1	17	15,9	107	100	
1000-2499 динара	156	87,6	22	12,4	178	100	
2500-4999 динара	91	87,5	13	12,5	104	100	
5000-9999 динара	70	80,5	17	19,5	87	100	
10000+ динара	103	86,6	16	13,4	119	100	

4.2.7.3. Фактори ризика

У односу на пол, значајно је више мушкараца који су пушачи (19,0% vs 11,1%), односно бивши пушачи (40,3% vs 9,9%) у односу на жене ($\chi^2=111,772$; $p<0,001$). Са старосћу значајно опада проценат пушача међу испитаницима, од 17,7% у категорији 65-74 године, до 2,7% међу најстаријима ($\chi^2=11,981$; $p=0,017$). Статистички значајно је више непушача међу онима који живе без партера (72,7%) у односу на оне који га имају (55,8%) ($\chi^2=23,788$; $p<0,001$). И у односу на степен образовања и квинтиле благостања испитаника постоје значајне разлике. Најмањи проценат пушача је међу испитаницима са најнижим нивоом образовања (7,9%), а највећи међу испитаницима са завршеном средњом школом (19,0%) ($\chi^2=52,835$; $p<0,001$), док у односу на квинтиле благостања,

највећи проценат пушача је међу богатима (20,0%), а најмањи код испитаника који припадају сиромашном слоју (11,5%) ($\chi^2=16,884$; $p=0,002$) (табела 26).

Табела 26 Навика пушења у односу на демографске и социјално-економске карактеристике испитаника

Варијабле	Пушење						Укупно		p
	Непушач		Бивши пушач		Пушач		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Пол									
Мушки	112	40,9	110	40,1	52	19,0	274	100	<0,001
Женски	319	79,0	40	9,9	45	11,1	404	100	
Године старости у категоријама									
65-74	238	59,4	92	22,9	71	17,7	401	100	0,017
75-84	166	68,3	51	21,0	26	10,7	243	100	
85+	28	75,7	8	21,6	1	2,7	37	100	
Брачно стање									
Живи у брачној или ванбрачној заједници	198	55,8	103	29,0	54	15,2	355	100	<0,001
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	234	72,2	47	14,5	43	13,3	324	100	
Тип насеља									
Градска насеља	241	62,0	89	22,9	59	15,2	389	100	0,582
Остала насеља	190	65,7	61	21,1	38	13,1	289	100	
Образовање									
Виша и висока школа	48	55,2	26	29,9	13	14,9	87	100	<0,001
Средња школа	100	47,6	70	33,3	40	19,0	210	100	
Основна школа	132	68,4	31	16,1	30	15,5	193	100	
Непотпуна основна школа и без основне школе	151	79,9	23	12,2	15	7,9	189	100	
Квинтили благостања									
Богати	65	50,0	39	30,0	26	20,0	130	100	0,002
Средњи слој	90	60,0	34	22,7	26	17,3	150	100	
Сиромашни	276	69,0	78	19,5	46	11,5	400	100	

Осам од десет жена се изјаснило да не конзумира алкохол (81,0%), а међу мушкарцима тек сваки други (44,9%). Чак сваки трећи мушкарац (33,5%) конзумира алкохол 1-2 дана у недељи и чешће, док је међу женама тај проценат значајно мањи (6,6%) ($\chi^2=106,257$; $p<0,001$). У односу на старост, уочава се да најчесталије конзумирају алкохол испитаници из категорије 65-74 године, и то сваки пети (19,5%) конзумира алкохол 1-2 дана недељно и чешће, док међу најстаријим испитаницима тек сваки једанаести (8,6%), али разлике нису статистички значајне ($\chi^2=7,978$; $p=0,092$). Према типу насеља у коме испитаници живе, значајно је више оних који не конзумирају алкохол у насељима ван града (72,1% vs. 61,9%) ($\chi^2=11,066$; $p=0,004$). Чак сваки трећи

испитаник (35,4%) са вишом или високом школом конзумира алкохол 1-2 дана недељно и чешће, а проценат се смањује са падом степена образовања, до 10,9% међу онима са непотпуном основном школом и без основне школе ($\chi^2=58,429$; $p<0,001$). Присутне су статистички значајне разлике у конзумирању алкохола међу испитаницима у односу на припадност квинтилима благостања, с тим да је највећи проценат оних који не конзумирају алкохол међу сиромашнима ($\chi^2=26,474$; $p<0,001$) (табела 27).

Табела 27 Конзумирање алкохола у односу на демографске и социјално-економске карактеристике испитаника

Варијабле	Алкохол						Укупно		p
	Никада не конзумира или не у протеклих 12 месеци		1-3 дана месечно и ређе		1-2 дана недељно и чешће				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Пол									
Мушки	122	44,9	59	21,7	91	33,5	272	100	<0,001
Женски	319	81,0	49	12,4	26	6,6	394	100	
Године старости у категоријама									
65-74	244	62,6	70	17,9	76	19,5	390	100	0,092
75-84	168	69,7	35	14,5	38	15,8	241	100	
85+	29	82,9	3	8,6	3	8,6	35	100	
Брачно стање									
Живи у брачној или ванбрачној заједници	203	58,2	64	18,3	82	23,5	349	100	<0,001
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	238	75,3	44	13,9	34	10,8	316	100	
Тип насеља									
Градска насеља	237	61,9	77	20,1	69	17,0	383	100	0,004
Остала насеља	204	72,1	31	11,0	48	17,0	283	100	
Образовање									
Виша и висока школа	32	39,0	21	25,6	29	35,4	82	100	<0,001
Средња школа	122	58,1	44	21,0	44	21,0	210	100	
Основна школа	135	72,2	29	15,5	23	12,3	187	100	
Непотпуна основна школа и без основне школе	150	81,5	14	7,6	20	10,9	184	100	
Квинтили благостања									
Богати	65	50,0	32	24,6	33	25,4	130	100	<0,001
Средњи слој	89	61,8	24	16,7	31	21,5	144	100	
Сиромашни	286	73,5	51	13,1	52	13,4	389	100	

4.2.8. Социјални аспект здравља

Резултати показују да 2,7% старог становништва нема социјалну подршку, односно нема особу на коју може да рачуна кад има озбиљне проблеме, без значајне разлике у односу на пол. Сваки други испитаник (46,6%) је сматрао да може да рачуна на 1 или 2 особе, а сваки трећи (36,8%) на 3 до 5 особа. Чак 85,1% испитаника сматра да су људи веома или донекле заинтересовани за оно што они раде или што им се дешава у животу, а 3,3% испитаника сматра да нису нимало заинтересовани (табела 28).

Табела 28 Број блиских особа на које могу да рачунају када имају озбиљне проблеме и проценат старог становништва за које су други људи заинтересовани шта им се дешава у животу у односу на пол

Варијабле	ПОЛ				Укупно		p
	Мушки		Женски		n	%	
	n	%	n	%			
Број блиских особа на које могу да рачунају када имају озбиљне проблеме							
Немају особу	6	2,0	14	3,1	20	2,7	0,384
1-2 особе	132	43,7	218	48,6	350	46,6	
3-5 особа	119	39,4	157	35,0	276	36,8	
6 или више особа	45	14,9	60	13,4	105	14,0	
Процент старог становништва за које су други људи заинтересовани шта им се дешава у животу							
Веома заинтересовани	156	51,7	220	48,9	376	50,0	0,809
Донекле заинтересовани	100	33,1	164	36,4	264	35,1	
Нису ни заинтересовани ни незаинтересовани	25	8,3	31	6,9	56	7,4	
Мало заинтересовани	11	3,6	20	4,4	31	4,1	
Нимало нису заинтересовани	10	3,3	15	3,3	25	3,3	

Уколико анализирамо социјалну подршку приказану преко Осло-3 скале, уочавамо да је сваки трећи мушкарац (33,1%) старости 65 и више година у Војводини, имао јаку социјалну подршку, међу женама било их је нешто мање (28,7%). Без разлике у односу на пол, 14,6% мушкараца и 16,4% жена је имало лошу социјалну подршку ($\chi^2=1,800$; $p=0,407$).

Са старосћу опада проценат испитаника са јаком социјалном подршком од 33,9% у најмлађој категорији (65-74 године) до 23,4 у категорији 85 и више година, али разлике нису статистички значајне ($\chi^2=8,971$; $p=0,062$).

Такође, у односу на брачни статус испитаника, нема значајних разлика ($\chi^2=2,932$; $p=0,231$), као ни у односу на место становања ($\chi^2=1,914$; $p=0,384$) (табела 29).

Табела 29 Социјална подршка у односу на демографске карактеристике испитаника

Варијабле	Социјална подршка (Осло-3 скала)						Укупно		p
	Јака		Умерена		Лоша		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Пол									
Мушки	100	33,1	158	52,3	44	14,6	302	100	0,407
Женски	129	28,7	247	54,9	74	16,4	450	100	
Године старости у категоријама									
65-74	146	33,9	217	50,3	68	15,8	431	100	0,062
75-84	72	26,4	163	59,7	38	13,9	273	100	
85+	11	23,4	25	53,2	11	23,4	47	100	
Брачно стање									
Живи у брачној или ванбрачној заједници	123	31,8	212	54,8	52	13,4	387	100	0,231
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	106	29,2	192	52,9	65	17,9	363	100	
Тип насеља									
Градска насеља	137	31,9	222	51,7	70	16,3	429	100	0,384
Остала насеља	92	28,6	183	56,8	47	14,6	322	100	

Падом степена образовања смањује се проценат испитаника са јаком, односно повећава проценат оних са лошом социјалном подршком, али разлика није статистички значајна ($\chi^2=7,137$; $p=0,308$) (табела 30).

Процент испитаника са лошом социјалном подршком је највећи међу сиромашнима (17,2%), док их је најмање међу богатима (11,8%) при чему разлика није статистички значајна ($\chi^2=6,578$; $p=0,160$).

У односу на издвајање за ванболничку здравствену заштиту из сопствених средстава није било значајне разлике међу испитаницима ($\chi^2=11,153$; $p=0,346$) (табела 30).

Табела 30 Социјална подршка у односу на социјално-економске карактеристике испитаника и издвајање за ванболничку здравствену заштиту

Варијабле	Социјална подршка (Осло-3 скала)						Укупно		p
	Јака		Умерена		Лоша		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Образовање									
Виша и висока школа	32	35,6	47	52,2	11	12,2	90	100	0,308
Средња школа	82	35,2	116	49,8	35	15,0	233	100	
Основна школа	59	27,6	122	57,0	33	15,4	214	100	
Непотпуна основна школа и без основне школе	56	26,0	121	56,3	38	17,7	215	100	
Квинтили благостања									
Богати	47	32,6	80	55,6	17	11,8	144	100	0,160
Средњи слој	60	36,6	80	48,8	24	14,6	164	100	
Сиромашни	122	27,6	244	55,2	76	17,2	442	100	
Издајање „из цепа“ за ванболничку здравствену заштиту-вредност у динарима у претходне 4 недеље									
0 динара	44	30,8	76	53,1	23	16,1	143	100	0,346
1-999 динара	37	34,6	54	50,5	16	15,0	107	100	
1000-2499 динара	53	29,1	105	57,7	24	13,2	182	100	
2500-4999 динара	37	34,9	55	51,9	14	13,2	106	100	
5000-9999 динара	28	31,5	51	57,3	10	11,2	89	100	
10000+ динара	30	24,2	65	52,4	29	23,4	124	100	

4.3. Коришћење здравствене заштите

Већина испитаника (95,1%), има свог лекара опште медицине у државној здравственој установи. У приватној здравственој установи свог лекара опште медицине има 4,0% испитаника. Међу испитаницима, без разлика у односу на пол, 83,1% је посетило лекара у периоду од 12 месеци пре истраживања (чак 67,7% пре мање од три месеца). Испитаници који су се изјаснили да су посетили лекара опште медицине пре мање од три месеца у просеку су једном посетили свог лекара опште медицине у периоду од 4 недеље пре истраживања (табела 31).

Табела 31 Коришћење ванболничке здравствене заштите у односу на пол

Варијабле	ПОЛ				Укупно		p
	Мушки		Женски		n	%	
	n	%	n	%			
Да ли имате свог лекара опште медицине у државној здравственој установи?							
Да	282	93,7	431	96,0	713	95,1	0,209
Не	19	6,3	18	4,0	37	4,9	
Да ли имате свог лекара опште медицине у приватној здравственој установи?							
Да	15	5,0	15	3,3	30	4,0	0,346
Не	286	95,0	435	96,7	721	96,0	
Посета лекару опште медицине у претходних 12 месеци							
Да	242	85,2	348	81,7	590	83,1	0,261
Не	42	14,8	78	18,3	120	16,9	
Број посета код лекара опште медицине у претходне 4 недеље (\bar{X})							
	1,03		1,04		1,04		0,885
Посета гинекологу у претходних 12 месеци							
Да			44	10,1			
Не			389	89,9			
Посета стоматологу у претходних 12 месеци							
Да	46	15,6	72	16,1	118	15,9	0,922
Не	249	84,4	374	83,9	623	84,1	

Свега 17,9% испитаница се изјаснило да има свог изабраног гинеколога у државној здравственој установи, а тек 1,7% у приватној. Гинеколога (у приватној или државној установи) је у посматраном периоду посетила тек свака десета жена (10,1%). Скоро подједнак проценат испитаника старијих од 65 година у Војводини има изабраног стоматолога у државној здравственој установи (15,2%) у односу на приватну (14,7%). Стоматолога је посетило само 15,9% испитаника у периоду од 12 месеци пре

истраживања. Лекара специјалисту је у години која је претходила истраживању посетио сваки други испитаник (49,5%). Услуге кућне неге је добило 5,7% испитаника, док је хитну помоћ користило 12,0%. Услуге приватне праксе (дијагностика, лечење) је користило нешто мање од петине испитаника (17,3%), док је услуге традиционалне медицине попут акупунктуре, хомеопатије, фитотерапије и кiroprактике користило 2,8% старијих од 65 година.

Сваки девети испитаник (11,1%) је био на болничком лечењу, док се сваки пети (19,0%) лечио у оквиру дневне болнице у периоду од 12 месеци пре истраживања. Мушкарци су чешће него жене били како на болничком лечењу ($\chi^2=4,736$; $p=0,030$), тако и у дневној болници ($\chi^2=7,238$; $p=0,007$). У просеку, испитаници су у години која је претходила истраживању провели на болничком лечењу 12 дана, односно три пута су били хоспитализовани у дневној болници без значајне разлике у односу на пол (табела 32).

Табела 32 Коришћење болничке здравствене заштите у односу на пол

Варијабле	ПОЛ				Укупно		p
	Мушки		Женски		n	%	
	n	%	n	%			
Болничко лечење у претходних 12 месеци							
Не	259	85,8	410	91,1	669	88,9	0,030
Да	43	14,2	40	8,9	83	11,1	
Број ноћи проведених у болници (Med)	12		14		12		0,698
Лечење у оквиру дневне болнице							
Не	229	76,1	379	84,2	608	81,0	0,007
Да	72	23,9	71	15,8	143	19,0	
Број пријема у дневну болницу у претходних 12 месеци (Med)	3		3		3		0,868

4.3.1. Разлике у коришћењу здравствене заштите у односу на демографске, социјално-економске карактеристике испитаника и издавања за ванболничку здравствену заштиту

Разлике у коришћењу здравствене заштите су анализирани на основу података о томе да ли су испитаници посетили свог лекара опште медицине, лекара специјалисту у години која је претходила истраживању, као и да ли су били хоспитализовани и користили услуге дневне болнице у истом периоду.

Без разлике у односу на пол већина испитаника, 85,2% мушкараца и 81,7% жена старости 65 и више година у Војводини је посетила свог лекара опште медицине у

посматраном периоду. Испитаници из најмлађе категорије (65-74 године) у значајно већем проценту (86,6%) су посетили лекара опште медицине, у односу на најстарије испитанике (56,1%) ($\chi^2=25,118$; $p<0,001$).

У погледу брачног стања, као и места становања није било значајних разлика међу испитаницима у посети лекару опште медицине у години која је претходила истраживању (табела 33).

Табела 33 Посета лекару опште медицине у претходних 12 месеци у односу на демографске карактеристике испитаника

Варијабле	Посета лекару опште медицине у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Пол							
Мушки	242	85,2	42	14,8	284	100	0,261
Женски	348	81,7	78	18,3	426	100	
Године старости у категоријама							
65-74	355	86,6	55	13,4	410	100	<0,001
75-84	212	81,9	47	18,1	259	100	
85+	23	56,1	18	43,9	41	100	
Брачно стање							
Живи у брачној или ванбрачној заједници	313	84,4	58	15,6	371	100	0,399
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	277	81,7	62	18,3	339	100	
Тип насеља							
Градска насеља	339	84,1	64	15,9	403	100	0,465
Остала насеља	251	81,8	56	18,2	307	100	

Са растом степена образовања, значајно се повећава проценат испитаника који су посетили лекара опште медицине у години која је претходила истраживању. Чак сваки четврти испитаник са непотпуном основном школом или без школе (26,0%) није посетио лекара, док међу испитаницима са вишом и високом школом тек сваки једанаести (9,1%) ($\chi^2=18,236$; $p<0,001$).

Највећи проценат испитаника који су посетили свог лекара опште медицине је међу онима који припадају богатом слоју (92,1%), док је најмањи међу онима из сиромашног слоја (80,2%). Присутне разлике су статистички значајне ($\chi^2=10,425$; $p=0,005$).

Међу испитаницима који нису имали додатна издвајања за ванболничку здравствену заштиту из сопствених средстава у месецу који је претходио истраживању у значајно већем проценту су они који су се изјаснили да нису посетили лекара опште медицине (35,2%) у односу на оне који су имали издатак од 2500-4999 динара (5,8%) ($\chi^2=44,761$; $p<0,001$) (табела 34).

Табела 34 Посета лекару опште медицине у претходних 12 месеци у односу на социјално-економске карактеристике испитаника и издвајање за ванболничку здравствену заштиту

Варијабле	Посета лекару опште медицине у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Образовање							
Виша и висока школа	80	90,9	8	9,1	88	100	<0,001
Средња школа	189	86,3	30	13,7	219	100	
Основна школа	171	85,5	29	14,5	200	100	
Непотпуна основна школа и без основне школе	151	74,0	53	26,0	204	100	
Квинтили благостања							
Богати	128	92,1	11	7,9	139	100	0,005
Средњи слој	128	82,6	27	17,4	155	100	
Сиромашни	333	80,2	82	19,8	415	100	
Издавање „из цера“ за ванболничку здравствену заштиту-вредност у динарима у претходне 4 недеље							
0 динара	79	64,8	43	35,2	122	100	<0,001
1-999 динара	81	78,6	22	21,4	103	100	
1000-2499 динара	152	86,4	24	13,6	176	100	
2500-4999 динара	98	94,2	6	5,8	104	100	
5000-9999 динара	74	86,0	12	14,0	86	100	
10000+ динара	106	89,1	13	10,9	119	100	

Посматрано у односу на пол, лекара специјалисту у посматраном периоду је посетио скоро исти број испитаника, 51% мушкараца и 48,8% жена.

У односу на старост, сваки други испитаник из најмлађе и средње категорије је посетио специјалисту, док је тај проценат чак двоструко мањи у најстаријој групи испитаника (25,0%) ($\chi^2=11,208$; $p=0,004$).

Сваки други испитаник који живи у брачној или ванбрачној заједници (52,6%) и нешто мањи број испитаника из категорије оних који немају партнера (46,1%) је

посетио лекара специјалисту у години која је претходила истраживању ($\chi^2=3,163$; $p=0,075$).

У погледу места пребивалишта, уочава се да постоје статистички значајне разлике међу испитаницима, односно становници градских насеља у значајно већем проценту су посетили лекара специјалисту (55,0%) у односу на оне који живе ван града (42,2%) ($\chi^2=11,214$; $p=0,001$) (табела 35).

Табела 35 Посета лекару специјалисти у претходних 12 месеци у односу на демографске карактеристике испитаника

Варијабле	Посета лекару специјалисти у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Пол							
Мушки	151	51,0	145	49,0	296	100	0,538
Женски	215	48,8	229	51,6	444	100	
Године старости у категоријама							
65-74	219	51,2	209	48,8	428	100	0,004
75-84	135	50,8	131	49,2	266	100	
85+	11	25,0	33	75,0	44	100	
Брачно стање							
Живи у брачној или ванбрачној заједници	201	52,6	181	47,4	382	100	0,075
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	164	46,1	192	53,9	356	100	
Тип насеља							
Градска насеља	233	55,0	191	45,0	424	100	0,001
Остала насеља	133	42,2	182	57,8	315	100	

Високо статистички значајно расте број испитаника који је посетио лекара специјалисту са растом нивоа образовања, од 37,6% (са непотпуном основном школом и без основне школе) до скоро три четвртине испитаника са завршеном вишом или високом школом (73,0%) ($\chi^2=35,513$; $p<0,001$).

Слично образовању, и у односу на квинтиле благостања испитаника присутне су статистички значајне разлике у погледу посета лекару специјалисти. Из категорије сиромашних две петине испитаника је посетило специјалисту (41,9%), док је највише испитаника посетило специјалисту међу богатима, скоро две трећине (63,6%) ($\chi^2=25,033$; $p<0,001$).

Међу онима који нису имали издвајање „из цепа“ за ванболничку здравствену заштиту у месецу који је претходио истраживању, тек сваки пети испитаник је посетио лекара специјалисту (21,2%), док је тај проценат значајно већи код оних који су издвајали 2500-4999 динара (66,7%) ($\chi^2=72,313$; $p<0,001$) (табела 36).

Табела 36 Посета лекару специјалисти у претходних 12 месеци у односу на социјално-економске карактеристике испитаника и издвајање за ванболничку здравствену заштиту

Варијабле	Посета лекару специјалисти у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Образовање							
Виша и висока школа	65	73,0	24	27,0	89	100	<0,001
Средња школа	126	54,8	104	45,2	230	100	
Основна школа	95	45,5	114	54,5	209	100	
Непотпуна основна школа и без основне школе	79	37,6	131	62,4	210	100	
Квинтили благостања							
Богати	89	63,6	51	36,4	140	100	<0,001
Средњи слој	94	57,3	70	42,7	164	100	
Сиромашни	182	41,9	252	58,1	434	100	
Издајање „из цепа“ за ванболничку здравствену заштиту-вредност у динарима у претходне 4 недеље							
0 динара	29	21,2	108	78,8	137	100	<0,001
1-999 динара	43	40,6	63	59,4	106	100	
1000-2499 динара	94	52,2	86	47,8	180	100	
2500-4999 динара	70	66,7	35	33,5	105	100	
5000-9999 динара	55	62,5	33	37,5	88	100	
10000+ динара	74	60,7	48	39,3	122	100	

Резултатати показују да су мушкарци у статистички значајно већем проценту били на болничком лечењу у години која је претходила истраживању, односно сваки седми мушкарац (14,2%) у поређењу са сваком једанаестом женом (8,9%) ($\chi^2=4,736$; $p=0,030$).

Посматрано у односу на старост, уочава се да су испитаници из средње категорије (75-84 године) у највећем проценту били хоспитализовани у години која је претходила истраживању (12,0%), док је у најстаријој групи испитаника (85 и више година) тај проценат двоструко мањи (6,5%) али без статистички значајне разлике ($\chi^2=1,244$; $p=0,537$).

Брачно стање испитаника такође није утицало на коришћење болничке здравствене заштите. Готово подједнак проценат испитаника (11,1%, односно 11%) из обе категорије у оквиру брачног стања је био хоспитализован у посматраном периоду.

Сваки десети испитаник који има пребивалиште у градском насељу (10,0%), односно сваки осми из осталих насеља су били на болничком лечењу у години која је претходила истраживању, али разлика није статистички значајна ($\chi^2=0,867$; $p=0,352$) (табела 37).

Табела 37 Болничко лечење у претходних 12 месеци у односу на демографске карактеристике испитаника

Варијабле	Болничко лечење у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Пол							
Мушки	43	14,2	259	85,8	302	100	0,030
Женски	40	8,9	410	91,1	450	100	
Године старости у категоријама							
65-74	47	10,9	384	89,1	431	100	0,537
75-84	33	12,0	241	88,0	274	100	
85+	3	6,5	43	93,5	46	100	
Брачно стање							
Живи у брачној или ванбрачној заједници	43	11,1	345	88,9	388	100	1,000
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	40	11,0	324	89,0	364	100	
Тип насеља							
Градска насеља	43	10,0	387	90,0	430	100	0,352
Остала насеља	40	12,4	282	87,6	322	100	

Посматрано у односу на образовање испитаника, уочава се да са опадањем нивоа образовања расте проценат хоспитализованих од 6,7% у категорији са вишом и високом школом до 12,6% хоспитализованих у категорији са непотпуном основном школом и без основне школе, међутим присутна разлика није статистички значајна ($\chi^2=2,268$; $p=0,519$).

У односу на индекс благостања, није било разлика међу испитаницима у погледу болничког лечења у години која је претходила истраживању ($\chi^2=0,325$; $p=0,850$).

Скоро сваки пети испитаник (19,8%) који је издвајао од 2500-4999 динара из сопствених средстава за ванболничку здравствену заштиту у месецу који је претходио истраживању је навео да је био хоспитализован у претходној години, значајно више од оних који су трошили до 1000 динара (3,7%) ($\chi^2=29,805$; $p<0,001$) (табела 38).

Табела 38 Болничко лечење у претходних 12 месеци у односу на социјално-економске карактеристике испитаника и издвајање за ванболничку здравствену заштиту

Варијабле	Болничко лечење у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Образовање							
Виша и висока школа	6	6,7	84	93,3	90	100	0,519
Средња школа	26	11,2	207	88,8	233	100	
Основна школа	24	11,2	190	88,8	214	100	
Непотпуна основна школа и без основне школе	27	12,6	188	87,4	215	100	
Квинтили благостања							
Богати	14	9,7	130	90,3	144	100	0,850
Средњи слој	19	11,5	146	88,5	165	100	
Сиромашни	50	11,3	392	88,7	442	100	
Издајање „из чепа“ за ванболничку здравствену заштиту-вредност у динарима у претходне 4 недеље							
0 динара	6	4,2	137	95,8	143	100	<0,001
1-999 динара	4	3,7	103	96,3	107	100	
1000-2499 динара	16	8,8	166	91,2	182	100	
2500-4999 динара	21	19,8	85	80,2	106	100	
5000-9999 динара	12	13,5	77	86,5	89	100	
10000+ динара	23	18,5	101	81,5	124	100	

Слично хоспитализацијама, и у дневним болницама у години која је претходила истраживању су се у већем проценту лечили мушкарци (23,8%) у односу на жене (15,8%) ($\chi^2=7,115$; $p=0,008$).

Без значајне разлике међу испитаницима у погледу старости, скоро сваки пети испитаник из млађих категорија (19,3% односно 20,1%) и сваки десети из најстарије категорије (10,9%) су се лечили у дневној болници ($\chi^2=2,195$; $p=0,334$).

Брачно стање такође није значајно утицало на постојање разлике у лечењу у оквиру дневних болница. Ову врсту здравствене заштите је користио сваки пети испитаник (21,4%) који живи у брачној или ванбрачној заједници, односно сваки шести који нема партнера (неожењен/а, разведен/а, удовац/а) ($\chi^2=2,628$; $p=0,105$).

У оквиру дневних болница, лечило се 21,4% испитаника који живе у ванградским насељима и нешто мање оних који живе у граду (17,2%) ($\chi^2=1,863$; $p=0,172$) (табела 39).

Табела 39 Лечење у оквиру дневне болнице у претходних 12 месеци у односу на демографске карактеристике испитаника

Варијабле	Лечење у оквиру дневне болнице у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Пол							
Мушки	72	23,8	230	76,2	302	100	0,008
Женски	71	15,8	379	84,2	450	100	
Године старости у категоријама							
65-74	83	19,3	348	80,7	431	100	0,334
75-84	55	20,1	219	79,9	274	100	
85+	5	10,9	41	89,1	46	100	
Брачно стање							
Живи у брачној или ванбрачној заједници	83	21,4	305	78,6	388	100	0,105
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	60	16,5	304	83,5	364	100	
Тип насеља							
Градска насеља	74	17,2	356	82,8	430	100	0,172
Остала насеља	69	21,4	253	78,6	322	100	

Образовање није значајно утицало на коришћење дневних болница, најмање испитаника који су се лечили у оквиру дневних болница је било међу онима са најнижим степеном образовања (13,0%), а највише међу онима са завршеном основном школом (22,1%) ($\chi^2=7,296$; $p=0,063$).

У односу на материјално стање испитаника, исказано квинтилима благостања, уочава се да су испитаници готово подједнако користили услуге дневне болнице ($\chi^2=0,179$; $p=0,915$).

Уколико се анализира коришћење дневних болница у односу на то колико су испитаници издвајали „из џепа“ за ванболничку здравствену заштиту, уочава се да они који нису издвајали или су издвајали најмањи износ су у најмањем проценту користили дневну болницу (10,5% односно 10,3%), док су они са највећим издвајањем најчешће користили (28,2%) ($\chi^2=23,754$; $p<0,001$) (табела 40).

Табела 40 Лечење у оквиру дневне болнице у претходних 12 месеци у односу на социјално-економске карактеристике испитаника и издвајање за ванболничку здравствену заштиту

Варијабле	Лечење у оквиру дневне болнице у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Образовање							
Виша и висока школа	18	19,8	73	80,2	91	100	0,063
Средња школа	50	21,6	182	78,4	232	100	
Основна школа	47	22,1	166	77,9	213	100	
Непотпуна основна школа и без основне школе	28	13,0	187	87,0	215	100	
Квинтили благостања							
Богати	29	20,0	116	80,0	145	100	0,915
Средњи слој	32	19,5	132	80,5	164	100	
Сиромашни	82	18,6	360	81,4	442	100	
Издајање „из чепа“ за ванболничку здравствену заштиту-вредност у динарима у претходне 4 недеље							
0 динара	15	10,5	128	89,5	143	100	<0,001
1-999 динара	11	10,3	96	89,7	107	100	
1000-2499 динара	34	18,7	148	81,3	182	100	
2500-4999 динара	29	27,1	78	72,9	107	100	
5000-9999 динара	19	21,3	70	78,7	89	100	
10000+ динара	35	28,2	89	71,8	124	100	

4.3.2. Разлике у коришћењу здравствене заштите у односу на присутне здравствене ризике

У односу на навику пушења, у највећем проценту су лекара опште медицине у години која је претходила истраживању посетили пушачи (91,1%), док су непушачи у најмањем (81,0%), мада присутна разлика није статистички значајна ($\chi^2=5,497$; $p=0,064$).

Када је у питању конзумирање алкохола, међу испитаницима није било значајних разлика у посетама лекару опште медицине у години која је претходила истраживању ($\chi^2=0,688$; $p=0,709$).

Скоро подједнак проценат предгојазних и нормално ухрањених, нешто више од 84%, је посетило лекара опште медицине у посматраном периоду. Нешто мање испитаника који су посетили лекара опште праксе је међу гојазнима (82,8%) и значајно мање међу потхрањенима (36,4%) ($\chi^2=18,121$; $p<0,001$).

Није било разлике у посетама лекару опште медицине у односу на постојање хипертензије или потенцијалне хипертензије међу испитаницима ($\chi^2=0,004$; $p=0,952$) (табела 41).

Табела 41 Посета лекару опште медицине у претходних 12 месеци у односу на присутне здравствене ризике код испитаника

Варијабле	Посета лекару опште медицине у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Пушење							
Непушач	333	81,0	78	19,0	411	100	0,064
Бивши пушач	117	84,2	22	15,8	139	100	
Пушач	82	91,1	8	8,9	90	100	
Алкохол							
Не конзумира	349	83,9	67	16,1	416	100	0,709
2-3 дана месечно и ређе	88	85,4	15	14,6	103	100	
1-2 дана недељно и чешће	87	81,3	20	18,7	107	100	
Стање ухрањености (Индекс телесне масе - ВМІ)							
Потхрањени	4	36,4	7	63,6	11	100	<0,001
Нормално ухрањени	137	84,6	25	15,4	162	100	
Предгојазни	245	84,8	44	15,2	289	100	
Гојазни	159	82,8	33	17,2	192	100	
Преваленца хипертензије и потенцијалне хипертензије							
Нема хипертензију	85	82,5	18	17,5	103	100	0,952
Има хипертензију	490	83,3	98	16,7	588	100	

Анализирањем података о посетама лекару специјалисти у односу на навику пушења, уочава се да су у највећем проценту специјалисту посетили бивши пушачи (59,9%), док је значајно мањи проценат био међу пушачима (44,8%) ($\chi^2=7,700$; $p=0,021$).

У највећем проценту су специјалисту посетили они који конзумирају алкохол 2-3 дана месечно и ређе (59,0%), док је најмањи проценат оних који су користили овај вид здравствене заштите био међу онима који су се изјаснили да не конзумирају алкохол (48,2%), али ова разлика није значајна ($\chi^2=4,031$; $p=0,133$).

И у погледу стања ухрањености испитаника, не уочавају се статистички значајне разлике у посетама лекару специјалисти ($\chi^2=6,230$; $p=0,101$), као ни у односу на постојање хипертензије или потенцијалне хипертензије ($\chi^2=0,004$; $p=0,950$) (табела 42).

Табела 42 Посета лекару специјалисти у претходних 12 месеци у односу на присутне здравствене ризике код испитаника

Варијабле	Посета лекару специјалисти у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Пушење							
Непушач	203	47,7	223	52,3	426	100	0,021
Бивши пушач	88	59,9	59	40,1	147	100	
Пушач	43	44,8	53	55,2	96	100	
Алкохол							
Не конзумира	209	48,2	225	51,8	434	100	0,133
2-3 дана месечно и ређе	62	59,0	43	41,0	105	100	
1-2 дана недељно и чешће	57	49,6	58	50,4	115	100	
Стање ухрањености (Индекс телесне масе - ВМИ)							
Потхрањени	2	16,7	10	83,3	12	100	0,101
Нормално ухрањени	84	48,8	88	51,2	172	100	
Предгојазни	151	51,0	145	49,0	296	100	
Гојазни	104	53,1	92	46,9	196	100	
Преваленца хипертензије и потенцијалне хипертензије							
Нема хипертензију	54	50,5	53	49,5	107	100	0,950
Има хипертензију	303	49,6	308	50,4	611	100	

Резултати показују да је сваки седми бивши пушач био на болничком лечењу у години која је претходила истраживању (14,0%), сваки осми пушач (12,4%) и скоро сваки једанаести непушач (9,5%), али разлике нису статистички значајне ($\chi^2=2,584$; $p=0,275$).

Посматрано према конзумирању алкохола, испитаници су без значајне разлике били на болничком лечењу, 12% оних који не конзумирају алкохол, 9,3% оних који га конзумирају 2-3 дана месечно и ређе и 11,1% оних који га најчешће конзумирају (1 недељно и чешће) ($\chi^2=0,666$; $p=0,717$).

Иако међу потхрањенима није било оних на болничком лечењу у години која је претходила истраживању, а највише их је било међу предгојазнима (13,3%) присутне разлике нису статистички значајне ($\chi^2=6,360$; $p=0,095$).

У односу на присуство хипертензије или потенцијалне хипертензије, 13,1% испитаника који се не лече од хипертензије, односно код којих је измерена вредност крвног притиска била у препорученим границама је било на болничком лечењу, док је

из категорије оних који имају хипертензију или потенцијалну хипертензију било 10,8% ($\chi^2=0,288$; $p=0,592$) (табела 43).

Табела 43 Болничко лечење у претходних 12 месеци у односу на присутне здравствене ризике код испитаника

Варијабле	Болничко лечење у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Пушење							
Непушач	41	9,5	391	90,5	432	100	0,275
Бивши пушач	21	14,0	129	86,0	150	100	
Пушач	12	12,4	85	87,6	97	100	
Алкохол							
Не конзумира	53	12,0	388	88,0	441	100	0,717
2-3 дана месечно и ређе	10	9,3	98	90,7	108	100	
1-2 дана недељно и чешће	13	11,1	104	88,9	117	100	
Стање ухрањености (Индекс телесне масе - ВМИ)							
Потхрањени	0	0	12	100	12	100	0,095
Нормално ухрањени	16	9,1	159	90,9	175	100	
Предгојазни	40	13,3	260	86,7	300	100	
Гојазни	15	7,5	186	92,5	201	100	
Преваленца хипертензије и потенцијалне хипертензије							
Нема хипертензију	14	13,1	93	86,9	107	100	0,592
Има хипертензију	67	10,8	555	89,2	622	100	

Сваки четврти пушач (26,8%) се лечио у дневној болници у периоду од 12 месеци пре истраживања, док је међу непушачима то била свака шеста особа (17,8%), међутим присутне разлике нису статистички значајне ($\chi^2=4,138$; $p=0,126$).

Највише су услуге дневне болнице користили они који најчешће конзумирају алкохол, 1-2 дана недељно и чешће (20,5%), али без статистички значајних разлика ($\chi^2=0,409$; $p=0,815$).

У погледу стања ухрањености, такође није било значајних разлика у лечењу у оквиру дневне болнице, с тим да се међу гојазнима 18,8% лечило у дневној болници, предгојазнима 20,9%, а међу нормално ухрањенима 16,5% ($\chi^2=2,351$; $p=0,503$).

Лечење у оквиру дневне болнице у односу на преваленцију хипертензије и потенцијалне хипертензије, је било без статистички значајних разлика међу испитаницима ($\chi^2=0,000$; $p=1,000$) (табела 44).

Табела 44 Лечење у оквиру дневне болнице у претходних 12 месеци у односу на присутне здравствене ризике код испитаника

Варијабле	Лечење у оквиру дневне болнице у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Пушење							
Непушач	77	17,8	355	82,2	432	100	0,126
Бивши пушач	31	20,7	119	79,3	150	100	
Пушач	26	26,8	71	73,2	97	100	
Алкохол							
Не конзумира	89	20,2	352	79,8	441	100	0,815
2-3 дана месечно и ређе	19	17,6	89	82,4	108	100	
1-2 дана недељно и чешће	24	20,5	93	79,5	117	100	
Стање ухрањености (Индекс телесне масе - ВМІ)							
Потхрањени	1	8,3	11	91,7	12	100	0,503
Нормално ухрањени	29	16,5	147	83,5	176	100	
Предгојазни	63	20,9	238	79,1	301	100	
Гојазни	38	18,8	164	81,2	202	100	
Преваленца хипертензије и потенцијалне хипертензије							
Нема хипертензију	21	19,4	87	80,6	108	100	1,000
Има хипертензију	119	19,1	504	80,9	623	100	

4.3.3. Разлике у коришћењу здравствене заштите у односу на активности дневног живота, инструменталне активности дневног живота и присуство бола

Сагледавањем коришћења здравствене заштите у области посета лекару опште медицине, уочава се да испитаници који су били без ограничења у обављању *ADL* су у највећем проценту посетили лекара опште медицине (84,2%), међу онима са лаким ограничењима 81,2% и најмање међу испитаницима са умереним до тешким ограничењима (76,4%) ($\chi^2=2,543$; $p=0,280$).

Испитаници са лаким ограничењима у обављању *IADL* су у значајно већем проценту посетили лекара опште медицине у години која је претходила истраживању у односу на оне са умереним до тешким ограничењима (86,1% vs 76,8%) ($\chi^2=7,798$; $p=0,020$).

Присуство бола није значајно утицало на посете лекару опште медицине, при чему 81,9% испитаника без бола, са веома slabим и slabим болом је посетило лекара опште медицине, 85% са умереним и 84,5% са јаким и веома јаким болом ($\chi^2=1,025$; $p=0,599$) (табела 45).

Табела 45 Посета лекару опште медицине у претходних 12 месеци у односу на активности дневног живота, инструменталне активности дневног живота и присуство бола код испитаника

Варијабле	Посета лекару опште медицине у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Активности дневног живота (активности личне неге)							
Без ограничења	453	84,2	85	15,8	538	100	0,280
Лака ограничења	95	81,2	22	18,8	117	100	
Умерена до тешка	42	76,4	13	23,6	55	100	
Инструменталне активности дневног живота (кућне активности)							
Без ограничења	216	85,0	38	15,0	254	100	0,020
Лака ограничења	217	86,1	35	13,9	252	100	
Умерена до тешка	149	76,8	45	23,2	194	100	
Телесни бол у претходне 4 недеље							
Без бола, веома slab и slab	330	81,9	73	18,1	403	100	0,599
Умерен	130	85,0	23	15,0	153	100	
Јак и веома јак	131	84,5	24	15,5	155	100	

У табели 46 приказане су посете лекару специјалисти у односу на аспекте физичког функционисања испитаника. У односу на *ADL*, међу онима који су имали умерена до тешка ограничења 57,9% су посетили лекара специјалисту, док међу онима без ограничења 48,4% ($\chi^2=1,966$; $p=0,374$).

У погледу обављања кућних активности, проценат испитаника који је посетио лекара специјалисту се креће од 47,6% код испитаника без ограничења, до 51,8% код испитаника са лаким ограничењима ($\chi^2=0,926$; $p=0,629$).

Испитаници који су имали јак или веома јак телесни бол у статистички значајно већем проценту су посетили лекара специјалисту (61,1%) у односу на испитанике који су навели да нису имали бол или су имали бол веома слабог интензитета (42,5%) ($\chi^2=20,187$; $p<0,001$) (табела 46).

Табела 46 Посета лекару специјалисти у претходних 12 месеци у односу на активности дневног живота, инструменталне активности дневног живота и присуство бола код испитаника

Варијабле	Посета лекару специјалисти у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Активности дневног живота (активности личне неге)							
Без ограничења	271	48,4	289	51,6	560	100	0,374
Лака ограничења	62	50,8	60	49,2	122	100	
Умерена до тешка	33	57,9	24	42,1	57	100	
Инструменталне активности дневног живота (кућне активности)							
Без ограничења	127	47,6	140	52,4	267	100	0,629
Лака ограничења	133	51,8	124	48,2	257	100	
Умерена до тешка	103	50,0	103	50,0	206	100	
Телесни бол у претходне 4 недеље							
Без бола, веома слаб и слаб	180	42,5	244	57,5	424	100	<0,001
Умерен	89	56,7	68	43,3	157	100	
Јак и веома јак	96	61,1	61	38,9	157	100	

Резултати показују да међу особама старости 65 и више година у Војводини које су имале умерена до тешка ограничења у обављању *ADL* 22% је било на болничком лечењу, док је тај проценат значајно мањи међу онима без ограничења (7,9%) ($\chi^2=23,018$; $p<0,001$).

На болничком лечењу је била чак свака пета особа (19,5%) која је имала умерена до тешка ограничења у обављању *IADL*, док је међу онима са лаким ограничењима свака десета (9,5%), а међу онима без ограничења тек свака седамнаеста (5,9%) ($\chi^2=23,217$; $p<0,001$).

Анализом резултата може се закључити да се са растом интензитета бола код испитаника повећава и проценат оних који су били на болничком лечењу. Испитаници са јаким или веома јаким болом су у значајно већем проценту (16,9%) били на болничком лечењу у години која је претходила истраживању у односу на испитанике који су се изјаснили да су без бола, или имају веома слаб или слаб бол (8,8%) ($\chi^2=7,808$; $p=0,020$) (табела 47).

Табела 47 Болничко лечење у претходних 12 месеци у односу на активности дневног живота, инструменталне активности дневног живота и присуство бола код испитаника

Варијабле	Болничко лечење у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Активности дневног живота (активности личне неге)							
Без ограничења	45	7,9	522	92,1	567	100	
Лака ограничења	25	20,0	100	80,0	125	100	<0,001
Умерена до тешка	13	22,0	46	78,0	59	100	
Инструменталне активности дневног живота (кућне активности)							
Без ограничења	16	5,9	254	94,1	270	100	
Лака ограничења	25	9,5	238	90,5	263	100	<0,001
Умерена до тешка	41	19,5	169	80,5	210	100	
Телесни бол у претходне 4 недеље							
Без бола, веома слаб и слаб	38	8,8	393	91,2	431	100	0,020
Умерен	17	10,6	143	89,4	160	100	
Јак и веома јак	27	16,9	133	83,1	160	100	

Лечење у оквиру дневне болнице, није се значајно разликовало у зависности од могућности испитаника да обављају *ADL* ($\chi^2=4,429$; $p=0,109$), иако се у дневној болници лечило 28,8% испитаника са умереним до тешким ограничењима, а 17,8% оних без ограничења.

С друге стране, у односу на могућност за обављање *IADL*, значајно више испитаника је користило дневну болницу међу испитаницима са лаким (23,2%), односно тешким ограничењима (22,0%), у односу на испитанике који нису имали ограничења (12,6%) ($\chi^2=11,437$; $p=0,003$).

Као и код хоспитализација, најмање оних који су се лечили у дневним болницама било је међу испитаницима без бола (14,8%), нешто више међу онима са умереним интензитетом телесног бола (20,0%) и највише код испитаника са јаким или веома јаким болом (29,8%) ($\chi^2=17,049$; $p<0,001$) (табела 48).

Табела 48 Лечење у оквиру дневне болнице у претходних 12 месеци у односу на активности дневног живота, инструменталне активности дневног живота и присуство бола код испитаника

Варијабле	Лечење у оквиру дневне болнице у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Активности дневног живота (активности личне неге)							
Без ограничења	101	17,8	467	82,2	568	100	0,109
Лака ограничења	26	20,6	100	79,4	126	100	
Умерена до тешка	17	28,8	42	71,2	59	100	
Инструменталне активности дневног живота (кућне активности)							
Без ограничења	34	12,6	236	87,4	270	100	0,003
Лака ограничења	61	23,2	202	76,8	263	100	
Умерена до тешка	46	22,0	163	78,0	209	100	
Телесни бол у претходне 4 недеље							
Без бола, веома слаб и слаб	64	14,8	367	85,2	431	100	<0,001
Умерен	32	20,0	128	80,0	160	100	
Јак и веома јак	48	29,8	113	70,2	161	100	

4.3.4. Разлике у коришћењу здравствене заштите у односу на социјалну подршку

Према резултатима, старо становништво без социјалне подршке је у најмањем проценту посетило лекара опште медицине, односно 76,5% испитаника који су навели да немају особу на коју могу да рачунају када имају озбиљне проблеме је посетило лекара опште медицине, док је међу онима који су се изјаснили да имају 6 или више таквих особа 86,7% посетило лекара. Међутим, присутне разлике нису статистички значајне ($\chi^2=1,710$; $p=0,635$).

Слично претходним резултатима, 75% испитаника који сматрају да су други људи мало или нимало заинтересовани за оно што им се дешава у животу је посетило лекара опште медицине, док је међу онима који сматрају да су веома или донекле заинтересовани 83,8% посетило лекара ($\chi^2=2,474$; $p=0,290$).

Анализирањем социјалне подршке коришћењем Осло-3 скале, уочава се да нема значајне разлике у проценту испитаника који су посетили лекара опште медицине, од 81,9% испитаника са лошом социјалном подршком до 83,8% са умереном, односно 82,2% са јаком социјалном подршком ($\chi^2=0,351$; $p=0,839$) (табела 49).

Табела 49 Посета лекару опште медицине у претходних 12 месеци у односу на социјалну подршку

Варијабле	Посета лекару опште медицине у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Број блиских особа на које могу да рачунају када имају озбиљне проблеме							
Немају особу	13	76,5	4	23,5	17	100	0,635
1-2 особе	274	83,3	55	16,7	329	100	
3-5 особа	218	82,0	48	18,0	266	100	
6 или више особа	85	86,7	13	13,3	98	100	
Процент старог становништва за које су други људи заинтересовани шта им се дешава у животу							
Веома или донекле заинтересовани	512	83,8	99	16,2	611	100	0,290
Нису ни заинтересовани ни незаинтересовани	42	82,4	9	17,6	51	100	
Мало или нимало заинтересовани	36	75,0	12	25,0	48	100	
Социјална подршка (Осло-3 скала)							
Јака	180	82,2	39	17,8	219	100	0,839
Умерена	325	83,8	63	16,2	388	100	
Лоша	86	81,9	19	18,1	105	100	

За разлику од посета лекару опште медицине, постоји значајна разлика међу испитаницима у погледу посета специјалисти у односу на број особа на које могу да рачунају када имају озбиљне проблеме. Скоро две трећине испитаника (63,1%) који су се изјаснили да имају 6 и више особа на које могу да рачунају је посетило специјалисту, док је из категорије старог становништво које нема социјалну подршку свега трећина (33,3%) посетила лекара специјалисту ($\chi^2=10,561$; $p=0,014$).

Са растом уверења да су други људи заинтересовани за оно што им се дешава у животу, расте и проценат испитаника који су посетили лекара специјалисту у претходних 12 месеци од 38,2% до 50,6%, али не статистички значајно ($\chi^2=3,205$; $p=0,201$).

Анализа посета лекару специјалисти у односу на резултате Осло-3 скале, показује да нема статистички значајне разлике међу испитаницима ($\chi^2=2,092$; $p=0,351$) (табела 50).

Табела 50 Посета лекару специјалисти у претходних 12 месеци у односу на социјалну подршку

Варијабле	Посета лекару специјалисти у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Број особа на које могу да рачунају када имају озбиљне проблеме							
Немају особу	7	33,3	14	66,6	21	100	0,014
1-2 особе	166	48,1	179	51,9	345	100	
3-5 особа	128	47,4	142	52,6	270	100	
6 или више особа	65	63,1	38	36,9	103	100	
Процент старог становништва за које су други људи заинтересовани шта им се дешава у животу							
Веома или донекле заинтересовани	318	50,6	311	49,4	629	100	0,201
Нису ни заинтересовани ни незаинтересовани	26	47,3	29	52,7	55	100	
Мало или нимало заинтересовани	21	38,2	34	61,8	55	100	
Социјална подршка (Осло-3 скала)							
Јака	119	53,1	105	46,9	224	100	0,351
Умерена	188	47,1	211	52,9	399	100	
Лоша	58	50,0	58	50,0	116	100	

Није било статистички значајних разлика међу испитаницима у погледу болничког лечења, у односу на то да ли имају особу на коју могу да рачунају када имају озбиљне проблеме ($\chi^2=3,353$; $p=0,340$), као и у односу на то да ли сматрају да су други људи заинтересовани шта им се дешава у животу ($\chi^2=1,847$; $p=0,397$).

Слично посетама лекару опште медицине и лекару специјалисти, уочава се да нема значајне разлике у проценту испитаника који су били хоспитализовани уколико се анализира дистрибуција у односу на Осло-3 скалу социјалне подршке. У просеку, сваки девети испитаник је био хоспитализован без обзира на ниво социјалне подршке ($\chi^2=0,205$; $p=0,902$) (табела 51).

Табела 51 Болничко лечење у претходних 12 месеци у односу на социјалну подршку

Варијабле	Болничко лечење у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Број особа на које могу да рачунају када имају озбиљне проблеме							
Немају особу	0	0	21	100	21	100	0,340
1-2 особе	42	12,0	308	88,0	350	100	
3-5 особа	28	10,1	248	89,9	276	100	
6 или више особа	13	12,4	92	87,6	105	100	
Процент старог становништва за које су други људи заинтересовани шта им се дешава у животу							
Веома или донекле заинтересовани	73	11,4	567	88,6	640	100	0,397
Нису ни заинтересовани ни незаинтересовани	6	10,7	50	89,3	56	100	
Мало или нимало нису заинтересовани	3	5,5	52	94,5	55	100	
Социјална подршка (Осло-3 скала)							
Јака	27	11,8	202	88,2	229	100	0,902
Умерена	43	10,6	362	89,4	405	100	
Лоша	13	11,1	104	88,9	117	100	

Иако проценат оних који су се лечили у оквиру дневне болнице расте са бројем особа на које испитаници могу да рачунају када имају озбиљне проблеме, од 10% у случају оних који немају такву особу, до 25,7% у случају оних који имају 6 или више особа на које могу да рачунају, та разлика није статистички значајна ($\chi^2=4,376$; $p=0,224$).

Резултати показују да се сваки четврти испитаник (26,8%) који је изјавио да људи нису ни заинтересовани ни незаинтересовани за оно што му се дешава у животу, лечио у дневној болници, док је услуге дневне болнице користио тек сваки 14 (7,3%) међу испитаницима који су се изјаснили да су други људи мало или нимало нису заинтересовани за оно што им се дешава у животу ($\chi^2=7,166$; $p=0,028$).

Највећи проценат испитаника који су се лечили у дневној болници у години која је претходила истраживању је међу онима са умереном социјалном подршком (20,2%), нешто мање са јаком 18,8% и најмање, али не значајно, међу онима са лошом социјалном подршком, исказаном Осло-3 скалом (15,4%) ($\chi^2=1,407$; $p=0,495$) (табела 52).

Табела 52 Лечење у оквиру дневне болнице у претходних 12 месеци у односу на социјалну подршку

Варијабле	Лечење у оквиру дневне болнице у претходних 12 месеци				Укупно		p
	Да		Не		n	%	
	n	%	n	%			
Број особа на које могу да рачунају када имају озбиљне проблеме							
Немају особу	2	10,0	18	90,0	20	100	0,224
1-2 особе	64	18,3	286	81,7	350	100	
3-5 особа	50	18,1	226	81,9	276	100	
6 или више особа	27	25,7	78	74,3	105	100	
Процент старог становништва за које су други људи заинтересовани шта им се дешава у животу							
Веома или донекле заинтересовани	124	19,4	516	80,6	640	100	0,028
Нису ни заинтересовани ни незаинтересовани	15	26,8	41	73,2	56	100	
Мало или нимало нису заинтересовани	4	7,3	51	92,7	55	100	
Социјална подршка (Осло-3 скала)							
Јака	43	18,8	186	81,2	229	100	0,495
Умерена	82	20,2	323	79,8	405	100	
Лоша	18	15,4	99	84,6	117	100	

4.4. Превентивни прегледи

У области превентивних прегледа, само 9,8% испитаника је примило вакцину против грипа у претходних 12 месеци, а чак 65,9% испитаника наводи да никада није примило вакцину против грипа. Три четвртине (75,0%) испитаника се изјаснило да им је здравствени радник измерио крвни притисак у години која је претходила истраживању, док је у истом периоду за нешто мање од две трећине испитаника измерена вредност холестерола (63,4%), односно шећера у крви (65,0%) од стране здравственог радника. Највећи број испитаника (86,5%) никада није радио тест на окултно крварење у столици, нити је био на колоноскопском прегледу (88,5%) (табела 53).

Табела 53 Превентивни прегледи испитаника у односу на пол

Варијабле	ПОЛ				Укупно		p
	Мушки		Женски		n	%	
	n	%	n	%			
Када сте последњи пут примили вакцину против грипа?							
У претходних 12 месеци	31	10,4	42	9,4	73	9,8	0,504
Пре више од 12 месеци	78	26,2	103	23,0	181	24,3	
Никад	189	63,4	302	67,6	491	65,9	
Мерење крвног притиска у претходних 12 месеци од стране здравственог радника							
Да	217	72,8	340	76,4	557	75,0	0,308
Не	81	27,2	105	23,6	186	25,0	
Мерење холестерола у претходних 12 месеци од стране здравственог радника							
Да	184	61,7	289	64,5	473	63,4	0,490
Не	114	38,3	159	35,5	273	36,6	
Мерење шећера у крви у претходних 12 месеци од стране здравственог радника							
Да	191	64,3	292	65,5	483	65,0	0,805
Не	106	35,7	154	34,5	260	35,0	
Када вам је последњи пут урађен тест на голим оком невидљиву крв (окултно крварење) у столици?							
Током претходних 12 месеци	18	6,1	16	3,6	34	4,6	0,571
Пре 1 до мање од 3 године	5	1,7	10	2,2	15	2,0	
Пре 3 до мање од 5 година	7	2,4	11	2,5	18	2,4	
Пре 5 година и више	14	4,7	19	4,3	33	4,5	
Никада	251	85,1	390	87,4	641	86,5	
Када сте последњи пут били на колоноскопском прегледу?							
Током претходних 12 месеци	10	3,4	8	1,8	18	2,4	0,596
Пре 1 до мање од 3 године	13	4,4	22	4,9	35	4,7	
Пре 3 до мање од 5 година	4	1,3	10	2,2	14	1,9	
Пре 5 година и више	7	2,3	12	2,7	19	2,5	
Никада	264	88,6	396	88,4	660	88,5	

4.5. Неостварене потребе за здравственом заштитом

У Војводини 36,7% испитаника се изјаснило да је имало неостварену потребу за здравственом заштитом. Сваки пети испитаник (20,8%) је имао потребу за дијагностиком, лечењем, рехабилитацијом, скоро исти број (21,8%) за прописивањем лекова, 14,8% за стоматолошком здравственом заштитом, и 4,6% за заштитом менталног здравља, али је није могао остварити због финансијских разлога. Чак 17,6% испитаника се изјаснило да претходних 12 месеци нису на време добили здравствену заштиту због дугог чекања на заказану посету, односно преглед. Мањи број испитаника (8,7%) није на време добио здравствену заштиту због удаљености или проблема са превозом до места пружања здравствене заштите (табела 54).

Табела 54 Неостварене потребе за здравственом заштитом у односу на пол

Варијабле	ПОЛ				Укупно		p
	Мушки		Женски		n	%	
	n	%	n	%			
Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте на време добили здравствену заштиту због дугог чекања на заказану посету/преглед?							
Да	61	20,3	70	15,7	131	17,6	0,054
Не	192	63,8	321	72,1	513	68,8	
Није била потребна здравствена заштита	48	15,9	54	12,1	102	13,7	
Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да нисте на време добили здравствену заштиту због удаљености или проблема са превозом до места пружања здравствене заштите?							
Да	24	8,0	41	9,2	65	8,7	0,688
Не	228	75,7	339	76,4	567	76,1	
Није била потребна здравствена заштита	49	16,3	64	14,4	113	15,2	
Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да сте имали потребу за дијагностиком, лечењем, рехабилитацијом али је нисте могли остварити због финансијских разлога?							
Да	61	20,3	91	20,4	152	20,3	0,999
Не	181	60,1	268	60,0	449	60,0	
Није била потребна здравствена заштита	59	19,6	88	19,7	147	19,7	
Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да сте имали потребу за стоматолошком здравственом заштитом али је нисте могли остварити због финансијских разлога?							
Да	42	14,0	69	15,4	111	14,8	0,252
Не	171	56,8	273	60,8	444	59,2	
Није била потребна здравствена заштита	88	29,2	107	23,8	195	26,0	
Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да сте имали потребу за прописивањем лекова али је нисте могли остварити због финансијских разлога?							
Да	60	19,9	103	23,0	163	21,8	0,146
Не	191	63,5	292	65,2	483	64,5	
Није била потребна здравствена заштита	50	16,6	53	11,8	103	13,8	

Варијабле	ПОЛ				Укупно		p
	Мушки		Женски		n	%	
	n	%	n	%			
Да ли Вам се у претходних 12 месеци десило да сте имали потребу за заштитом менталног здравља али је нисте могли остварити због финансијских разлога?							
Да	11	3,7	23	5,1	34	4,6	0,526
Не	155	51,8	218	48,8	373	50,0	
Није била потребна здравствена заштита							
Неостварене потреба за здравственом заштитом (Процент становништва са неоствареним здравственим потребама)							
Имао неостварену потребу	108	35,9	167	37,2	275	36,7	0,773
Не или није била потребна здравствена заштита	193	64,1	282	62,8	475	63,3	

Уколико анализирамо неостварене здравствене потребе у односу на квинтиле благостања испитаника, уочавамо да је међу сиромашнима статистички значајно највећи проценат испитаника са неоствареним здравственим потребама (41,1%) у односу на остале испитанике ($\chi^2=8,909$; $p=0,012$) (табела 55).

Табела 55 Неостварене потребе за здравственом заштитом у односу квинтиле благостања

Квинтили благостања	Неостварена потреба за здравственом заштитом				Укупно		p
	Имао неостварену потребу		Не или није била потребна здравствена заштита		n	%	
	n	%	n	%			
Богати	44	30,3	101	69,7	145	100	0,012
Средњи слој	50	30,5	114	69,5	164	100	
Сиромашни	182	41,1	261	58,9	443	100	

4.6. Задовољство пруженом здравственом заштитом и издвајање за здравствену заштиту

Скоро две трећине испитаника је веома задовољно или задовољно државном (64,0%), односно приватном (64,3%) здравственом службом. У односу на пол нема статистички значајне разлике у задовољству. Нешто више испитаника је исказало своје незадовољство државном у односу на приватну здравствену службу (17,3% vs 10,4%).

Чак 81% испитаника наводи да је издвајао новац за ванболничку здравствену заштиту (издвајање „из цепа“) у месецу који је претходио истраживању, при чему је више жена (84,0%) у односу на мушкарце (76,5%) ($\chi^2=6,067$; $p=0,014$). У месецу који је претходио истраживању, 50% испитаника је издвајало до 2000 динара. Највише испитаника је издвајало месечно између 1000-2499 динара, (24,2%), 16,5% наводи да је издвојило више од 10000 динара (више од 120 америчких долара). Најмањи износ (мање од 1000 динара) је издвојило 14,2% испитаника (табела 56).

Табела 56 Задовољство здравственом службом и издвајање за здравствену заштиту у односу на пол

Варијабле	ПОЛ				Укупно		p
	Мушки		Женски		n	%	
	n	%	n	%			
Какво је у целини задовољство здравственом службом (државном)?							
Веома задовољан и задовољан	188	62,5	292	65,0	480	64,0	0,768
Ни задовољан ни незадовољан	59	19,6	81	18,0	140	18,7	
Јако незадовољан и незадовољан	54	17,9	76	16,9	130	17,3	
Какво је у целини задовољство здравственом службом (приватном)?							
Веома задовољан и задовољан	98	68,1	125	61,6	223	64,3	0,263
Ни задовољан ни незадовољан	30	20,8	58	28,6	88	25,4	
Јако незадовољан и незадовољан	16	11,1	20	9,9	36	10,4	
Издавајње „из цепа“ за ванболничку здравствену заштиту-вредност у динарима у претходне 4 недеље							
0 динара	71	23,5	72	16,0	143	19,0	0,018
1-999 динара	41	13,6	66	14,7	107	14,2	
1000-2499 динара	55	18,2	127	28,3	182	24,2	
2500-4999 динара	44	14,6	62	13,8	106	14,1	
5000-9999 динара	38	12,6	51	11,4	89	11,9	
10000+ динара	53	17,5	71	15,8	124	16,5	

4.7. Повезаност самопроцене здравља и независних чиниоца

Повезаност самопроцене здравља и независних чиниоца је анализирана конструисањем модела мултиваријантне логистичке регресије. Као зависне варијабле посматрани су односи исхода у оквиру самопроцене здравља: просечно наспрам добро здравље и лоше наспрам добро здравље. Као независне варијабле су коришћене пол, старост, брачно стање, тип насеља, образовање, материјално стање домаћинства, издвајање за здравствену заштиту-„потрошња из џепа“, пушење, злоупотреба алкохола, стање ухрањености, преваленција хипертензије и потенцијалне хипертензије, инструменталне активности дневног живота, укупан морбидитет, телесни бол, број зуба који им недостаје, присуство депресије и социјална подршка.

У моделу 1 где је испитивана повезаност самопроцене здравља и демографских и социјално-економских варијабли уочава се да су испитаници који су припадали средњем слоју имали 2,2 пута (OR=2,20; 95%CI=[1,24-3,89]; p=0,007) а испитаници из сиромашног слоја 2,68 пута (OR=2,68; 95%CI=[1,56-4,60]; p<0,001) већу шансу да своје здравље процене као просечно.

У моделу 2 у ком је поред демографских и социјално-економских варијабли испитивана повезаност и стилова живота (пушење и конзумирање алкохола), утврђено је да поред значајне повезаности квинтила благостања и самопроцене здравља, постоји и повезаност која указује да испитаници који су научесталије конзумирали алкохол 0,45 пута ређе процењују своје здравље као просечно (OR=0,45; 95%CI=[0,25-0,82]; p=0,008) у односу на оне који не конзумирају.

Модел 3 је поред демографских, социјално-економских варијабли и стилова живота обухватио и објективне показатеље здравља, као што су стање ухрањености, преваленција хипертензије, инструменталне активности дневног живота, укупан морбидитет, присуство телесног бола, стање оралног здравља, депресију и социјалну подршку. Као и у свим осталим моделима, припадност квинтилима благостања је високо статистички значајно повезано, односно испитаници који су припадали средњем слоју су имали 2,5 пута (OR=2,50; 95%CI=[1,21-5,17]; p=0,014) а испитаници из сиромашног слоја скоро 3,5 пута (OR=3,48; 95%CI=[1,73-7,01]; p<0,001) већу шансу да своје здравље процене као просечно у односу на богате. Висока повезаност постоји и између морбидитета и самопроцене здравља. Испитаници који болују од 1 хроничне болести имају скоро три пута (OR=2,81; 95%CI=[1,34-5,87]; p=0,006) а испитаници који болују од две или више болести чак четири пута (OR=4,26; 95%CI=[2,10-8,64]; p<0,001) већу шансу да здравље процене као просечно у односу на оне који наводе да не болују

ни од једне болести. У овом моделу се такође издваја повезаност социјалне подршке и самопроцене здравља, при чему испитаници који су имали умерену социјалну подршку имају за 78% (OR=1,78; 95%CI=[1,05-3,02]; p=0,033) већу шансу да оцене своје здравље као просечно у односу на испитанике који су имали јаку социјалну подршку.

Резултати повезаности самопроцене здравља, посматрано просечно у односу на добро здравље, са демографским, социјално-економским варијаблама, стиловима живота и објективним показатељима здравља приказани су у табели 57.

У моделима у којима је зависна варијабла самопроцена здравља представљена односом исхода лоше наспрам добро здравље, још израженије су присутне неједнакости, односно уочавају се веће вредности за однос шанси. У овим моделима издаваја се неколико значајних предиктора (табела 58).

У моделу 1 и моделу 2, високо статистички значајно, жене су имале више од два пута (OR=2,14; 95%CI=[1,42-3,23]; p<0,001) већу шансу да оцене своје здравље као лоше у односу на мушкарце. У моделу 1, поред пола истичу се и чиниоци који припадају социјално-економским карактеристикама. Испитаници који имају завршену основну школу су имали више од два пута веће шансе да процене здравље као лоше (OR=2,56; 95%CI=[1,25-5,22]; p=0,010) у односу на оне са вишим и високим образовањем, као и они који припадају средњем слоју (OR=1,83; 95%CI=[1,02-3,28]; p=0,043) и сиромашни (OR=2,36; 95%CI=[1,37-4,07]; p=0,002) у односу на богате.

Када се у модел уврсте и стилови живота, уочава се да су бивши пушачи имали за 83% већу шансу (OR=1,83; 95%CI=[1,04-3,21]; p=0,035) за лошије здравље, док су испитаници који најучесталије конзумирају алкохол имали мање шансе да процене своје здравље као лоше (OR=0,35; 95%CI=[0,19-0,64]; p=0,001).

Иако је пол био значајно повезан са самопроценом здравља у моделу 1 и моделу 2, додавање објективних показатеља здравља у модел 3 је утицало на то да повезаност није значајна. У последњем моделу, поред припадности квинтилима благостања као значајни су се показали и објективни показатељи здравља. Испитаници који имају умерена до тешка ограничења у обављању *IADL* су имали више од три пута (OR=3,33; 95%CI=[1,28-8,69]; p=0,014) веће шансе да процене здравље као лоше. Такође, старе особе које болују од 2 или више хроничних болести имају чак 13 пута веће шансе (OR=13,25; 95%CI=[4,05-43,3]; p<0,001) да процене здравље као лоше у односу на оне које немају хроничних болести/стања. Присутан телесни бол се такође показао као значајан предиктор самопроцене здравља. Испитаници који су навели да су имали бол у месецу који је претходио истраживању су имали више од два пута већу вероватноћу за лошије здравље мерено самопроценом. Благи депресивни симптоми и депресивна

епизода (варијабла присуство депресивних симптома је у овом моделу приказана као дихотомна) код испитаника је значила 9 пута већу шансу (OR=8,90; 95%CI=[3,71-21,32]; $p<0,001$) за то да испитаници процене своје здравље као лоше у односу на оне без симптома депресије. Код испитаника са лошом социјалном подршком, шанса да оцене своје здравље као лоше је била три пута већа (OR=3,00; 95%CI=[1,08-8,34]; $p=0,035$) од испитаника са јаком социјалном подршком (табела 58).

Табела 57 Повезаност самопроцене здравља (просечно наспрам добро) са независним чиниоцима (униваријантна и мултиваријантна логистичка регресија)

Варијабле	Самопроцена здравља							
	Униваријантна анализа		Мултиваријантна анализа					
	Просечно/добро		Просечно/добро					
	OR (95%CI)	P	Модел 1		Модел 2		Модел 3	
OR (95%CI)			P	OR (95%CI)	P	OR (95%CI)	P	
Пол								
Мушки	1		1		1		1	
Женски	1,44 (0,99-2,07)	0,051	1,46 (0,96-2,22)	0,079	1,45 (0,88-2,41)	0,147	1,56 (0,87-2,80)	0,138
Године старости у категоријама								
65-74	1		1		1		1	
75-84	1,01 (0,68-1,49)	0,956	0,97 (0,63-1,49)	0,895	0,99 (0,60-1,53)	0,847	0,84 (0,49-1,47)	0,548
85+	0,67 (0,31-1,46)	0,312	0,66 (0,29-1,51)	0,328	1,09 (0,41-2,90)	0,870	1,18 (0,32-4,32)	0,801
Брачно стање								
Живи у брачној или ванбрачној заједници	1		1		1		1	
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	0,87 (0,60-1,25)	0,447	0,71 (0,46-1,09)	0,121	0,69 (0,44-1,11)	0,127	0,79 (0,46-1,34)	0,380
Тип насеља								
Градска насеља	1		1		1		1	
Остала насеља	1,36 (0,94-1,97)	0,102	1,02 (0,67-1,55)	0,917	1,06 (0,67-1,67)	0,804	1,10 (0,64-1,88)	0,722
Образовање								
Виша и висока школа	1		1		1		1	
Средња школа	1,43 (0,82-2,51)	0,211	1,13 (0,63-2,04)	0,681	0,99 (0,52-1,90)	0,981	0,81 (0,38-1,71)	0,580
Основна школа	2,36 (1,30-4,26)	0,004	1,49 (0,78-2,86)	0,230	1,32 (0,64-2,72)	0,458	1,44 (0,63-3,30)	0,393
Непотпуна основна школа и без основне школе	1,57 (0,87-2,84)	0,134	0,93 (0,47-184)	0,828	0,79 (0,37-1,68)	0,537	0,60 (0,24-1,50)	0,274
Квинтили благостања								
Богати	1		1		1		1	
Средњи слој	2,38 (1,37-4,11)	0,002	2,20 (1,24-3,89)	0,007	2,25 (1,20-4,21)	0,011	2,50 (1,21-5,17)	0,014

Варијабле	Самопроцена здравља							
	Униваријантна анализа				Мултваријантна анализа			
	Просечно/добро		Просечно/добро					
			Модел 1		Модел 2		Модел 3	
	OR (95%CI)	P	OR (95%CI)	P	OR (95%CI)	P	OR (95%CI)	P
Сиромашни	2,69 (1,69-4,29)	<0,001	2,68 (1,56-4,60)	<0,001	2,67 (1,48-4,83)	0,001	3,48 (1,73-7,01)	<0,001
Пушење								
Непушач	1				1		1	
Бивши пушач	0,79 (0,49-1,28)	0,344			1,14 (0,66-1,99)	0,638	1,14 (0,60-2,18)	0,691
Пушач	0,85 (0,49-1,47)	0,553			1,12 (0,59-2,10)	0,734	1,33 (0,64-2,75)	0,441
Алкохол								
Никада не конзумира или не у протеклих 12 месеци	1				1		1	
1-3 дана месечно и ређе	0,63 (0,38-1,06)	0,082			0,82 (0,46-1,45)	0,490	0,93 (0,48-1,78)	0,823
1-2 дана недељно и чешће	0,37 (0,23-0,61)	<0,001			0,45 (0,25-0,82)	0,008	0,60 (0,29-1,09)	0,086
Стање ухрањености (Индекс телесне масе BMI)								
Нормално ухрањени	1						1	
Предгојазни	1,22 (0,78-1,91)	0,384					1,26 (0,70-2,27)	0,434
Гојазни	1,38 (0,83-2,27)	0,210					1,42 (0,73-2,77)	0,298
Преваленца хипертензије и потенцијалне хипертензије								
Нема хипертензију	1						1	
Има хипертензију	1,24 (0,75-2,04)	0,400					0,98 (0,50-1,90)	0,947
Инструменталне активности дневног живота (кућне активности)								
Без ограничења	1						1	
Лака ограничења	1,24 (0,84-1,86)	0,281					0,98 (0,57-1,67)	0,936
Умерена до тешка	1,96 (1,15-3,34)	0,013					1,90 (0,87-4,12)	0,105
Укупан морбидитет								
Без морбидитета	1						1	

Варијабле	Самопроцена здравља							
	Униваријантна анализа				Мултиваријантна анализа			
	Просечно/добро		Просечно/добро					
			Модел 1		Модел 2		Модел 3	
	OR (95%CI)	P	OR (95%CI)	P	OR (95%CI)	P	OR (95%CI)	P
1 болест	2,28 (1,27-4,11)	0,006					2,81 (1,34-5,87)	0,006
2 или више болести	4,28 (2,48-7,38)	<0,001					4,26 (2,10-8,64)	<0,001
Телесни бол у претходне 4 недеље								
Без бола, веома слаб и слаб	1						1	
Умерен	1,99 (1,22-3,25)	0,006					1,37 (0,71-2,65)	0,343
Јак и веома јак	2,00 (1,07-3,72)	0,029					1,35 (0,60-3,04)	0,473
Број зуба који им недостаје								
0-5 зуба	1						1	
6 и више, али не сви	1,53 (0,86-2,71)	0,149					1,25 (0,58-2,70)	0,577
Сви (нема ниједан зуб)	1,19 (0,65-2,17)	0,564					0,92 (0,41-2,04)	0,830
Присуство депресије (PHQ-8 скор)								
Без симптома депресије	1						1	
Благи депресивни симптоми	1,47 (0,74-2,88)	0,269					1,15 (0,45-2,94)	0,762
Депресивна епизода	11,82 (1,34-104,12)	0,026					1,27 (0,11-14,9)	0,848
Социјална подршка (Осло-3 скала)								
Јака	1						1	
Умерена	1,65 (1,11-2,45)	0,014					1,78 (1,05-3,02)	0,033
Лоша	1,67 (0,90-3,09)	0,101					1,90 (0,85-4,25)	0,120

Модел 1 (демографске и социјално-економске варијабле); Модел 2 (демографске, социјално-економске варијабле и стилови живота); Модел 3 (демографске, социјално-економске варијабле, стилови живота и објективни показатељи здравља)

Табела 58 Повезаност самопроцене здравља (лоше наспрам добро) са независним чиниоцима (универијантна и мултиваријантна логистичка регресија)

Варијабле	Самопроцена здравља							
	Универијантна анализа		Мултиваријантна анализа					
	Лоше/добро		Лоше/добро					
	OR (95%CI)	P	Модел 1		Модел 2		Модел 3	
OR (95%CI)			P	OR (95%CI)	P	OR (95%CI)	P	
Пол								
Мушки	1		1		1		1	
Женски	1,94 (1,34-2,79)	<0,001	1,90 (1,23-2,94)	0,004	2,01 (1,19-3,40)	0,009	2,25 (0,99-5,12)	0,053
Године старости у категоријама								
65-74	1		1		1		1	
75-84	1,47 (1,00-2,15)	0,047	1,39 (0,91-2,12)	0,131	1,43 (0,90-2,28)	0,130	1,05 (0,51-2,16)	0,899
85+	1,07 (0,52-2,19)	0,855	0,82 (0,38-1,77)	0,610	1,10 (0,41-2,95)	0,842	1,14 (0,18-7,16)	0,885
Брачно стање								
Живи у брачној или ванбрачној заједници	1		1		1		1	
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	1,12 (0,79-1,60)	0,522	0,73 (0,47-1,12)	0,154	0,64 (0,40-1,03)	0,067	0,53 (0,25-1,11)	0,091
Тип насеља								
Градска насеља	1		1		1		1	
Остала насеља	1,46 (1,02-2,10)	0,041	1,05 (0,69-1,59)	0,832	0,99 (0,62-1,58)	0,980	0,79 (0,38-1,65)	0,534
Образовање								
Виша и висока школа	1		1		1		1	
Средња школа	2,2 (1,17-4,15)	0,015	1,81 (0,93-3,51)	0,079	1,33 (0,65-2,71)	0,438	0,84 (0,29-2,41)	0,743
Основна школа	4,11 (2,13-7,91)	<0,001	2,56 (1,25-5,22)	0,010	2,17 (0,99-4,74)	0,053	2,41 (0,77-7,55)	0,130
Непотпуна основна школа и без основне школе	3,90 (2,05-7,40)	<0,001	2,06 (0,99-4,28)	0,052	1,68 (0,75-3,76)	0,206	1,02 (0,30-3,51)	0,969
Квинтили благостања								

Варијабле	Самопроцена здравља							
	Униваријантна анализа				Мултиваријантна анализа			
	Лоше/добро				Лоше/добро			
			Модел 1	Модел 2		Модел 3		
	OR (95%CI)	P	OR (95%CI)	P	OR (95%CI)	P	OR (95%CI)	P
Богати	1		1		1		1	
Средњи слој	2,2 (1,26-3,83)	0,006	1,83 (1,02-3,28)	0,043	2,18 (1,14-4,18)	0,018	2,72 (1,03-7,18)	0,043
Сиромашни	3,21 (2,01-5,11)	<0,001	2,36 (1,37-4,07)	0,002	2,50 (1,36-4,60)	0,003	2,92 (1,18-7,20)	0,020
Пушење								
Непушач	1				1		1	
Бивши пушач	0,95 (0,60-1,50)	0,835			1,83 (1,04-3,21)	0,035	2,19 (0,92-5,22)	0,077
Пушач	0,85 (0,49-1,46)	0,552			1,76 (0,92-3,36)	0,088	1,97 (0,73-5,35)	0,181
Алкохол								
Никада не конзумира или не у протеклих 12 месеци	1				1		1	
1-3 дана месечно и ређе	0,44 (0,26-0,74)	0,002			0,62 (0,34-1,13)	0,121	0,83 (0,34-2,05)	0,692
1-2 дана недељно и чешће	0,28 (0,16-0,46)	<0,001			0,35 (0,19-0,64)	0,001	0,48 (0,19-1,21)	0,120
Стање ухрањености (Индекс телесне масе BMI)								
Нормално ухрањени	1						1	
Предгојазни	1,34 (0,84-2,13)	0,223					1,30 (0,58-2,91)	0,525
Гојазни	1,70 (1,02-2,83)	0,041					1,06 (0,43-2,62)	0,896
Преваленца хипертензије и потенцијалне хипертензије								
Нема хипертензију	1						1	
Има хипертензију	1,43 (0,86-2,37)	0,163					0,71 (0,29-1,72)	0,444
Инструменталне активности дневног живота (кућне активности)								
Без ограничења	1						1	
Лака ограничења	2,42 (1,54-3,80)	<0,001					1,06 (0,50-2,26)	0,880
Умерена до тешка	10,16	<0,001					3,33	0,014

Варијабле	Самопроцена здравља							
	Униваријантна анализа			Мултиваријантна анализа				
	Лоше/добро		Лоше/добро					
			Модел 1		Модел 2		Модел 3	
	OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P	OR (95% CI)	P
	(5,98-17,25)						(1,28-8,69)	
Укупан морбидитет								
Без морбидитета	1						1	
1 болест	2,61 (1,09-6,22)	0,031					3,40 (0,89-13,01)	0,074
2 или више болести	18,49 (8,54-40,06)	<0,001					13,25 (4,05-43,3)	<0,001
Телесни бол у претходне 4 недеље								
Без бола, веома слаб и слаб	1						1	
Умерен	4,28 (2,61-7,03)	<0,001					2,61 (1,19-5,73)	0,017
Јак и веома јак	11,50 (6,50-20,32)	<0,001					2,81 (1,20-6,60)	0,017
Број зуба који им недостаје								
0-5 зуба	1						1	
6 и више, али не сви	2,67 (1,39-5,12)	0,003					1,64 (0,50-5,40)	0,412
Сви (нема ниједан зуб)	2,54 (1,31-4,96)	0,006					1,23 (0,37-4,06)	0,738
Присуство депресије (PHQ-8 скор)								
Без симптома депресије	1						1	
Благи депресивни симптоми и депресивна епизода	13,90 (7,88-24,51)	<0,001					8,90 (3,71-21,32)	<0,001
Социјална подршка (Осло-3 скала)								
Јака	1						1	
Умерена	1,87 (1,25-2,81)	0,002					1,74 (0,85-3,58)	0,130
Лоша	3,53 (1,98-6,28)	<0,001					3,00 (1,08-8,34)	0,035

Модел 1 (демографске и социјално-економске варијабле); Модел 2 (демографске, социјално-економске варијабле и стилови живота); Модел 3 (демографске, социјално-економске варијабле, стилови живота и објективни показатељи здравља)

4.8. Повезаност коришћења здравствене заштите и независних чиниоца

4.8.1. Повезаност посета лекару опште медицине и независних чиниоца

Повезаност посета лекару опште медицине у претходних 12 месеци и независних чиниоца је анализирана конструисањем два модела мултиваријантне логистичке регресије.

У моделу 1 у ком је испитивана повезаност зависне варијабле и демографских и социјално-економских детерминанти, можемо приметити да пол, брачно стање и тип насеља у коме испитаници имају пребивалиште није значајно повезано са посетом лекару опште медицине. Особе са завршеном средњом школом су имале скоро два пута већу шансу ($OR=1,95$; $95\%CI=[1,10-3,45]$; $p=0,023$), а са завршеном основном школом 2,18 пута већу шансу ($OR=2,18$; $95\%CI=[1,28-3,71]$; $p=0,004$) да посете лекара опште медицине у односу на оне са најнижим нивоом образовања (непотпуна основна школа и без основне школе). Материјално стање исказано квинтилима благостања је такође значајно повезано, при чему су богати испитаници имали два пута већу шансу ($OR=2,13$; $95\%CI=[1,02-4,45]$; $p=0,044$) да посете лекара опште медицине у односу на сиромашне. Када је у питању издвајање за ванболничку здравствену заштиту из сопствених средстава, они који су додатно издвајали су имали чак скоро четири пута већу шансу ($OR=3,81$; $95\%CI=[2,40-6,05]$; $p<0,001$) да посете лекара опште медицине у претходних 12 месеци.

У униваријантној анализи уочава се да су пушачи имали два пута већу шансу у односу на непушаче ($OR=2,39$; $95\%CI=[1,11-5,14]$; $p=0,025$) да посете лекара. Испитаници који су оценили здравље као просечно имали су два пута већу шансу ($OR=2,06$; $95\%CI=[1,27-3,32]$; $p=0,003$) као и испитаници који су га оценили као лоше и веома лоше ($OR=2,25$; $95\%CI=[1,39-3,64]$; $p=0,001$) да посете лекара. Такође, поред ових варијабли у униваријантној анализи постоји повезаност са могућношћу обављања *IADL*, односно испитаници који су имали умерена до тешка ограничења су имали за 42% мање шансе ($OR=0,58$; $95\%CI=[0,36-0,94]$; $p=0,026$) да посете лекара опште медицине у односу на оне без ограничења. Иако у униваријантној анализи постоји повезаност код ових варијабли у мултиваријантном моделу 2 где су поред демографских, социјално-економских варијабли укључене варијабле које се односе на стилове живота и показатеље здравља уочава се да осим образовања и материјалног стања, као у првом моделу, значајна повезаност постоји једино са присуством

хроничних болести. Испитаници који су навели да болују од једне хроничне болести су имали три пута већу шансу (OR=2,91; 95%CI=[1,25-6,81]; p=0,013), а они са мултиморбидитетом чак осам пута већу шансу (OR=8,64; 95%CI=[3,45-21,63]; p<0,001) да посете лекара опште медицине у претходних 12 месеци (табела 59).

Табела 59 Повезаност посета лекару опште медицине у претходних 12 месеци са независним чиниоцима (униваријантна и мултиваријантна логистичка регресија)

Варијабле	Посета лекару опште медицине у претходних 12 месеци					
	Униваријантна анализа		Мултиваријантна анализа			
	Да/Не		Модел 1		Модел 2	
	OR (95%CI)	р	OR (95%CI)	р	OR (95%CI)	р
Пол						
Мушки	1		1		1	
Женски	0,77 (0,51-1,16)	0,219	0,85 (0,53-1,37)	0,501	0,93 (0,43-2,02)	0,858
Брачно стање						
Живи у брачној или ванбрачној заједници	1		1		1	
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	0,83 (0,56-1,23)	0,346	1,02 (0,65-1,59)	0,939	1,05 (0,55-2,00)	0,892
Тип насеља						
Градска насеља	1		1		1	
Остала насеља	0,56 (0,58-1,27)	0,444	1,17 (0,74-1,83)	0,500	1,05 (0,54-2,04)	0,875
Образовање						
Виша и висока школа	3,35 (1,53-7,31)	0,002	2,31 (0,96-5,54)	0,060	3,2 (0,93-11,04)	0,065
Средња школа	2,22 (1,35-3,66)	0,002	1,95 (1,10-3,45)	0,023	2,25 (0,93-5,42)	0,072
Основна школа	2,02 (1,22-3,34)	0,006	2,18 (1,28-3,71)	0,004	3,01 (1,32-6,83)	0,009
Непотпуна основна школа и без основне школе	1		1		1	
Квинтили благостања						
Богати	2,82 (1,46-5,45)	0,002	2,13 (1,02-4,45)	0,044	3,05 (1,03-9,07)	0,045
Средњи слој	1,16 (0,72-1,88)	0,536	0,99 (0,58-1,68)	0,965	1,21 (0,55-2,66)	0,634
Сиромашни	1		1		1	
Издајање „из цепа“ за ванболничку здравствену заштиту у претходне 4 недеље						
Није издавао	1		1		1	
Издавао	3,62 (2,33-5,63)	<0,001	3,81 (2,40-6,05)	<0,001	2,17 (1,06-4,42)	0,033
Пушење						
Непушач	1				1	
Бивши пушач	1,25 (0,75-2,10)	0,394			1,08 (0,46-2,56)	0,860
Пушач	2,39 (1,11-5,14)	0,025			1,92 (0,69-5,33)	0,210
Алкохол						
Никада не конзумира или не у протеклих 12 месеци	1				1	
1-3 дана месечно и ређе	1,12 (0,61-2,06)	0,704			0,67 (0,28-1,59)	0,362

Варијабле	Посета лекару опште медицине у претходних 12 месеци					
	Униваријантна анализа		Мултиваријантна анализа			
	Да/Не	p	Да/Не		p	
			Модел 1	Модел 2	Модел 1	Модел 2
OR (95%CI)		OR (95%CI)		OR (95%CI)		
1-2 дана недељно и чешће	0,84 (0,48-1,46)	0,543			0,57 (0,24-1,37)	0,211
Социјална подршка (Осло-3 скала)						
Јака	1			1		
Умерена	1,11 (0,71-1,73)	0,640			1,50 (0,78-2,89)	0,227
Лоша	0,98 (0,53-1,80)	0,948			1,46 (0,53-4,01)	0,467
Самопроцена здравља						
Веома добро и добро	1			1		
Просечно	2,06 (1,27-3,32)	0,003			1,63 (0,80-3,35)	0,180
Веома лоше и лоше	2,25 (1,39-3,64)	0,001			2,75 (1,00-7,62)	0,051
Присуство депресије (PHQ-8 скор)						
Без симптома депресије	1			1		
Благи депресивни симптоми	1,47 (0,79-2,72)	0,222			1,31 (0,44-3,90)	0,629
Депресивна епизода	0,71 (0,40-1,29)	0,265			1,29 (0,30-5,60)	0,737
Телесни бол у претходне 4 недеље						
Без бола, веома слаб и слаб	1			1		
Умерен	1,26 (0,75-2,10)	0,375			0,83 (0,35-1,95)	0,664
Јак и веома јак	1,20 (0,72-1,98)	0,486			0,54 (0,21-1,37)	0,197
Стање ухрањености (Индекс телесне масе BMI)						
Нормално ухрањени	1			1		
Предгојазни	1,04 (0,61-1,78)	0,872			1,11 (0,53-2,33)	0,778
Гојазни	0,90 (0,51-1,59)	0,719			0,91 (0,40-2,06)	0,828
Инструменталне активности дневног живота (кућне активности)						
Без ограничења	1			1		
Лака ограничења	1,09 (0,66-1,79)	0,727			0,72 (0,34-1,50)	0,379
Умерена до тешка	0,58 (0,36-0,94)	0,026			0,51 (0,21-1,23)	0,134
Укупан морбидитет						
Без морбидитета	1			1		
1 болест	2,39 (1,31-4,35)	0,005			2,91 (1,25-6,81)	0,013
2 или више болести	8,05 (4,54-14,28)	<0,001			8,64 (3,45-21,63)	<0,001

Модел 1 (демографске и социјално-економске варијабле); Модел 2 (демографске, социјално-економске варијабле, стилови живота и показатељи здравља)

4.8.2. Повезаност посета лекару специјалисти и независних чиниоца

Повезаност посета лекару специјалисти у претходних 12 месеци и независних чиниоца је анализирана како униваријантном анализом тако и конструисањем два модела мултиваријантне логистичке регресије.

У моделу 1 у ком је испитивана повезаност зависне варијабле и демографских и социјално-економских детерминанти, можемо приметити слично као код посета лекару опште медицине, да пол, брачно стање и тип насеља у коме испитаници имају пребивалиште није значајно повезано са посетом лекару специјалисти (иако су униваријантном анализом испитаници који живе у ванградским насељима имали за 40% мању шансу да посете лекара специјалисту ($OR=0,60$; $95\%CI=[0,44-0,80]$; $p=0,001$)). Особе са завршеном вишом или високом школом су имале више од три пута већу шансу ($OR=3,34$; $95\%CI=[1,79-6,24]$; $p<0,001$) а особе са завршеном средњом школом скоро два пута већу шансу ($OR=1,66$; $95\%CI=[1,08-2,57]$; $p=0,022$) да посете лекара специјалисту у односу на оне са најнижим нивоом образовања (непотпуна основна школа и без основне школе). Иако у униваријантној анализи постоји значајна повезаност, у моделу 1 квинтили благостања нису значајно повезани са посетама лекару специјалисти. Они који су издвајали из џепа за ванболничку здравствену заштиту су имали скоро пет пута већу шансу ($OR=4,59$; $95\%CI=[2,92-7,23]$; $p<0,001$) да посете лекара специјалисту у претходних 12 месеци.

У моделу 2, особе са завршеном вишом или високом школом су имале више од два пута већу шансу ($OR=2,51$; $95\%CI=[1,11-5,67]$; $p=0,026$) да посете лекара специјалисту у односу на оне са најнижим нивоом образовања, а квинтили благостања су у овом моделу значајно повезани са посетом лекару специјалисти, и то тако да су богати имали два пута већу шансу да посете лекара специјалисту ($OR=2,15$; $95\%CI=[1,16-3,97]$; $p=0,015$), као и припадници средњег слоја ($OR=2,01$; $95\%CI=[1,16-3,47]$; $p=0,012$) у односу на сиромашне. Ризични стилови живота нису били значајно повезани са зависном варијаблом, иако се у униваријантној анализи уочава да су бивши пушачи имали за 65% већу шансу у односу на непушаче ($OR=1,65$; $95\%CI=[1,13-2,42]$; $p=0,010$) да посете лекара специјалисту и испитаници који конзумирају алкохол 2-3 дана месечно и ређе су имали за 56% већу шансу ($OR=1,56$; $95\%CI=[1,01-2,41]$; $p=0,043$) да посете лекара специјалисту од оних који га не конзумирају. Они који су оценили здравље као просечно имали су за 60% ($OR=0,40$; $95\%CI=[0,23-0,69]$; $p=0,001$) односно као веома добро и добро за 77% мању шансу ($OR=0,23$; $95\%CI=[0,12-0,43]$; $p<0,001$) да посете лекара специјалисту од оних који га процењују као лоше или веома лоше. Такође, испитаници са лошом социјалном подршком су имали за 49% мању шансу да посете специјалисту ($OR=0,51$; $95\%CI=[0,26-0,99]$; $p=0,047$). Постоји значајна

повезаност телесног бола са посетама лекару специјалисти, односно испитаници са јаким болом имали су скоро два пута већу шансу (OR=1,84; 95%CI=[1,01-3,34]; p=0,045) да посете специјалисту. Испитаници са мултиморбидитетом имали су скоро три пута (OR=2,54; 95%CI=[1,23-5,27]; p=0,012) већу шансу да посете лекара специјалисту у претходних 12 месеци у односу на оне који немају хроничне болести (табела 60).

Табела 60 Повезаност посета лекару специјалисти у претходних 12 месеци са независним чиниоцима (униваријантна и мултиваријантна логистичка регресија)

Варијабле	Посета лекару специјалисти у претходних 12 месеци					
	Униваријантна анализа		Мултиваријантна анализа			
	Да/Не		Да/Не			
	OR (95%CI)	p	Модел 1		Модел 2	
OR (95%CI)			p	OR (95%CI)	p	
Пол						
Мушки	1		1		1	
Женски	0,90 (0,67-1,21)	0,478	1,07 (0,75-1,52)	0,719	1,02 (0,61-1,70)	0,939
Брачно стање						
Живи у брачној или ванбрачној заједници	1		1		1	
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	0,77 (0,58-1,03)	0,080	0,84 (0,60-1,17)	0,295	1,01 (0,65-1,58)	0,961
Тип насеља						
Градска насеља	1		1		1	
Остала насеља	0,60 (0,44-0,80)	0,001	0,81 (0,58-1,15)	0,240	0,82 (0,52-1,29)	0,384
Образовање						
Виша и висока школа	4,43 (2,57-7,62)	<0,001	3,34 (1,79-6,24)	<0,001	2,51 (1,11-5,67)	0,026
Средња школа	2,02 (1,38-2,95)	<0,001	1,66 (1,08-2,57)	0,022	1,28 (0,70-2,37)	0,421
Основна школа	1,38 (0,94-2,04)	0,104	1,38 (0,92-2,09)	0,122	1,03 (0,58-1,82)	0,929
Непотпуна основна школа и без основне школе	1		1		1	
Квинтили благостања						
Богати	2,40 (1,62-3,55)	<0,001	1,47 (0,93-2,33)	0,097	2,15 (1,16-3,97)	0,015
Средњи слој	1,83 (1,28-2,64)	0,001	1,43 (0,95-2,15)	0,082	2,01 (1,16-3,47)	0,012
Сиромашни	1		1		1	
Издавање „из цепа“ за ванболничку здравствену заштиту у претходне 4 недеље						
Није издавао	1		1		1	
Издавао	4,67 (3,01-7,24)	<0,001	4,59 (2,92-7,23)	<0,001	2,71 (1,47-4,97)	0,001
Пушење						
Непушач	1				1	
Бивши пушач	1,65 (1,13-2,42)	0,010			1,67 (0,94-2,94)	0,078
Пушач	0,90 (0,58-1,40)	0,642			0,75 (0,41-1,36)	0,338
Алкохол						
Никада не конзумира или не у протеклих 12 месеци	1				1	
1-3 дана месечно и ређе	1,56 (1,01-2,41)	0,043			1,81 (1,00-3,29)	0,051

Посета лекару специјалисти у претходних 12 месеци						
Варијабле	Униваријантна анализа		Мултиваријантна анализа			
	Да/Не		Да/Не			
			Модел 1		Модел 2	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
1-2 дана недељно и чешће	1,05 (0,67-1,58)	0,816			1,05 (0,57-1,92)	0,875
Социјална подршка (Осло-3 скала)						
Јака	1				1	
Умерена	0,78 (0,56-1,09)	0,148			0,77 (0,49-1,23)	0,283
Лоша	0,88 (0,56-1,37)	0,566			0,51 (0,26-0,99)	0,047
Самопроцена здравља						
Веома добро и добро	0,31 (0,21-0,45)	<0,001			0,23 (0,12-0,43)	<0,001
Просечно	0,50 (0,34-0,69)	<0,001			0,40 (0,23-0,69)	0,001
Веома лоше и лоше	1				1	
Присуство депресије (PHQ-8 скор)						
Без симптома депресије	1				1	
Благи депресивни симптоми	1,40 (0,93-2,11)	0,106			0,69 (0,37-1,29)	0,248
Депресивна епизода	1,52 (0,94-2,45)	0,088			1,73 (0,69-4,35)	0,246
Телесни бол у претходне 4 недеље						
Без бола, веома слаб и слаб	1				1	
Умерен	1,77 (1,22-2,56)	0,002			1,62 (0,95-2,77)	0,074
Јак и веома јак	2,13 (1,46-3,09)	<0,001			1,84 (1,01-3,34)	0,045
Стање ухрањености (Индекс телесне масе BMI)						
Нормално ухрањени	1				1	
Предгојазни	1,10 (0,75-1,60)	0,619			0,98 (0,59-1,61)	0,923
Гојазни	1,19 (0,79-1,79)	0,414			0,90 (0,51-1,57)	0,713
Инструменталне активности дневног живота (кућне активности)						
Без ограничења	1				1	
Лака ограничења	1,18 (0,84-1,67)	0,338			1,30 (0,80-2,12)	0,286
Умерена до тешка	1,10 (0,77-1,59)	0,597			1,15 (0,63-2,11)	0,653
Укупан морбидитет						
Без морбидитета	1				1	
1 болест	2,64 (1,42-4,89)	0,002			1,67 (0,78-3,61)	0,189
2 или више болести	6,45 (3,71-11,23)	<0,001			2,54 (1,23-5,27)	0,012

Модел 1 (демографске и социјално-економске варијабле); Модел 2 (демографске, социјално-економске варијабле, стилови живота и показатељи здравља)

4.8.3. Повезаност болничког лечења и независних чиниоца

Повезаност болничког лечења у претходних 12 месеци и независних чиниоца је анализирана униваријантном анализом и конструисањем два модела мултиваријантне логистичке регресије.

У моделу 1 у ком је испитивана повезаност зависне варијабле и демографских и социјално-економских детерминанти, резултати показују да су мушкарци имали више од два пута већу шансу ($OR=2,38$; $95\%CI=[1,41-4,01]$; $p=0,001$) да буду хоспитализовани у односу на жене. Старе особе са непотпуном основном школом и без основне школе су имале скоро три пута веће шансе ($OR=2,82$; $95\%CI=[1,03-7,72]$; $p=0,044$) да буду хоспитализоване у претходних 12 месеци у односу на високообразоване. Они који су издвајали „из џепа“ за ванболничку здравствену заштиту су имали скоро четири пута већу шансу ($OR=3,71$; $95\%CI=[1,59-8,66]$; $p=0,002$) да буду хоспитализовани од оних који нису издвајали.

У моделу 2, у ком су се поред демографских и социјално-економских варијабли нашле и варијабле које се односе на ризичне стилове живота и показатеље здравља издвојила су се само два предиктора, пол и самопроцена здравља. На болничком лечењу су скоро три пута чешће били мушкарци ($OR=2,74$; $95\%CI=[1,28-5,84]$; $p=0,009$) и испитаници који су своје здравље проценили као лоше или веома лоше ($OR=2,90$; $95\%CI=[1,06-7,87]$; $p=0,037$). Међутим, иако се у моделу мултиваријантне логистичке регресије повезаност није показала као значајна, у униваријантној анализи су се поред ова два предиктора издвојили и благи депресивни симптоми ($OR=3,15$; $95\%CI=[1,81-5,48]$; $p<0,001$), депресивна епизода ($OR=3,25$; $95\%CI=[1,76-6,00]$; $p<0,001$), јак или веома јак бол ($OR=2,08$; $95\%CI=[1,23-3,54]$; $p=0,007$), умерена до тешка ограничења у обављању кућних активности ($OR=3,89$; $95\%CI=[2,10-7,19]$; $p<0,001$) и мултиморбидитет ($OR=5,54$; $95\%CI=[1,72-17,79]$; $p=0,004$) (табела 61).

Табела 61 Повезаност болничког лечења у претходних 12 месеци са независним чиниоцима (униваријантна и мултиваријантна логистичка регресија)

Варијабле	Болничко лечење у претходних 12 месеци					
	Униваријантна анализа		Мултиваријантна анализа			
	Да/Не		Да/Не			
	OR (95%CI)	p	Модел 1		Модел 2	
OR (95%CI)			p	OR (95%CI)	p	
Пол						
Мушки	1,73 (1,09-2,74)	0,019	2,38 (1,41-4,01)	0,001	2,74 (1,28-5,84)	0,009
Женски	1		1		1	
Брачно стање						
Живи у брачној или ванбрачној заједници	1		1		1	
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	0,98 (0,62-1,55)	0,943	1,20 (0,72-2,00)	0,477	1,23 (0,63-2,41)	0,538
Тип насеља						
Градска насеља	1		1		1	
Остала насеља	1,27 (0,81-2,01)	0,298	1,22 (0,73-2,03)	0,455	1,18 (0,60-2,30)	0,636
Образовање						
Виша и висока школа	1		1		1	
Средња школа	1,63 (0,66-4,04)	0,288	1,82 (0,72-4,61)	0,208	1,33 (0,43-4,13)	0,617
Основна школа	1,64 (0,66-4,10)	0,287	2,29 (0,85-6,16)	0,099	2,21 (0,67-7,33)	0,193
Непотпуна основна школа и без основне школе	1,93 (0,78-4,76)	0,151	2,82 (1,03-7,72)	0,044	2,90 (0,80-10,45)	0,104
Квинтили благостања						
Богати	1		1		1	
Средњи слој	1,16 (0,56-2,41)	0,682	1,10 (0,51-2,33)	0,812	0,85 (0,33-2,23)	0,747
Сиромашни	1,16 (0,62-2,15)	0,645	0,91 (0,45-1,85)	0,803	0,73 (0,29-1,81)	0,498
Издавање „из цела“ за ванболничку здравствену заштиту у претходне 4 недеље						
Није издавао	1		1		1	
Издавао	3,16 (1,37-7,31)	0,007	3,71 (1,59-8,66)	0,002	2,35 (0,71-7,78)	0,163
Пушење						
Непушач	1				1	
Бивши пушач	1,59 (0,91-2,79)	0,104			1,46 (0,67-3,19)	0,339
Пушач	1,40 (0,71-2,77)	0,325			1,04 (0,42-2,59)	0,931
Алкохол						
Никада не конзумира или не у протеклих 12 месеци	1				1	
1-3 дана месечно и ређе	0,75 (0,37-1,53)	0,431			1,04 (0,43-2,49)	0,932

Варијабле	Болничко лечење у претходних 12 месеци					
	Униваријантна анализа			Мултиваријантна анализа		
	Да/Не		Да/Не			
	ОР (95%CI)	p	Модел 1		Модел 2	
ОР (95%CI)			p	ОР (95%CI)	p	
1-2 дана недељно и чешће	0,89 (0,46-1,71)	0,727			0,98 (0,40-2,35)	0,958
Социјална подршка (Осло-3 скала)						
Јака	1				1	
Умерена	0,89 (0,53-1,49)	0,661			0,91 (0,46-1,80)	0,791
Лоша	0,98 (0,49-1,97)	0,961			0,79 (0,29-2,13)	0,641
Самопроцена здравља						
Веома добро и добро	1				1	
Просечно	2,17 (0,95-4,96)	0,067			1,80 (0,69-4,70)	0,232
Веома лоше и лоше	6,07 (2,85-12,91)	<0,001			2,90 (1,06-7,87)	0,037
Присуство депресије (PHQ-8 скор)						
Без симптома депресије	1				1	
Благи депресивни симптоми	3,15 (1,81-5,48)	<0,001			1,93 (0,90-4,12)	0,089
Депресивна епизода	3,25 (1,76-6,00)	<0,001			1,13 (0,40-3,17)	0,818
Телесни бол у претходне 4 недеље						
Без бола, веома слаб и слаб	1				1	
Умерен	1,24 (0,68-2,26)	0,473			0,55 (0,24-1,29)	0,171
Јак и веома јак	2,08 (1,23-3,54)	0,007			0,90 (0,42-1,94)	0,787
Стање ухрањености (Индекс телесне масе BMI)						
Нормално ухрањени	1				1	
Предгојазни	1,52 (0,83-2,79)	0,178			1,45 (0,70-3,02)	0,315
Гојазни	0,79 (0,38-1,63)	0,519			0,54 (0,22-1,33)	0,179
Инструменталне активности дневног живота (кућне активности)						
Без ограничења	1				1	
Лака ограничења	1,72 (0,89-3,31)	0,103			1,29 (0,59-2,80)	0,526
Умерена до тешка	3,89 (2,10-7,19)	<0,001			1,47 (0,63-3,42)	0,369
Укупан морбидитет						
Без морбидитета	1				1	
1 болест	1,00 (0,23-4,27)	0,997			0,48 (0,09-2,59)	0,395
2 или више болести	5,54 (1,72-17,79)	0,004			2,24 (0,58-8,64)	0,243

Модел 1 (демографске и социјално-економске варијабле); Модел 2 (демографске, социјално-економске варијабле, стилови живота и показатељи здравља)

4.8.4. Повезаност лечења у дневној болници и независних чиниоца

Повезаност лечења у дневној болници у претходних 12 месеци и независних чиниоца је анализирана униваријантном анализом и конструисањем два модела мултиваријантне логистичке регресије.

Како у униваријантној анализи, тако и у моделу 1 који је био конструисан тако да се испита повезаност зависне варијабле и демографских и социјално-економских детерминанти, утврђено је да су мушкарци имали за 64% већу шансу ($OR=1,64$; $95\%CI=[1,08-2,48]$; $p=0,019$) да користе услуге дневне болнице у односу на жене. Такође, они који су издвајали „из џепа“ за ванболничку здравствену заштиту су имали више од два пута већу шансу ($OR=2,49$; $95\%CI=[1,40-4,24]$; $p=0,002$) да се лече у дневној болници од оних који нису издвајали.

Од варијабли које чине модел 2, у униваријантној анализи значајна повезаност, поред пола и издвајања из сопствених прихода за ванболничку здравствену заштиту, постоји и код других варијабли. Униваријантном анализом је утврђено да су пушачи имали за 73% већу шансу ($OR=1,73$; $95\%CI=[1,04-2,88]$; $p=0,036$) да користе дневну болницу, затим испитаници који процењују своје здравље као просечно за 81% већу шансу ($OR=1,81$; $95\%CI=[1,05-3,11]$; $p=0,032$), а испитаници који процењују здравље као лоше и веома лоше више од три пута ($OR=3,24$; $95\%CI=[1,94-5,40]$; $p<0,001$) већу шансу да користе дневну болницу од оних који га процењују као веома добро или добро. Старе особе са благим депресивним симптомима за 63% ($OR=1,63$; $95\%CI=[1,00-2,63]$; $p=0,048$), јаким или веома јаким болом више од два пута већу шансу ($OR=2,44$; $95\%CI=[1,59-3,76]$; $p<0,001$), као и са лаким ($OR=2,08$; $95\%CI=[1,31-3,30]$; $p=0,002$) и умереним односно тешким ограничењима ($OR=1,94$; $95\%CI=[1,19-3,16]$; $p=0,007$) у обављању инструменталних активности дневног живота два пута већу шансу и испитаници са мултиморбидитетом ($OR=2,52$; $95\%CI=[1,24-5,11]$; $p=0,010$). У моделу 2 мултиваријантне анализе, у ком су се поред демографских и социјално-економских варијабли нашле и варијабле које се односе на ризичне стилове живота и показатеље здравља издвојила су се четири предиктора. У дневној болници су више од два пута чешће били мушкарци ($OR=2,21$; $95\%CI=[1,25-3,91]$; $p=0,006$), испитаници који су своје здравље проценили као лоше или веома лоше ($OR=2,92$; $95\%CI=[1,39-6,12]$; $p=0,005$), испитаници са јаким или веома јаким болом ($OR=2,56$; $95\%CI=[1,38-4,74]$; $p=0,003$) и испитаници са лаким ограничењима у обављању *IADL* ($OR=1,91$; $95\%CI=[1,08-3,38]$; $p=0,026$) (табела 62).

Табела 62 Повезаност лечења у дневној болници у претходних 12 месеци са независним чиниоцима (униваријантна и мултиваријантна логистичка регресија)

Варијабле	Лечење у дневној болници у претходних 12 месеци					
	Униваријантна анализа		Мултиваријантна анализа			
	Да/Не		Да/Не			
	ОР (95%CI)	p	Модел 1		Модел 2	
ОР (95%CI)			p	ОР (95%CI)	p	
Пол						
Мушки	1,68 (1,16-2,43)	0,005	1,64 (1,08-2,48)	0,019	2,21 (1,25-3,91)	0,006
Женски	1		1		1	
Брачно стање						
Живи у брачној или ванбрачној заједници	1		1		1	
Неожењен/а, разведен/а, удовац/а	0,72 (0,50-1,04)	0,084	0,93 (0,62-1,39)	0,717	1,02 (0,62-1,69)	0,928
Тип насеља						
Градска насеља	1		1		1	
Остала насеља	1,31 (0,91-1,89)	0,144	1,44 (0,96-2,18)	0,081	1,27 (0,75-2,13)	0,373
Образовање						
Виша и висока школа	1		1		1	
Средња школа	1,14 (0,62-2,09)	0,679	1,19 (0,64-2,24)	0,579	1,10 (0,52-2,33)	0,811
Основна школа	1,18 (0,64-2,17)	0,602	1,36 (0,69-2,68)	0,373	1,06 (0,46-2,40)	0,896
Непотпуна основна школа и без основне школе	0,61 (0,32-1,18)	0,141	0,71 (0,34-1,50)	0,376	0,62 (0,25-1,55)	0,303
Квинтили благостања						
Богати	1,08 (0,67-1,74)	0,745	1,04 (0,60-1,78)	0,898	1,23 (0,62-2,43)	0,558
Средњи слој	1,05 (0,67-1,66)	0,818	1,07 (0,65-1,75)	0,797	1,21 (0,66-2,23)	0,530
Сиромашни	1		1		1	
Издавање „из цепа“ за ванболничку здравствену заштиту у претходне 4 недеље						
Није издавао	1		1		1	
Издавао	2,22 (1,26-3,90)	0,006	2,49 (1,40-4,24)	0,002	1,78 (0,83-3,86)	0,139
Пушење						
Непушач	1				1	
Бивши пушач	1,22 (0,77-1,94)	0,396			0,95 (0,51-1,77)	0,885
Пушач	1,73 (1,04-2,88)	0,036			1,60 (0,83-3,06)	0,159
Алкохол						
Никада не конзумира или не у протеклих 12 месеци	1				1	
1-3 дана месечно и ређе	0,85 (0,49-1,47)	0,565			0,79 (0,40-1,53)	0,479

Варијабле	Лечење у дневној болници у претходних 12 месеци					
	Униваријантна анализа			Мултваријантна анализа		
	Да/Не		Да/Не			
			Модел 1		Модел 2	
	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
1-2 дана недељно и чешће	1,02 (0,61-1,69)	0,949			0,76 (0,39-1,50)	0,431
Социјална подршка (Осло-3 скала)						
Јака	1				1	
Умерена	1,11 (0,73-1,67)	0,620			1,15 (0,68-1,94)	0,599
Лоша	0,79 (0,43-1,44)	0,443			0,60 (0,27-1,33)	0,210
Самопроцена здравља						
Веома добро и добро	1				1	
Просечно	1,81 (1,05-3,11)	0,032			1,84 (0,95-3,57)	0,071
Веома лоше и лоше	3,24 (1,94-5,40)	<0,001			2,92 (1,39-6,12)	0,005
Присуство депресије (PHQ-8 скор)						
Без симптома депресије	1				1	
Благи депресивни симптоми	1,63 (1,00-2,63)	0,048			0,98 (0,50-1,93)	0,953
Депресивна епизода	1,55 (0,90-2,69)	0,116			0,85 (0,36-2,05)	0,725
Телесни бол у претходне 4 недеље						
Без бола, веома слаб и слаб	1				1	
Умерен	1,43 (0,89-2,29)	0,135			1,46 (0,79-2,68)	0,224
Јак и веома јак	2,44 (1,59-3,76)	<0,001			2,56 (1,38-4,74)	0,003
Стање ухрањености (Индекс телесне масе BMI)						
Нормално ухрањени	1				1	
Предгојазни	1,35 (0,83-2,21)	0,222			1,24 (0,70-2,18)	0,456
Гојазни	1,18 (0,69-2,02)	0,543			0,87 (0,45-1,66)	0,670
Инструменталне активности дневног живота (кућне активности)						
Без ограничења	1				1	
Лака ограничења	2,08 (1,31-3,30)	0,002			1,91 (1,08-3,38)	0,026
Умерена до тешка	1,94 (1,19-3,16)	0,007			1,40 (0,71-2,76)	0,327
Укупан морбидитет						
Без морбидитета	1				1	
1 болест	1,52 (0,68-3,40)	0,311			0,97 (0,39-2,44)	0,949
2 или више болести	2,52 (1,24-5,11)	0,010			0,87 (0,36-2,09)	0,755

Модел 1 (демографске и социјално-економске варијабле); Модел 2 (демографске, социјално-економске варијабле, стилови живота и показатељи здравља)

5. ДИСКУСИЈА

Прва испитивања здравља становника су спроведена још у XVIII веку како би се пронашла практична решења за превенцију и контролу појединих болести. Временом дизајн истраживања и анализа резултата напредовали су с развојем статистике, тако да почињу да се примењују све комплексније статистичке технике за закључивање о здравственом стању испитиваног становништва (167).

Испитивање здравља становника на територији АП Војводине је део истраживања здравља становништва Србије. Ово истраживање је рађено на стратификованом двоетапном узорку који је обезбедио статистички поуздану процену великог броја индикатора који указују на здравље како на националном тако и на нивоу региона. Истраживање је спроведено 2013. године и треће је по реду национално истраживање здравља (прво овакво истраживање је спроведено 2000. године, а друго 2006. године). У последњем истраживању извршена је хармонизација инструмената истраживања (методологија, упитници, упутства) са инструментима Европског истраживања здравља други талас (*EHIS wave 2*) у циљу постизања највишег степена упоредивости резултата истраживања са резултатима у земљама Европске уније, а према дефинисаним, међународно усвојеним индикаторима (168).

Истраживање здравља, с обзиром да је рађено као студија пресека, омогућило нам је одређивање преваленција, као и испитивање односа између здравља и других варијабли. Ограничавајућа околност, с обзиром на врсту студије, јесте тешко утврђивање узрочно-последичних веза, као и немогућност сагледавања индивидуалних промена у здрављу које су се могле јавити од момента истраживања (169, 170). Ипак, истраживања здравља спроведена на овај начин посебно су важна јер захваљујући њима добијамо податке који нам нису доступни из рутинске здравствене статистике (171).

Један од доминантних демографских процеса у Србији је процес демографског старења. Ако посматрамо податке који су доступни у бази СЗО (*European health for all database, HFA-DB*), од 2006. године када је спроведено прошло истраживање здравља становништва Србије па до 2013. када је спроведено последње, удео становника старости 65 и више година у укупном броју становника се повећао са 17,24% на 17,81% (172).

Анализирајући демографска кретања од средине прошлог века, од 1948. године постојала је јасна диференцијација демографског старења између Војводине, Београда и централне Србије без Београда. С временом, она постепено слаби и последњи попис

бележи максимуме на свим територијама. У централној Србији без Београда стари чине 18,41% становништва, а у Војводини и Београду сваки шести становник је старији од 65 година (8). У земљама чланицама ЕУ највеће вредности за зрелост становништва, према подацима из 2015. године, се бележе у Италији (21,4%), Немачкој (20,8%) и Грчкој (20,3%), док је најмања у Ирској (12,6%) (7).

Посматрајући уочене демографске појаве и трендове у старосној структури становништва Србије, односно АП Војводине, уочава се важност истраживања ове популационе категорије у области здравства, како би се добили релевантни подаци за ову вулнерабилну категорију становника на територији Покрајине.

5.1. Демографске и социјално-економске карактеристике

У истраживању је учествовало више жена (58,0%) у односу на мушкарце, а просечна старост испитаника је била 73,6 година, што у потпуности одговара подацима из пописа становништва 2011. године где је у Војводини полни састав старих био такав да је било 57,8% жена старости 65 и више година, односно 42,2% мушкараца, а средња старост старог становништва Војводине 73,92 година. Однос мушког и женског пола на рођењу у САД и многим другим државама, је у корист мушкараца (105 мушкараца на 100 жена). Међутим, морталитет мушкараца је већи и тај однос се смањује са годинама, односно дужи животни век жена условио је демографску правилност по којој у старом становништву преовлађују жене (8, 17, 173).

Већина испитаника је живела у брачној или ванбрачној заједници (52,5%), при чему је више од две трећине мушкараца било у овој категорији (73,1%) а жене су у већем броју биле неудате, разведене или удовице (62,5%). И у литератури је потврђено да међу старима, мушкарци су чешиће у браку а жене најчешће удовице (174).

Образовање је истовремено мера интелектуалног развоја и индикатор социо-економског статуса (175). Према резултатима истраживања, међу испитаницима у односу на степен образовања, 12,2% је имало више или високо образовање, 30,8% средње, 28,4% је имало основну школу док је 28,6% особа старости 65 и више година у Војводини имало непотпуну основну школу или су били без школе. Међу мушкарцима највише је оних са средњим образовањем (40,9%), док је међу женама највише оних са непотпуном основном школом и без основне школе (37,4%). Такозвана „феминизација“ необразованих се објашњава већом дуговечношћу жена и традиционалношћу испољеном кроз родну неравноправност у школовању, којој говори у прилог и диспропорција у категорији високообразованих (8).

У литератури постоји став да удео сиромашних опада са растом нивоа образовања, односно највећи ризик сиромаштва имају лица са незавршеном основном школом (176). Међу испитаницима, три петине (60,0%) према индексу благостања је припадало категорији сиромашних, нешто више од једне петине (21,1%) је припадало средњем слоју, док је око петина (19,0%) припадала богатима. У односу на пол, значајно више жена у односу на мушкарце је у категорији најсиромашнијих. Поредићи са прошлим истраживањем здравља спроведеним 2006. године, број сиромашних се није променио (60%), али тада је нешто мање испитаника припадало средњем слоју (18%) и више оних који су припадали богатима (23%) (136).

Према Стратегији за смањење сиромаштва у Србији анализа сиромаштва пензионера зависно од типа домаћинства у коме живе показује да су у нешто повољнијем положају, мерено нижом стопом сиромаштва, пензионери који живе у једночланим и двочланим пензионерским домаћинствима, као и у мешовитим домаћинствима у којима још неко зарађује. Најугроженија су мешовита домаћинства у којима је пензија основни извор прихода. Основни циљеви државне политике према старима требало би да буду: повећање животног стандарда пензионера и других старих лица, а у складу са растом стандарда осталих грађана; смањење сиромаштва међу пензионерима и другим старим лицима, како по учешћу броја сиромашних у укупном броју ове популације, тако и по апсолутном броју сиромашних; смањење дубине сиромаштва преосталих сиромашних старих лица и јачање ванинституционалне и услужне заштите посебно угрожених старих лица (176). Стицањем статуса земље кандидата за чланство у ЕУ и почетком преговора о приступању ЕУ питање смањења сиромаштва постало је обавезна компонента политика интеграција Републике Србије у ЕУ (177).

Дужи животни век жена може се сматрати предношћу, али са становишта економских чинилаца је у ствари њихова слабост. Жене у старости трпе и даље последице своје инфериорније економске и финансијске позиције из ранијег доба, на које се још надовезује и одсуство брачног партнера, чији би приходи могли да буду значајна подршка и олакшање за подношење терета дубоке старости (178).

5.2. Здравље особа старости 65 и више година

5.2.1. Самопроцена здравља

Самопроцена здравља се често користи у епидемиолошким истраживањима како би се проценило здравље становништва (179). У Војводини свега 4,3% становника старости 65 и више година је проценило своје здравље као веома добро, а скоро четвртина (24,4%) сматра да је доброг здравља. Више од трећине испитаника процењује своје здравље као лоше или веома лоше (36,9%). Ипак, испитаници у Војводини (28,7%) и Београду (26,8%) у односу на друге регионе у Србији, у већем проценту процењују своје здравље као веома добро и добро (168).

Према подацима Еуростата из 2014. године, у европским земљама, проценат становништва старости 65 и више година који своје здравље процењује као веома добро и добро је највећи у Шведској (67,6%), Норвешкој (67,3%), Ирској (65,4%), Швајцарској (64,0%), Холандији (61,6%), Данској (59,2%), док је најмањи у Литванији (4,1%), Португалу (11%), Мађарској (13,1%), Хрватској (15,0%), Пољској (15,25%), Естонији (15,8%) (180). У Бразилу, проценат испитаника старости 60 и више година који су проценили своје здравље као добро или веома добро скоро је исти као и у нашем истраживању (27,7%), али је проценат испитаника који су здравље проценили као лоше или веома лоше мањи (20,9%) (181).

У истраживању, мушкарци су у већем проценту оценили своје здравље као веома добро или добро у односу на жене. Ови резултати су у складу са резултатима других истраживања (182-184). Према подацима *OECD*-а у скоро свим земљама, мушкарци старији од 65 година у већем проценту процењују своје здравље као добро у односу на жене. У просеку, у земљама *OECD*-а³ 47% мушкараца и 41% жена старијих од 65 година процењују своје здравље као добро (185). У литератури се као објашњење за лошију самопроцену здравља код жена наводи способност жена да се лакше носе са болом и нелагодношћу него мушкарци (186). Други опет сматрају да жене процењују своје здравље као лошије чак и када имају слично здравствено стање као мушкарци зато што су свесније значаја које има здравље, као и да жене лакше признају своју вулнерабилност и траже помоћ (187, 188). Такође, показало се и да жене знају више о свом здрављу и са већом прецизношћу одговарају на питања у истраживањима која се односе на њихово здравље него мушкарци (188).

³ Земље чланице *OECD*-а, укупно 35 земаља, међу њима Аустралија, Канада САД, Јапан, Финска, Француска Немачка, Норвешка, Шведска, Велика Британија. Листа земаља чланица доступна на: <http://www.oecd.org/about/membersandpartners/list-oecd-member-countries.htm>

Према нашим резултатима, мултиваријантна анализа је показала да значајну повезаност са лошијом самопроценом здравља има пол, у моделу 1 и моделу 2, док једино у моделу 3 (који је поред демографских, социјално-економских варијабли, стилова живота укључио и објективне показатеље здравља) повезаност није значајна. То нам говори да пол није предиктор самопроцене здравља само када се комбинује са објективним показатељима здравља. У складу са нашим резултатима, и у истраживању Гилмора и сарадника (*Gilmore et al.*) жене су имале већу шансу да процене своје здравље као лошије у односу на мушкарце (189).

Процент особа које су своје здравље процениле као веома лоше или лоше повећава се са падом степена образовања од 20,9% међу онима са вишом и високом школом до 44,9% међу онима са непотпуном основном школом и без основне школе. Ако поредимо са резултатима из 2006. године уочавамо да се образац није променио, али јесте дистрибуција одговора у свим образовним категоријама осим у најнижој у смислу да се повећао проценат испитаника који своје здравље процењују као веома лоше или лоше односно смањило се проценат оних који га процењују као просечно (136). Јанковић у свом истраживању закључује да што су испитаници нижег образовног статуса, то су према самопроцени здравља лошијег здравственог стања (92).

Образовање се показало као значајан предиктор у униваријантној анализи али и у моделу који укључује демографске и социјално-економске варијабле, док у осталим моделима, у које су ушле варијабле које се односе на стил живота и објективне показатеље здравља није било значајне повезаности. У мултиваријантној анализи, где је као зависна варијабла самопроцена здравља (категорисана као лоше наспрам добро здравље) испитаници са основном школом имају више од два пута већу шансу да процене своје здравље као лоше у односу на оне са високим образовањем.

У истраживању које је спроведено у Турској на узорку особа старости 60 и више година а обухвата период од 23 године, односно подаци су добијени из 5 различитих студија пресека, образовање је било значајно повезано са самопроценом здравља код старих само у униваријантној анализи, али се значајност губила након прилагођавања (190). Такође, и Симсек и сарадници (*Simsek et al.*) закључују да је образовање веома снажан предиктор самопроцене здравља, али њихови закључци се базирају само на униваријантној анализи (191).

У односу на материјално стање, значајно је више особа старости 65 и више година у Војводини који су своје здравље проценили као веома лоше или лоше међу онима који су према индексу благостања у категорији сиромашних (41,3%) и средњем слоју (34,1%) у односу на богате (26,2%). Односно проценат испитаника који оцењују своје здравље као веома добро или добро расте са порастом материјалног стања.

У литератури се често као закључак наводи да што је нижи социоекономски положај узимајући у обзир образовање, занимање и приход, лошије је здравље (192, 193). Низак приход умањује могућност за комфоран живот без страха од материјалне депривације, сиромаштва и економске несигурности. То свакако доприноси смањењу благостања и повећању депресивних симптома. Суочавање са све више тешкоћа у свакодневном животу може допринети убрзаној појави и функционалних ограничења. Такође, сиромашни су мање интегрисани у социјалне и културне активности и имају мање стабилне и уске социјалне мреже (153).

У мултиваријантној анализи квинтили благостања су били значајно повезани са самопроценом здравља у свим моделима, како у онима где је зависна варијабла била просечно/добро здравље, тако и у оним где је зависна варијабла била лоше/добро здравље. Сиромашни и припадници средњег слоја чешће су своје здравље процењивали као просечно или лоше у односу на оне које припадају богатом слоју становништва. Други аутори говоре о материјалном стању као о снажној детерминанти здравља (190, 194, 195). Зато, сем фактора ризика и биолошких карактеристика појединаца, и социјално-економске детерминанте здравља сматрају се одговорним за велики део оптерећења друштва болестима, како у Европи, тако и у Србији. Сиромаштво, стога спада у основне факторе ризика за настанак хроничних незаразних болести (196).

5.2.2. Присуство хроничних болести

Резултати истраживања показују да 86,4% особа старости 65 и више година на територији Војводине има неку од хроничних болести или стања а 64,6% испитаника има 2 или више болести. Код жена је у значајно већем проценту присутан мултиморбидитет (68,3%) у односу на мушкарце (59,3%). Осим пола, није било статистички значајних разлика у присуству хроничних болести у односу на друге демографске и социјално-економске карактеристике испитаника у Војводини.

Старост је повезана са појавом хроничних болести и сматра се да две трећине старих особа у Европи има мултиморбидитет, који је дефинисан као оболевање од бар две болести које су истовремено присутне (55). У САД, према подацима из литературе 65% особа старости 65 и више година има мултиморбидитет, што је такође у складу са нашим резултатима (197). И подаци из Шпаније и Немачке указују на сличне вредности преваленције мултиморбидитета (60%) код старих (198, 199). У Аустралији мултиморбидитет је присутан код тек 39% особа старијих од 60 година (200).

Када посматрамо најчешће болести које су присутне међу старима у Војводини, код оба пола су најзаступљеније болести повишен крвни притисак (66,7% жена и 54,4% мушкараца), деформитет доње кичме или други хронични проблем са леђима (40,4% жена и 25,5% мушкараца), док се на трећем месту код жена налази артроза-дегенеративно обољење зглобова (29,7%) а код мушкараца коронарна болест срца или ангина пекторис (22,7%).

Према истраживању рађеном у САД-у као најзаступљеније хроничне болести у популацији старих наводе се хипертензија (59,6%), хиперлипидемија (45,4%) и исхемијска болест срца (34,5%) (201). И у литератури се говори да иако жене имају ниже вредности морталитета, код њих је присутан већи морбидитет. Мултиморбидитет је у развијеним земљама чешће присутан код жена, сиромашних и оних са нижим степеном образовања (202-205).

Мултиваријантна анализа је показала значајну повезаност присуства болести и самопроцене здравља и мултиморбидитет се показао као веома значајан предиктор самопроцене здравља. Испитаници са мултиморбидитетом имали су веће шансе да процене своје здравље као лоше у односу на оне који нису оболели од хроничних болести.

Оно што ипак треба имати у виду приликом анализирања резултата је да се ради о подацима који су добијени на основу самоизјашњавања испитаника, што може да буде узрок подрегистрације. Према литературним наводима, подрегистрација је често присутна код сиромашних (206). Поред тога, сам упитник није садржао питања о тежини и дужини трајања болести (57). Такође, основни методолошки проблем који постоји јесте разлика у врсти и броју хроничних болести које су понуђене као одговори испитаницима у различитим истраживањима.

5.2.3. Активности дневног живота

Активности дневног живота (*ADL*), су есенцијане активности које појединац мора да изводи како би био способан за самосталан живот (храњење, устајање или седање из столице/кревета, облачење и свлачење, употреба тоалета, купање/туширање), док инструменталне активности дневног живота (*IADL*), односно кућне активности обухватају припремање хране, коришћење телефона, куповину, узимање терапије, лакше кућне послове, повремено теже кућне послове, вођење рачуна о финансијама (163, 207).

Жене су у већем проценту имале ограничења у *ADL*. Такође, старији испитаници, они који су живели без партнера, испитаници са нижим нивоом образовања и материјалног стања у већем проценту су имали ограничења у обављању *ADL*. Међутим, није било разлика у односу на пол када је у питању обављање *IADL*, док значајно већи проценат испитаника који је имао умерена до тешка ограничења је био међу онима који нису имали партнера, најстаријима, онима који живе у ванградским насељима, са нижим нивоом образовања, сиромашнима.

У складу са нашим резултатима, резултати *SAGE* студије (*Study on Global Ageing and Adult Health*) показују такође, да су жене у већем проценту имале ограничења у *IADL*, да је већи проценат испитаника без ограничења међу онима са вишим нивоом образовања, као и да су удовци/удовице имали већа ограничења у односу на оне који живе са партнером. У погледу обављања *IADL*, иста студија показује да се степен ограничења повећава са годинама живота, да испитаници са нижим нивоом образовања имају већа ограничења, као и сиромашни, разведени и они који живе у руралним насељима (208). Резултати других студија такође налазе да жене чешће имају ограничења у мобилности и самобризи од мушкараца истих година (209, 210). У складу са нашим резултатима, је документована обрнута повезаност између социоекономског и функционалног статуса (192, 211).

У националној студији здравља која је спроведена у Кини и обухватила период од три године, утврђено је да постоји снажна обрнута повезаност образовања, материјалног стања и обављања *IADL*. Старе особе са нижим нивоом образовања и нижим приходима имале су значајнија ограничења у обављању ових активности, при чему се образовање посебно истиче као важан предиктор функционалног статуса (212).

Слаб, умерен, јак или веома јак бол у периоду од четири недеље пре истраживања имало је укупно 51,1% испитаника, а међу онима који су имали јак или врло јак бол значајно више је жена него мушкараца (26,2% vs 13,9%).

Према шведском истраживању, преваленција бола код старих у периоду од 14 дана пре истраживања била је 79% код жена и 53% код мушкараца (213). Код старих, бол је константан, јаког интензитета, дугог трајања, мултифокалан и мултифакторијалан (214). Бол је чешће присутан код жена, „старијих“ старих, оних који живе у руралним пределима, удовцима/удовицама, оних са нижим нивоом образовања. Неколико је теорија зашто се бол чешће бележи код жена. По једној, социјално је прихватљивије да се жене изјашњавају да имају бол. Друга каже да су жене више изложене ризичним факторима за мишићно-коштани бол због улоге које имају у домаћинству, док је по трећој бол чешћи код жена због хормонске конституције (215).

Према нашим резултатима, у моделима мултиваријантне анализе, који су укључили не само објективне показатеље здравља, већ и демографске, социјално-економске варијабле и стилове живота, *IADL* и присуство бола су били значајно повезани са самопроценом здравља. Испитаници са умереним до тешким ограничењима у обављању *IADL* имали су три пута веће шансе да процене своје здравље као лоше у односу на испитанике без ограничења. Бол је такође био значајан предиктор самопроцене здравља, с тим да су испитаници са умереним односно јаким или веома јаким болом имали скоро три пута већу шансу да процене своје здравље као лоше у односу на оне без бола или са slabим болом.

Америчко истраживање је показало да испитаници са болом, имају два пута веће шансе да процене своје здравље као лоше. Резултати су добијени у моделу који је био прилагођен на социо-демографске карактеристике, здравствено стање и приступачност здравствене заштите (216). Свакодневни хронични бол, према налазима литературе, је снажније повезан са лошијом самопроценом здравља него хронична болест или старост. Али занимљив је податак да учестао хронични бол и хроничне болести имају већи утицај на самопроцену здравља код млађих особа него код старијих (217).

5.2.4. Ментално здравље-депресија и социјални аспект здравља

Депресија није саставни део старења и треба је лечити. Живот са нелеченом депресијом представља озбиљан јавноздравствени проблем (218). Она копликује хронична стања, као што су болести срца или дијабетес, повећава трошкове за здравствену заштиту, често је удружена са функционалним ограничењима и неспособношћу и повезана је са већом стопом самоубиства (219, 220).

Међу особама старости 65 и више година у Војводини, сваки девети испитаник (11,1%) је имао знакове депресивне епизоде, односно вредност скорa ≥ 10 , при чему жене у значајно већем броју (12,3%) у односу на мушкарце (9,4%). Са годинама живота се повећава преваленција депресивне епизоде, па међу испитаницима од 65-74 године

сваки тринаести испитаник (7,4%), у категорији 75-84 године сваки седми (14,8%), док је у категорији испитаника старости 85 и више година чак сваки четврти (23,9%) имао знакове депресивне епизоде.

У осталим старосним категоријама међу становницима у Војводини преваленција депресије је значајно нижа и креће се од 1,7% у категорији 15-39 година до 4,8% у категорији 40-64 године (221). Учесталост негативних стања и осећања се повећава са годинама живота, тако да су најприсутнија код најстарије популације у Војводини, потврђено је у истраживању из 2006. године. У складу са тим, и скор виталности се смањује са годинама живота и значајно су ниже вредности код старијег становништва у односу на млађе (136).

Резултати говоре о значајно присутнијој депресији међу старим становништвом Војводине у односу на остало становништво Србије с обзиром да су према резултатима истраживања из 2013. године на нивоу Србије, вредности у све три старосне категорије ниже него у Војводини, односно 6,8% испитаника из категорије 65-74 године је имао симптоме депресивне епизоде, 11,8% из категорије 75-84 године а 21,1% из категорије 85 и више година (168).

Преваленција депресије код старих изузетно варира према литературним подацима од 1-49% превасходно због разлике у методологији (тежина депресивног поремећаја који се испитује, инструмента који се користи, величине узорка, да ли у истраживању учествују и хоспитализовани или смештени у старачким домовима итд.) (222). Слично нашим резултатима, у истраживању у коме је учествовало 9 центара у Европи преваленција депресије међу особама старости 65 и више година је била 12,3%, (14,1% код жена и 8,6% код мушкараца) (223). Насупрот томе, истраживања на азијском континенту говоре о много нижој преваленцији депресије код старих (Сингапур 5,7%, Тајван 5,9%, Кина 2,6%). Аутори кинеског истраживања су говорили о преваленцији депресије међу старима која је значајно нижа у поређењу са другим земљама, а као чиноце који би могли бити узрок ниске преваленције наводе већи проценат особа вишег социјално-економског статуса у узорку, да није било испитаника из руралних регија, али и да се не може занемарити и утицај кинеске културе и традиције (224-226).

Анализом података о учесталости депресије међу старима у односу на демографске и социјално-економске карактеристике уочава се да је проценат испитаника са знацима депресивне епизоде био чак двоструко већи међу онима који немају партнера (15,5%) у односу на оне који га имају (7,0%), као и међу онима са најнижим нивоом образовања (непотпуна основна школа и без основне школе), чак

15,1%. Учесталост депресије такође расте са смањењем индекса благостања и достиже 13,6% код сиромашних.

Истраживања спроведена у великом броју земаља (Италија, САД, Канада, Аустралија, Грчка, Кина и Холандија) указују да социјална депривација значајно повећава ризик од депресије. Депресија је код старих, чешћа код жена (227-232), испитаника нижег нивоа образовања (233, 234), испитаника који живе без партнера (227, 235), нижег социјало-економског статуса (226, 236), оболелих од хроничних болести (236, 237).

Разлог веће учесталости депресивне епизоде код жена може бити чињеница да старе жене у Војводини у значајно већем проценту живе саме, без партнера у односу на мушкарце (62,5% жена vs 26,9% мушкараца). Према наводима Уједињених нација, већина старијих мушкараца је у браку, док већина жена није јер постоји већа вероватноћа да су удовице, како због тога што имају дужи животни век тако и због тога што мушкарци имају већу тенденцију да се поново ожене након развода или смрти супруге. Брачни статус утиче на социоекономску ситуацију, суживот са другима, здравље и благостање старијих мушкараца и жена, па је код оних који су у браку мање изражена депресија и осећај самоће, а повезује се и са нижим морталитетом (238, 239).

Једна од првих дефиниција социјалне подршке коју је дао Коб (*Cobb*) каже да је социјална подршка информација која наводи појединца да верује да је вољен, да се брине о њему, да је уважен и да је члан мреже коју чине заједничке обавезе (240). Како Деспотовић наводи, социјална мрежа и социјална подршка посебно су значајне у ентитету очувања и унапређења здравља старих. Посебно због смањења социјалне мреже услед менталних и физичких ограничења, одласка у пензију, смрти партнера и пријатеља (241). Исти аутор закључује да стари који имају већи ниво социјалне подршке имају боље здравље и квалитет живота (242). Подржавајуће социјалне везе доприносе физичком и менталном здрављу старих, док социјална изолација, усамљеност и стресне социјалне везе доприносе већем ризику од неспособности, тежем опоравку од болести и раној смрти (243-245).

Студија спроведена у Енглеској је показала да је више од 15% старих под ризиком од социјалне изолације, и овај ризик се повећава у дубокој старости. Раст преваленције социјалне изолације је повезан са депресијом или као узрок или као последица (246).

Највећи број старих особа у Војводини (53,9%) је имао умерену социјалну подршку, сваки трећи испитаник јаку (30,5%), док је сваки седми (15,7%) имао лошу, без значајне разлике у односу на пол. Испитаници са јаком социјалном подршком у

значајно мањем проценту су имали знаке депресивне епизоде у односу на испитанике са лошом социјалном подршком. Социјална подршка и депресија, према нашим резултатима, су били значајни предиктори самопроцене здравља. Испитаници са лошом социјалном подршком имали су три пута већу шансу да процене своје здравље као лоше у односу на испитанике са јаком социјалном подршком. Такође, испитаници са благим депресивним симптомима и депресивном епизодом имали су већу шансу да процене своје здравље као лоше.

Многи аутори говоре у прилог тога да је лоша социјална подршка повезана са умереним и тешким депресивним симптомима код старих (247, 248). Хејз и сарадници (*Hays et al.*) су такође закључили да постоји повезаност депресије са величином социјалне мреже испитаника, као и да је задовољство количином социјалне интеракције протективни фактор за настанак депресије (249).

5.2.5. Орално здравље

Литература истиче утицај оралног здравља на опште здравствено стање индивидуе. Утврђена је снажна повезаност између периодонталних болести и дијабетеса, као и губитка зуба са лошом исхрањеношћу. Такође, губитак зуба се повезује и са кардиоваскуларним болестима. Све то утиче на квалитет живота, а сам продужетак очекиваног трајања живота без унапређења квалитета има директан утицај на јавно-здравствене трошкове (250, 251). Лоше орално здравље старих се у највећој мери огледа у губитку зуба, каријесу, периодонталним болестима, сувоћи уста и оралним карциномима (252, 253). Међу негативним утицајима лошег оралног здравља на свакодневни живот наводе се отежано жвакање, ограничен избор хране, губитак тежине, отежана комуникација, низак ниво самопоштовања и благостања (253, 254). Орално здравље старих је издвојено као једна од проритетних области у оквиру Програма глобалног оралног здравља СЗО (*WHO Global Oral Health Programme*) (255).

Према резултатима више од половине старих особа у Војводини (60,4%) оцењује своје орално здравље као лоше односно веома лоше. Чак 36,9% испитаника, односно две петине жена (41,1%) и скоро једна трећина мушкараца (30,9%) нема ниједан зуб.

Аутор Кевин Кинсела (*Kevin Kinsella*) је изнео податак да око четвртина популације старијих од 65 година нема своје зубе (256). Истраживање СЗО у коме су учествовале 72 земље је показало да је преваленција безубости код старих највећа у европском региону (више од 30%), док се најмање вредности бележе у афричком и југо-источно азијском региону (око 15%) (250). Као могуће објашњење ниже преваленције безубости у афричком региону наводи се да је и каријес много ређи у овој популацији

због мањег уноса шећера у односу на развијене земље (257). Према истраживању оралног здравља спроведеног у Великој Британији 15% испитаника старости 65-74 године је било безубо (258), док је *CDC (Centers for Disease Control and Prevention, Центар за контролу и превенцију болести)* дао податак да је преваленција потпуног губитка зуба међу американцима ове старосне категорије 21,3% (259). У Европи, највећа преваленција безубости међу особама старости 65 и више година се бележи у Босни и Херцеговини (78%), Албанији (69%), Бугарској (63%), док су ниже вредности у Финској (41%) и Словенији (16%) (252).

У поређењу са резултатима истраживања из 2006. године на нивоу Србије, наши резултати показују неповољнију ситуацију у погледу безубости међу старима у Војводини. Процент безубих у Војводини, према резултатима из 2013. године, се значајно повећава са старашћу, и креће се од 30,9% у најмлађој категорији, 43% у средњој до 58,7% међу најстаријим испитаницима, док у Србији 2006. године 21,5% испитаника старости 65-74 године и 32,7% старости 75 и више година није имало ниједан зуб (112).

Као и у нашем истраживању, и други аутори су утврдили већи губитак зуба код жена у односу на мушкарце (260, 261), мада у литератури постоје и истраживања која нису доказала да постоје значајне разлике у губитку зуба у односу на пол (262).

У Војводини већи је проценат испитаника који немају ниједан зуб међу онима који немају партнера (42,8%). У складу са нашим резултатима, у шведској студији је утврђено да жене без партнера имају значајно већу шансу да имају мање зуба него оне које имају партнера (263).

Испитаницима који живе у насељима ван града недостаје већи број зуба. Норвешко истраживање је показало да и у овој земљи такође постоје географске неједнакости у стању оралног здравља старих, са знатно бољим резултатима на југу у односу на север ове земље (264). Такође Рингланд и сарадници (*Ringland et al.*) испитујући повезаност демографских и социјално-економских фактора са оралним здрављем старих особа закључују да је безубост чешћа код становника руралних подручја (261). Супротно томе, истраживања спроведена у Турској и Шведској нису потврдила да постоје урбано-руралне разлике у безубости код старих (262, 265).

Опадањем степена образовања, прогресивно расте проценат испитаника који имају потпуни недостатак зуба, од 27,0% у категорији високообразованих до чак 45,6% код испитаника са непотпуном основном школом и без основне школе. И у другим истраживањима је утврђена већа преваленција безубости међу испитаницима нижег нивоа образовања (262, 266).

У односу на материјално стање испитаника, није било разлике у недостатку зуба, иако велики број аутора говори да је сиромаштво повезано са лошијим оралним здрављем и већим бројем зуба који недостају (267-270). Губитак свих зуба без замене са одговарајућом протезом доводи то тешког поремећаја оралне функције а ово стање је често међу сиромашнима (250).

Велики утицај на лоше орално здравље старих особа у Војводини има и чињеница да тек сваки седми испитаник има свог изабраног стоматолога а да је у години која је претходила истраживању стоматолога посетило само 15,9% испитаника, док је на пример у САД-у током 2014. године стоматолога посетило 62,4% особа старости 65 и више година (271).

Сигурно је у великој мери постојећа законска регулатива утицала на овакву слику оралног здравља старих, јер Законом о здравственом осигурању право на стоматолошку здравствену заштиту на терет Републичког фонда за здравствено осигурање лица старија од 65 година имају само у смислу указивања хитне стоматолошке здравствене заштите, као и право на израду акрилатне тоталне и субтоталне протезе. Преглед и лечење болести уста и зуба на терет Републичког фонда није омогућен одраслим становницима Србије (осим студената уколико су на редовном школовању до 26 године живота) (272).

5.2.6. Фактори ризика

Прекомерна телесна маса и гојазност су главни фактори ризика за настанак хроничних болести, укључујући кардиоваскуларне болести, дијабетес, мишићно-коштана обољења и неке врсте карцинома (273). Дистрибуција масног ткива се мења са старењем, односно долази до повећања висцералне масти, које је израженије код жена него код мушкараца, Такође, масти се убрзано депонују у скелетним мишићима и јетри (274). Као последица губитка скелетних мишића базални метаболизам се смањује са годинама живота и чак 30% је мањи са 70 у односу на 20 година старости (275). Заједно са овим променама, смањен је интензитет и трајање физичке активности што доводи до мање потрошње енергије која је карактеристична за старе (276).

Преваленција гојазности расте у свим категоријама становништва, па и међу старима. У САД-у 22,9% особа старости 60-69 година и 15,5% старијих од 70 година је гојазно и у десетогодишњем периоду је преваленција порасла за 56% односно 36% у ове две старосне групе (277). У Француској преваланеција гојазности међу старима је била 17,9%, без значајне разлике у односу на пол (278), док је у Шпанији 35% особа старијих од 65 година гојазно (30,6% мушкараца и 38,3% жена) (279).

Према индексу телесне масе, 43,6% становника Војводине старости 65 и више година је предгојазно а 29,3% гојазно. У односу на земље у окружењу, наши резултати говоре о већој преваленцији гојазности међу старима у Војводини. Међу старима у Мађарској је 41,2% предгојазних и 26,5% гојазних, у Хрватској 47,3% предгојазних и 22,4% гојазних и Словенији 42,9% предгојазних и 23,6% гојазних (180). У односу на резултате истраживања из 2006. године, у Војводини расте број предгојазних и гојазних међу старима. Наиме, према резултатима претходног истраживања било је 37,8% предгојазних и 28,1% гојазних међу старима. С друге стране, број потхрањених се смањује, тако је 2006. године 2,3% старијих од 65 година било потхрањено, док је према нашим резултатима 2013. године 1,7% (136).

Сваки други мушкарац је предгојазан (49,1%), а сваки четврти мушкарац (23,5%) и свака трећа жена (33,3%) су гојазни. У значајно већем проценту су жене биле гојазне, а мушкарци предгојазни, и то је образац који је присутан у великом броју земаља (280).

У односу на брачно стање, предгојазних и гојазних је значајно више међу онима који живе у браку или ванбрачној заједници (77,2%), у односу на оне који немају партнера (68,0%), док није било разлике у гојазности међу испитаницима у односу на степен образовања и припадност квинтилима благостања. И друга истраживања су потврдила да особе које су у браку имају веће вредности индекса телесне масе, односно имају већу шансу да буду гојазни (281-283). Поред тога, наводе се и неки од разлога за чешћу гојазност код особа у браку, као на пример, особе у браку су мање физички активне, мање су фокусиране да остану физички атрактивне и имају већу брачну подршку која може водити у гојазност, а такође се наводи да особе у браку и једу више током заједничких оброка (284).

Насупрот нашим, резултати шпанске студије кажу да је преваленција гојазности већа код испитаника са нижим нивоом образовања (285). У САД-у такође, међу женама старости 65-74 године са растом степена образовања смањује се преваленција гојазности, док код мушкараца није било значајне разлике (286).

Хипертензија се сматра одговорном за око 45% смрти чији је узрок исхемијско обољење срца и 51% смрти услед цереброваскуларног инzulта. Велики број људи са хипертензијом је недијагностикован и нелечен, поготово у неразвијеним земљама. Најзначајнији бихејвиорални фактори ризика за настанак хипертензије су неправилна исхрана (са претераним уносом соли и масти), злоупотреба алкохола, пушење, физичка неактивност и стрес (287).

Вредност крвног притиска је регулисана кроз неколико патофизиолошких механизма и зависи од минутног волумена срца и отпора периферних крвних судова.

Са старењем дешавају се промене на нивоу артерија, оне се дилатирају и постају мање еластичне (288, 289). Активност регулаторног система ренин-ангиотензин-алдостерон се смањује са годинама живота (290), а такође долази и до промена на нивоу бубрега у виду развоја гломерулосклерозе и интестицијалне фиброзе. Смањује се активност натријум/калијум мембране што доводи до повећања интрацелуларног калцијума и натријума доводећи до вазоконстрикције и васкуларне резистенције (291).

Хипертензија је присутна код више од две трећине особа старијих од 65 година (292). Резултати Фрамингамске студије срца, указују да ће се код више од 90% особа које немају хипертензију са 55 година старости она развити до краја њиховог животног века (293).

Хипертензију или потенцијалну хипертензију је имало чак 85,3% испитаника (82,4% мушкараца и 87,4% жена), док се свега 61,8% испитаника изјаснило да болује од хипертензије. Уочава се пораст преваленције хипертензије у односу на 2006. годину када је 79,7% испитаника старости 65 и више година имало повишен крвни притисак (136). Према последњем истраживању из 2013. године, хипертензија је заступљенија међу одраслима у Војводини (49,0%) у односу на остале регионе Србије (168).

У нашем истраживању преваленција хипертензије је била већа код жена у односу на мушкарце, али не и статистички значајно, док се у литератури наводи да је преваленција већа код жена после 65 године живота (294).

У односу на степен образовања, уочава се да су највећу преваленцију хипертензије имали испитаници са најнижим нивоом образовања (90,7%). Није било разлике међу испитаницима у односу на остале социјално-економске и демографске карактеристике. Истраживање спроведено у Сингапуру је показало да је преваленција хипертензије међу испитаницима старијим од 60 година 74,1%, да расте са годинама живота и да је чешћа међу испитаницима без школе или са непотпуним најнижим нивоом образовања (295). Слично томе, и истраживање аутора Ли и сарадника (*Li et al.*) потврђује да виши ниво образовања смањује ризик од развоја хипертензије код старих (296).

Резултати из 2015. године говоре да је у свету било више од 1,1 милијарда пушача. Пушење је једна од највећих јавноздравствених претњи са којом се свет до сада сусрео и одговорно је за више од 6 милиона смртних исхода годишње (297). Иако су уложени изузетно велики напори у контроли дувана и постигнути велики успеси у претходних 50 година у погледу смањења преваленције пушења, ризик за морталитет од болести које су повезане са пушењем се повећава, поготово међу женама (298).

У односу на навику пушења, резултати показују да је међу старима у Војводини свака седма особа пушач (14,3%), свака четврта бивши пушач (22,1%), а скоро две трећине су непушачи (63,5%). У поређењу са подацима из 2006. године, преваленција пушења међу старима је нешто већа, јер тада је било 9,3% свакодневних и 2,1% повремених пушача, 14,3% бивших пушача и 74,3% непушача. Када се посматра навика пушења у односу на старост, уочава се да је пушење најмање заступљено међу старима у односу на остале старосне категорије, односно да је највећа преваленција у категорији 35-44 године (136). Према подацима Еуростата, такође и у свем земљама чланицама ЕУ је сличан образац, са највећим преваленцијама између 25 и 54 године, а најмањим од 55 до 84 године (299). Врло слично нашим резултатима, је преваленција пушења међу особама старости 65 и више година у Данској (14,3%) и Холандији (14,1%), док је нижа у Норвешкој (13,3%), Грчкој (13,2%), а знатно нижа у земљама попут Португала (4,5%), Литваније (8%) и Шпаније (8,2%) (300).

У односу на пол, према нашим резултатима значајно је више мушкараца који су пушачи односно бивши пушачи, у односу на жене. Чак четири пута је већа преваленција бивших пушача, односно два пута већа преваленција пушача међу мушкарцима. Посматрајући резултате последње Националне студије, на нивоу Србије, већи проценат пушача је забележен код мушкараца у свим старосним категоријама (168). Полне разлике у навици пушења, односно већи проценат пушача међу мушкарцима, је присутан у свим земљама чланицама ЕУ за које су доступни подаци (Белгија, Бугарска, Немачка, Естонија, Грчка, Шпанија, Аустрија, Мађарска, итд.) (299). Разлог за ниже преваленције пушења код жена, може бити то што је пушење мање социјално прихватљиво код жена, као и у њиховом нижем социјално-економском статусу (301, 302).

Алкохол је узрочник више од 60 различитих врста болести и стања, укључујући повреде, поремећаје менталног здравља и понашања, болести гастроинтестиналног тракта, карциноме, кардиоваскуларне болести, имунолошке поремећаје, болести плућа и других органа (303). Штетан утицај алкохола на старе људе се разликује од утицаја који има на младе. Док преваленција конзумирања алкохола опада са годинама живота, старе особе које конзумирају алкохол раде то учесталије у односу на остале. Такође, старењем, мања је способност организма да метаболише алкохол, у односу на млађе животно доба, па се и то наводи као један од разлога за већу учесталост повређивања старих (304, 305).

Према резултатима нашег истраживања 66,2% испитаника старости 65 и више година у Војводини не конзумира алкохол, односно осам од десет жена (81,0%), а међу мушкарцима тек сваки други (44,9%).

На нивоу Србије највећи проценат испитаника који не конзумирају алкохол је међу старим особама у односу на остале категорије становника, а посматрано међу старима 59,6% испитаника старости 65-74 године, 69,5% испитаника старости 75-84 године и 78,0% старијих од 85 година не конзумира алкохол (168).

Чак сваки трећи мушкарац (33,5%) конзумира алкохол 1-2 дана у недељи и чешће, док је међу женама тај проценат значајно мањи (6,6%). Многа друга истраживања потврђују да мушкарци чешће конзумирају алкохол од жена и у већим количинама. Жене пију различите врсте алкохолних пића, чешће пију после obroка и мање конзумирају алкохол на јавним местима (306, 307).

5.3. Коришћење здравствене заштите

5.3.1. Коришћење примарне здравствене заштите

Када је реч о коришћењу примарне здравствене заштите од стране старих у Војводини, већина испитаника (95,1%) је имала изабраног лекара опште медицине у државној здравственој установи, а чак 83,1% испитаника је посетило изабраног лекара у периоду од 12 месеци пре истраживања. Запажа се да у односу на 2006. годину, већи број испитаника има свог лекара опште медицине, јер тада је тек 50,6% одраслих у Србији имало свог лекара (112).

Свега 17,9% испитаница се изјаснило да има свог изабраног гинеколога у државној здравственој установи, а тек 1,7% у приватној. На нивоу Србије свог гинеколога имало је 60,9% жена старијих од 15 година (168). Гинеколога (у приватној или државној установи) је у посматраном периоду посетила тек свака десета жена, иако Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији налаже да жене од навршених 15 година и више једном годишње треба да обаве превентивни гинеколошки преглед (70). Резултати се нису значајно променили у односу на 2006. годину када је у Србији 9,2% испитаница старости 65-74 године и 4,7% старијих од 75 година посетило гинеколога у години која је претходила истраживању (112).

Највећи број испитаника (67,7%) је у просеку једном посетио лекара опште медицине у периоду од 4 недеље пре истраживања, што је значајно више у односу на резултате из 2006. године у Србији када су испитаници старији од 65 година у просеку 5 пута посетили лекара опште медицине у години која је претходила истраживању (112).

У САД особе старости 65 и више година у просеку у току године посете изабраног лекара 6 пута, у Канади 10 пута, у Великој Британији скоро 5 пута, а у Тајвану чак 28 пута (271, 308-310). И шведска студија спроведена на 85-огодишњацима је показала мање коришћење здравствене заштите у односу на испитанике у Војводини, односно у Шведској је 69% испитаника имало до две посете примарној здравственој заштити у претходних 12 месеци (56).

Један од разлога већег броја посета годишње лекару опште медицине код нас у односу на друге земље је тај што су лекари у нашој земљи у обавези да лекове прописују осигураним лицима, у количини која је неопходна за период који није дужи од 30 дана код хроничних обољења (70).

Испитаници из категорије 65-74 године у значајно већем проценту су посетили лекара опште медицине и лекара специјалисту у односу на старије испитанике. У погледу брачног стања није било значајних разлика међу испитаницима у посети лекару опште медицине и лекару специјалисти у години која је претходила истраживању. Супротно нашим резултатима, Ајбих и сарадници (*Eibich et al.*) закључују да у Немачкој има разлике, односно испитаници који су у браку чешће посећују лекара у примарној здравственој заштити од оних који живе сами (311).

У односу на место становања, није било разлике у посетама лекару опште медицине, док су становници градских насеља у значајно већем проценту посетили лекара специјалисту у односу на оне који живе ван града. И у истраживању спроведеном у Канади, становници руралних подручја су ређе посећивали лекара специјалисту (312).

Овакви резултати говоре у прилог томе да постоје разлике у приступачности здравствене заштите и да је здравствена заштита старим особама пружена од стране лекара опште медицине географски доступнија у односу на специјалистичку.

Образовање се издваја као предиктор коришћења примарне здравствене заштите. Са растом степена образовања, значајно се повећава проценат испитаника који су посетили лекара опште медицине и лекара специјалисту. Како у униваријантној анализи, тако и у моделима мултиваријантне анализе, образовање је значајно повезано са посетом лекару опште медицине у периоду од 12 месеци пре истраживања. Према моделу 1, у који су поред образовања ушле демографске и социјално-економске варијабле, већу шансу да посете лекара опште медицине имали су испитаници са завршеном средњом или основном школом у односу на испитанике са најнижим нивоом образовања. Када се у модел укључе и показатељи здравља повезаност остаје значајна само у случају испитаника са основном школом.

Што се тиче посета лекару специјалисти, испитаници са вишим и високим образовањем су имали веће шансе да посете лекара специјалисту у односу на испитанике са најнижим нивоом образовања. Рајвикер и сарадници (*Ryvicker et al.*) закључују да испитаници са завршеном средњом школом, или вишим образовањем од тога, имају веће шансе да користе услуге примарне здравствене заштите од оних без завршене средње школе (313).

Припадници ниже социјално-економске класе ређе говоре о симптомима и ређе траже помоћ у раној фази болести, што има за последицу лошију прогнозу односно исход болести. Најчешћи разлози за то су негирање проблема, страх, као и недостатак знања да су симптоми нешто што може и треба да буде саопштено. Недостатак образовања се повезује са нижим нивоом знања и свести о доступности здравствене заштите, као и мањим могућностима да се појединац снађе и буде видљив у здравственом систему (314).

Према Адамсону и сарадницима (*Adamson et al.*), међу особама старости 60 и више година припадници виших социо-економских слојева значајно чешће траже непосредну помоћ у вези са здрављем (315). С друге стране, шпанска студија показује да није било разлике у коришћењу ванболничке здравствене заштите код старих особа у односу на припадност социјалној класи, приход, место становања и брачно стање али да су испитаници нижег нивоа образовања, као и испитаници који процењују своје здравље као лошије имали 2,5 пута већу шансу да посете лекара опште медицине (45).

Највећи проценат испитаника који су посетили свог лекара опште медицине и лекара специјалисту је међу онима који припадају богатом слоју. Материјално стање и издвајање из сопствених прихода за ванболничку здравствену заштиту су се показали као значајни предиктори и у униваријантној анализи и у мултиваријантним моделима. Испитаници који припадају категорији богатих су имали три пута већу шансу да посете лекара опште медицине у односу на сиромашне, а они који су додатно издвајали за ванболничку здравствену заштиту су имали два пута већу шансу да посете лекара опште медицине. Квинтили благостања су значајно повезани са посетом лекару специјалисти само у моделу који је укључио поред демографских и социјално-економске варијабле и стилове живота и показатеље здравља, и то тако да су богати имали два пута већу шансу да посете лекара специјалисту, као и припадници средњег слоја у односу на сиромашне.

Слично нашим резултатима, Мохамадбеиги и сарадници (*Mohammadbeigi et al.*), закључују да се неједнакости у коришћењу здравствене заштите огледају у томе да они који припадају категорији богатих чешће користе услуге лекара специјалисте (316). И канадска студија такође потврђује да испитаници са вишим приходима чешће бар

једном посете лекара специјалисту у односу на оне са нижим приходима. Такође, канађани са вишим нивоом образовања су посећивали изабраног лекара чешће од оних са нижим нивоом образовања (317).

Према нашим резултатима, испитаници са лаким ограничењима у обављању *IADL* су у већем проценту посетили лекара опште медицине у години која је претходила истраживању у односу на оне са умереним до тешким ограничењима. Иако је униваријантна анализа показала да испитаници са умереним до тешким ограничењима имају мање шансе да посете лекара опште медицине у односу на оне без ограничења, мултиваријантна анализа није показала значајну повезаност. Такође, није било значајне повезаности ни са посетама лекару специјалисти. У литератури постоји податак да су стари са већим ограничењима у обављању *IADL* имали мању шансу да посете лекара опште медицине, али су имали већу шансу да буду хоспитализовани у односу на испитанике без ограничења (49).

Мултиморбидитет представља веома значајан предиктор коришћења примарне здравствене заштите. Испитаници са мултиморбидитетом су имали чак 8 пута већу шансу да посете лекара опште медицине, односно више од два пута веће шансе да посете лекара специјалисту у години која је претходила истраживању у односу на оне који нису оболели од хроничних болести. И други аутори наводе да старе особе са више хроничних стања значајно чешће посећују лекара, и опште медицине и специјалисту (318, 319).

Према нашим резултатима, у мултиваријантној анализи, бол није био значајно повезан са посетама лекару опште медицине, али јесте са посетама лекару специјалисти. Испитаници са јаким или веома јаким болом у периоду од четири недеље пре истраживања имали су скоро два пута већу шансу да посете лекара специјалисту у односу на испитанике без бола.

У Финској, на пример, за чак 40% посета лекару у примарној здравственој заштити разлог је постојање бола (320). Ипак, један од закључака студије која је спроведена у Ротердаму је, да је дужина трајања, односно хроничитет бола значајнија детерминанта коришћења здравствене заштите, него сам интензитет (321).

Самопроцена здравља је била значајан предиктор посета лекару опште медицине у униваријантној анализи али у мултиваријантном моделу који је укључује, повезаност није била статистички значајна, док је у случају посета лекару специјалисти повезаност високо статистички значајна. Они који су оценили здравље као просечно имали су за 60%, односно као веома добро и добро здравље за 77% мању шансу да посете лекара специјалисту од оних који га процењују као лоше или веома лоше.

Према резултатима националног истраживања коришћења здравствене заштите спроведеног у Грчкој испитаници који су своје здравље проценили као веома добро односно добро имали су мању вероватноћу да користе примарну здравствену заштиту у односу на испитанике који процењују своје здравље као просечно, лоше или веома лоше (322). Слично, у Ирској, они који су процењивали своје здравље као лошије имали су у просеку већи број посета лекару опште медицине у поређењу са онима који су га проценили као добро (323).

У области превентивних прегледа, анализиран је обухват испитаника вакцинацијом против грипа, тестом на окултно крварење у столицу, колоноскопским прегледом, као и мерењима крвног притиска, холестерола и шећера у крви од стране здравственог радника.

Према Правилнику о имунизацији и начину заштите лековима, имунизација против грипа у Републици Србији се спроводи према клиничким и епидемиолошким индикацијама. Једна од епидемиолошких индикација јесте старост 65 и више година (324). Према нашим резултатима, само 9,8% испитаника је примило вакцину против грипа у претходних 12 месеци, а чак 65,9% испитаника наводи да никада није примило вакцину против грипа.

Знатно бољи резултати су на америчком континенту, где се према подацима *CDC*-а од 1999-2014. године обухват старијих од 65 година вакцином против грипа повећао од 65,7% до 70,1%. (271). У литератури налазимо да су социо-економске неједнакости присутне и када су у питању превентивни прегледи, односно да жене из нижих социјално-економских слојева имају мању шансу да се вакцинишу против грипа (325).

Три четвртине (75,0%) испитаника се изјаснило да им је здравствени радник измерио крвни притисак у години која је претходила истраживању, док је у истом периоду код нешто мање од две трећине испитаника измерена вредност холестерола (63,4%), односно шећера у крви (65,0%) од стране здравственог радника.

Док у нашем истраживању није било разлике по полу у остваривању превентивних прегледа, на пример у САД-у мушкарци чешће учествују у вакцинацији против грипа и мерењу вредности холестерола у односу на жене (326).

Иако Правилник о садржају и обиму права на здравствену заштиту из обавезног здравственог осигурања и о партиципацији предвиђа да се скрининг/рано откривање рака дебелог црева спроводи једанпут у две године за особе оба пола старости од навршених 50 до 74 године (70), највећи број испитаника (86,5%) у нашем

истраживању никада није радио тест на окултно крварење у столицу, нити је био на колоноскопском прегледу (88,5%). Према подацима из 2013. године у САД-у 54,5% особа старости 50-75 година је имало колоноскопски преглед (271).

Чак 81% испитаника је издвајало за ванболничку здравствену заштиту у месецу који је претходио истраживању, и то више жене него мушкарци, без значајне разлике у односу на квинтиле благостања. И резултати из 2006. године на нивоу Србије показују да су жене у значајно већем проценту издвајале за здравствену заштиту, као и становници старији од 45 година у односу на млађе. Уколико посматрамо само старије од 65 година, уочавамо да је нешто више од 70% становника издвајало за ванболничку здравствену заштиту (112).

Старење становништва свакако ће утицати и на трошкове за здравствену заштиту изражене по глави становника. Према подацима из САД-а и других развијених земаља, трошкови здравствене заштите за особе старости 65 и више година су 3-5 пута већи од трошкова за особе млађе од 65 година. Пораст броја старих особа, заједно са сталним напретком здравствених технологија, биће разлози за све веће трошкове здравствене заштите (327).

5.3.2. Коришћење болничке здравствене заштите

Подаци о леченим лицима, односно становницима који се хоспитализују ради лечења, још увек нису доступни, и док јединствени систем информација у здравству не буде успостављен, ова врста истраживања омогућава добијање допунских информација о коришћењу болничке здравствене заштите у популацији (112).

Према нашим резултатима, сваки девети испитаник (11,1%) је био на болничком лечењу, док се сваки пети (19,0%) лечио у оквиру дневне болнице у периоду од 12 месеци пре истраживања. Врло слично нашим резултатима, и у немачком истраживању које је обухватило старе особе, 13,9% испитаника је било примљено на болничко лечење (328).

Резултатати показују такође, да су мушкарци имали два пута веће шансе да буду на болничком лечењу и лечењу у дневној болници у години која је претходила истраживању. Податак да су жене ређе биле на болничком лечењу у односу на мушкарце је у складу са резултатима других истраживања (329-331).

Као могуће објашњење за ређе хоспитализације код жена, иако су по великом броју индикатора лошијег здравственог стања од мушкараца, наводи се да жене често брину и о другим члановима породице а не само о себи и управо због тих обавеза које

имају одричу се хоспитализације (326). Према нашим резултатима и резултатима из 2006. године, није било разлике у коришћењу болничке здравствене заштите у односу на материјално стање (112). Слично нашим резултатима, ни у Енглеској се не бележе разлике у коришћењу болничке здравствене заштите, а аутори на основу тога закључују да је дистрибуција коришћења овог вида здравствене заштите у складу са стварним потребама (332).

Међутим, ипак треба врло опрезно тумачити ове резултате, јер то само значи да нема социјално-економских разлика у приступачности болничке здравствене заштите оних који су остварили потребу за болничким лечењем.

Старе особе са непотпуном основном школом и без основне школе су имале скоро три пута већу шансу да буду хоспитализоване у претходних 12 месеци у односу на високообразоване, према моделу који је укључио демографске и социјално-економске варијабле. Образовање није било значајно повезано са коришћењем дневне болнице. Корејска студија, слично нашим резултатима, говори у прилог тога да су старе особе са вишим, односно високим образовањем имале мање шансе да буду хоспитализоване у односу на оне са најнижим нивоом образовања (331).

Аутори норвешке студије коришћења здравствене заштите, такође кажу да су мушкарци са нижим нивоом образовања имали значајно већу вероватноћу коришћења болничке здравствене заштите (333).

Самопроцена здравља била је значајан предиктор хоспитализација и коришћења дневне болнице. На болничком лечењу су скоро три пута чешће, а у дневној болници више од два пута чешће били испитаници који су своје здравље проценили као лоше или веома лоше у односу на оне који су своје здравље проценили као добро.

Аутори шпанског истраживања, такође, закључују да је самопроцена здравља снажан предиктор коришћења болничке здравствене заштите, као и да посредује између социоекономских варијабли и здравственог стања испитаника. Код мушкараца, лошија самопроцена здравља је предиктор коришћења болница у комбинацији са хроничним болестима, док је код жена предиктор у комбинацији са образовањем (334).

Резултати показују да су особе старости 65 и више година у Војводини које су имале умерена до тешка ограничења у обављању *ADL* и *IADL*, као и испитаници са јаким или веома јаким болом у већем проценту били на болничком лечењу у односу на остале испитанике. Сличне разлике постоје и када је у питању лечење у дневној болници. Мултиваријантна анализа, међутим није показала значајну повезаност постојања ограничења у *IADL*, присуству бола и болничког лечења. Ипак, када

анализирамо коришћење дневне болнице, испитаници са јаким или веома јаким болом имали су више од два пута већу шансу као и са лаким ограничењима у обављању *IADL* да користе дневну болницу у односу на оне без бола, односно без ограничења.

Меккол и сарадници (*McCull et al.*) закључују да је неспособност снажан предиктор коришћења болничке здравствене заштите и бољи индикатор потребе за здравственом заштитом од година испитаника (335).

Међутим, супротно литературним наводима по којима је функционална неспособност снажно повезана са већим коришћењем здравствене заштите, често се дешава да старе особе које имају ограничења не користе здравствену заштиту јер сматрају да је постојање ограничења у њиховим активностима саставни део старења (336).

И према резултатима Националног истраживања здравља спроведеног у Малезији, хронични бол код старих особа је био веома значајан предиктор хоспитализације, али не и коришћења примарне здравствене заштите (215). Веома често код старих особа се бол неадекватно лечи. Понекад, сами пацијенти се не жале на бол сматрајући да је то део старења, или не желе да оптерећују лекаре са додатним тегобама, желе да буду „добри пацијенти“, или некад нису у могућности ни да саопште да имају бол услед когнитивних оштећења. Такође, неки лекари немају вољу да се озбиљно посвете лечењу бола, опет због предрасуде да је то пратилац старења. Неки желе да га лече, али имају потешкоће у постављању дијагнозе бола и одабира адекватне терапије (337). Игнорисањем овог проблема, повећава се ризик за претерано и неодговарајуће коришћење система здравствене заштите, као и за даље социоекономске последице (338). Иако се мултиморбидитет није издвојио као предиктор хоспитализације у мултиваријантној анализи, у литератури се наводи да је број хроничних болести значајан предиктор коришћења болничке здравствене заштите (339, 340).

Велики број студија говори о повезаности пријема у болницу и броја хроничних болести. Према Шнајдеру и сарадницима (*Schneider et al.*) особе са три или више хроничних болести су имале чак 14,6 пута више хоспитализација и чак 25 пута више дана хоспитализације него они који не болују од хроничних болести (341).

5.3.3. Неостварене потребе за здравственом заштитом

Према подацима Еуростата, у 2014. години 6,7% становника старости 16 и више година у ЕУ-28 се изјаснило да је имало неостварене потребе за медицинским прегледима и лечењем, а проценат се кретао од 0,3% у Аустрији, 0,4% у Словенији, 4,7% у Финској, 6,4% у Немачкој, 7,5% у Хрватској, 9,2% у Шведској, 11,3% у Румунији, 12,7% у Грчкој до 19,6% у Србији. Најчешћи разлог неостварене здравствене потребе је био то што је била сувише скупа (342).

Према истраживању из 2013. године на нивоу Србије, највећи проценат становништва са неоствареним потребама регистрован је у Војводини (39,5%), а најмањи у Шумадији и Западној Србији (20,3%) (168).

Према нашим резултатима, 36,7% испитаника старости 65 и више година је имало неку врсту неостварене здравствене потребе. Чак 17,6% испитаника се изјаснило да претходних 12 месеци нису на време добили здравствену заштиту због дугог чекања на заказану посету, односно преглед, док мањи број испитаника (8,7%) није на време добио здравствену заштиту због удаљености или проблема са превозом до места пружања здравствене заштите.

Забрињава податак да је у Војводини свака пета особа старија од 65 година (20,8%) имала потребу за дијагностиком, лечењем, рехабилитацијом, скоро исти број (21,8%) за прописивањем лекова, 14,8% за стоматолошком здравственом заштитом, и 4,6% за заштитом менталног здравља, али је није могла остварити због финансијских разлога. Највећи проценат испитаника који су имали неостварене здравствене потребе је био међу сиромашнима.

Немогућност плаћања за здравствену заштиту представља баријеру у коришћењу здравствене заштите. То значи да здравствена заштита није економски приступачна јер грађанин треба да плаћа такву суму новца која га одвраћа од коришћења здравствених услуга, посебно на нивоу примарне здравствене заштите (343). Домаћинства која имају потешкоће у издвајању новца за здравствену заштиту одлажу или се потпуно одричу здравствене заштите која им је неопходна (344).

Према подацима студије која је обухватила становништво старости 50 и више година из 14 европских земаља, највећи проценат испитаника са неоствареним здравственим потребама због финансијских разлога се налази у Естонији (45,2%), Италији (28,8%), Шпанији (22,1%), док је најмањи у Данској (5,3%), а затим следе Швајцарска (6,1%), Аустрија (7,3%) и Шведска (7,6%) (345).

5.3.4. Задовољство пруженом здравственом заштитом

Евалуација пружања здравствене заштите је неопходна у процени и унапређењу квалитета здравствених услуга (346). Задовољство пацијената је веома важан фактор који има утицај на понашање пацијента у смислу придржавања препоручене терапије и саветима а постоје и докази о реципрочној повезаности између задовољства пацијената и континуитета здравствене заштите (347, 348).

У литератури се описује веза између самопроцене здравља и задовољства пруженом здравственом заштитом. Испитаници који су своје здравље оцењивали лошијим оценама имали су мању шансу да буду задовољни пруженом здравственом заштитом од оних који су своје здравље оценили као веома добро (349). Задовољство пацијената је процена али истовремено врло ефикасан индикатор за мерење успеха лекара и здравствених установа (350).

Скоро две трећине старих у Војводини је веома задовољно или задовољно државном (64,0%), односно приватном (64,3%) здравственом службом. Незадовољних државном здравственом службом било је 17,3%, што одговара проценту оних који нису на време добили здравствену заштиту. У односу на пол није било статистички значајне разлике у задовољству.

Уколико узмемо у обзир одрасло становништво Војводине (20 и више година) нешто мање од половине становника је задовољно здравственом службом, и у поређењу са другим регионима у Србији, задовољство је најниже (168). Ипак, у поређењу са 2006. годином задовољство је веће, јер се тада свега 36% испитаника изјаснило да је задовољно.

5.4. Предности и ограничења истраживања

Једна од основних предности овог истраживања је да је спроведено у складу са методологијом и инструментима Европског истраживања здравља што омогућава упоредивост показатеља здравља са земљама Европске уније. Узорак је изабран тако да је обезбедио статистички поуздану процену великог броја индикатора који указују на здравље популације, како на националном нивоу, тако и на нивоу Војводине, односно других региона.

Поред тога, да би се добили што тачнији подаци, они су прикупљени радом обучених тимова на терену, а један од чланова тима био је и здравствени радник који је обавио антропометријска мерења телесне масе и телесне висине, као и мерење крвног притиска.

Ипак, ова докторска дисертација има неколико ограничења. Истраживање је рађено као студија пресека, која има својих недостатака о којима је претходно било речи. Али и поред тога морамо нагласити да се ради о трећем по реду националном истраживању здравља и за одређене показатеље могуће је пратити тренд кретања.

Из истраживања су, према методологији, искључене особе смештене у геронтолошким центрима и другим установама социјалне заштите, што треба имати у виду при компарацији са другим истраживањима.

Морбидитет је сагледаван на основу података које су дали сами испитаници, и могуће је да постоје грешке у присећању. Међутим, истраживање је обухватило, поред података о морбидитету, и податке о функционалном статусу (*ADL*, *IADL*) што је омогућило прецизнију процену здравственог стања испитаника.

Поред осталих, анализирана је самопроцена здравља, индикатор који може бити под утицајем раличитих индивидуалних фактора, односно субјективности. Ипак, и поред недостатака сматра се да самопроцена здравља може да се користи за процену здравља између различитих социјално-економских група (351) и сматра се валидном и поузданом мером за процену здравља код испитаника без когнитивних оштећења (352).

Подаци који се односе на коришћење здравствене заштите нису добијени на основу медицинске документације, већ самоизјашњавања, што такође може бити узрок грешака. Међутим, истраживања су показала да се подаци о коришћењу здравствене заштите добијени на основу самоизвештавања испитаника могу користити, посебно када је у питању краћи временски период, као и да су подаци о хоспитализацијама знатно прецизнији у односу на информације о посетама лекару (353).

Ово истраживање је, и поред ограничења, пружило веома значајне информације о здравственом стању старих на територији Војводине, као и податке о коришћењу здравствене заштите, са нагласком на чиниоце који утичу на коришћење.

6. ЗАКЉУЧАК

1. Испитивањем здравља и разлика у здрављу особа старости 65 и више година на територији Војводине у односу на демографске и социјално-економске карактеристике могу се извести следећи закључци:

- Просечна старост испитаника је била 73,6 година. Сваки други испитаник је живео у брачној или ванбрачној заједници (52,5%), при чему значајно више мушкарци (73,1%), док су жене бројније као удовице, односно разведене и неудате (62,5%). У структури испитаника према образовању, 12,2% је имало више или високо образовање, а чак 57,0% основну школу или мање од тога, при чему значајно више жене (69,3% vs 40,1%). Чак три петине испитаника (60,0%) према индексу благостања је припадало категорији сиромашних или најсиромашнијих.
- Више од трећине испитаника процењује своје здравље као лоше или веома лоше (36,9%), а међу њима значајно више жене (41,1% vs 30,5%). Са падом степена образовања повећава се проценат особа које здравље процењују као веома лоше или лоше, са 20,9% на 44,9%, а са падом индекса благостања са 26,2% на 41,3%. Они који нису издвајали из сопствених прихода за ванболничку здравствену заштиту у већем проценту су проценили своје здравље као веома добро или добро.
- Жене у већем броју у односу на мушкарце наводе да имају неку дуготрајну болест или здравствени проблем (78,7% vs 69,3%), као и да су у претходних 6 месеци или дуже биле ограничене због здравствених проблема у обављању свакодневних активности. Мултиморбидитет је такође у значајно већем проценту присутан код жена (68,3% vs 59,3%). Жене статистички значајно чешће, у поређењу са мушкарцима, наводе да болују од повишеног крвног притиска, дегенеративних обољења зглобова, деформитета доње кичме или другог хроничног проблема са леђима, вратног деформитета или другог хроничног проблема са вратном кичмом и депресије.
- Без ограничења у обављању *ADL* у значајно већем проценату су били мушкарци, испитаници који живе у брачној или ванбрачној заједници, са виши степеном образовања, они који су према индексу благостања у категорији богатих, као и они који нису издвајали или су најмање издвајали из сопствених прихода за ванболничку здравствену заштиту.

- Испитаници из категорије 65-74 године, они који живе у брачној или ванбрачној заједници, са вишим степеном образовања, они који припадају најбогаћијем слоју и живе у граду су били у већем броју без ограничења у обављању *IADL*.
 - Међу особама старости 65 и више година у Војводини, 11,1% је имало знакове депресивне епизоде. Жене су значајно више у односу на мушкарце имале благе депресивне симптоме (17,7%) и знаке депресивне епизоде (12,3%). Процент испитаника са знацима депресивне епизоде расте са годинама живота. Двоструко је већи међу онима који немају партнера (15,5%) у односу на оне који га имају (7,0%) а са падом образовања расте од 3,4% до 15,1%. Учесталост депресије је била најнижа међу испитаницима из богатог слоја а проценат расте са смањењем индекса благостања (од 5,6% до 13,6%). Депресија је такође учесталија међу особама са лошијом социјалном подршком.
 - Чак две петине жена (41,1%) и скоро једна трећина мушкараца (30,9%) нема ниједан зуб. Са старошћу се значајно повећава проценат испитаника којима недостају сви зуби. Статистички значајно безубост је била присутнија међу испитаницима који немају партнера. Испитаницима који живе у насељима ван града недостаје већи број зуба, а са опадањем степена образовања, прогресивно расте проценат испитаника који имају потпуни недостатак зуба.
 - Највећи број старих особа у Војводини (53,9%) је имао умерену социјалну подршку, сваки трећи испитаник јаку, док је сваки седми испитаник имао лошу социјалну подршку.
 - Значајно је више мушкараца који су пушачи у односу на жене (19,0% vs 11,1%), као и бивши пушачи (40,3% vs 9,9%). Осам од десет жена се изјаснило да не конзумира алкохол, а међу мушкарцима тек сваки други. Сваки трећи мушкарац конзумира алкохол 1-2 дана у недељи и чешће, док је међу женама тај проценат значајно мањи (6,6%). Жене су у значајно већем проценту гојазне (33,3%), а мушкарци предгојазни (49,1%). Предгојазних и гојазних је значајно више међу онима који живе у браку или ванбрачној заједници. Највише гојазних је међу испитаницима са најнижим нивоом образовања. Хипертензију или потенцијалну хипертензију је имало чак 87,4% жена и 82,4% мушкараца, док се свега 61,8% испитаника изјаснило да болује од хипертензије.
2. На основу процене коришћења здравствене заштите особа старости 65 и више година на територији Војводине у односу на: демографске, социо-економске, бихејвиоралне чиниоце, активности свакодневног живота, присуство бола,

постојање социјалне подршке и издвајање за здравствену заштиту могу се извести следећи закључци:

- Већина испитаника (95,1%) је имала изабраног лекара опште медицине у државној здравственој установи, а 83,1% је посетило лекара опште медицине у години која је претходила истраживању. У истом периоду, гинеколога је посетила тек свака десета жена, а стоматолошку здравствену заштиту је користио тек сваки шести испитаник. Лекара специјалисту, у истом периоду, је посетио сваки други испитаник. Само 9,8% испитаника је примило вакцину против грипа у претходних 12 месеци. Највећи број испитаника (86,5%) никада није радио тест на окултно крварење у столици, нити је био на колоноскопском прегледу (88,5%).
- Лекара опште медицине у већем проценту су посетили испитаници са вишим степеном образовања, они који припадају богатом слоју, испитаници који су имали већу могућност издвајања из сопствених прихода за ванболничку здравствену заштиту, као и испитаници са лаким ограничењима у обављању *IADL*, док у односу на остале чиниоце није било разлика међу испитаницима.
- У значајно већем проценту лекара специјалисту су посетили испитаници из категорије 65-74 године и становници градских насеља. Са растом нивоа образовања, материјалног стања и издвајања за ванболничку здравствену заштиту значајно расте број испитаника који је посетио лекара специјалисту. Бивши пушачи су у већем проценту посетили лекара специјалисту у односу на непушаче и пушаче, као и испитаници са јаким или веома јаким болом.
- У години која је претходила истраживању, сваки девети испитаник је био на болничком лечењу, а сваки пети се лечио у оквиру дневне болнице. Болничку здравствену заштиту (хоспитализација и услуге дневне болнице) у већем проценту су користили мушкарци, они са умереним до тешким ограничењима у обављању *IADL* и испитаници са јаким или веома јаким болом. Хоспитализовани су такође у већем проценту, у погледу *ADL*, испитаници са умереним до тешким ограничењима.
- Сваки трећи испитаник је имао неостварену потребу за здравственом заштитом, у највећем броју случајева због финансијских разлога, затим због дугог чекања на заказан преглед/посету а најмање због удаљености или проблема са превозом до места пружања здравствене заштите.

3. Испитивањем предиктора здравља и коришћења здравствене заштите код особа старости 65 и више година на територији Војводине, применом мултиваријантне логистичке регресије дошло се до следећих закључака:

- Процена сопственог здравља као лошег је повезана са женским полом, лошијим материјалним статусом, умереним до тешким ограничењима у обављању кућних активности, болом, симптомима депресивне епизоде, лошијом социјалном подршком и оболевањем од две или више хроничних болести.
- Већу шансу да посете лекара опште медицине имали су испитаници са завршеном основном школом у односу на оне без школе, богати, они који су имали могућност да издвајају из сопствених прихода за ванболничку здравствену заштиту и испитаници са мултиморбидитетом.
- Виши ниво образовања, боље материјално стање, издвајање из сопствених прихода за ванболничку здравствену заштиту, боља социјална подршка, лошије здравље исказано самопроценом, јак телесни бол и мултиморбидитет били су предиктори посете лекару специјалисти.
- За коришћење болничке здравствене заштите у смислу хоспитализације већу шансу су имали мушкарци, особе нижег нивоа образовања, они који су имали могућност да издвајају из сопствених прихода за ванболничку здравствену заштиту и испитаници који су процењивали своје здравље као лоше или веома лоше.
- За лечење у дневној болници већу шансу су имали мушкарци, они који су своје здравље проценили као лоше или веома лоше, са јаким или веома јаким болом, испитаници са лаким ограничењима у обављању *IADL* и они који су имали већу могућност издвајања из сопствених прихода за ванболничку здравствену заштиту.

7. ПРЕПОРУКЕ

Ово истраживање је омогућило добијање података који нису доступни из рутинске здравствене статистике о здрављу старих особа на територији Војводине и карактеристикама коришћења ванболничке и болничке здравствене заштите. Захваљујући овом истраживању, анализирани су детерминанте здравља и идентификовани су најзначајнији предиктори коришћења здравствене заштите. На основу прегледа литературе, можемо закључити да до сада није рађено истраживање које је на овај начин сагледавало здравље старих и коришћење здравствене заштите, како у Војводини тако ни у Републици Србији.

Резултати показују да постоје изражене неједнакости у здрављу старих особа у Војводини, посебно социјално-економске природе. Неопходно је спровођење постављених циљева у оквиру Стратегије за смањење сиромаштва у виду повећања животног стандарда пензионера и других старих лица, а у складу са растом стандарда осталих грађана; смањење сиромаштва међу пензионерима и другим старим лицима, како по учешћу броја сиромашних у укупном броју ове популације, тако и по апсолутном броју сиромашних; смањење дубине сиромаштва преосталих сиромашних старијих лица и јачање ванинституционалне и услужне заштите посебно угрожених старих лица (176).

Поред тога, резултати указују на неравноправан положај жена, јер међу женама је било значајно више оних које припадају категорији необразованих, као и сиромашних у односу на мушкарце. Нажалост, неравноправност у погледу образовања није присутна само међу старима већ постоји и у млађим старосним категоријама (354). Потребно је активно спроводити политику постављену у оквиру Стратегије развоја образовања у Србији до 2020. године, и обезбедити потпуни обухват деце основним образовањем, али такође подстицати образовање жена, јер то доприноси смањивању сиромаштва и повећању економског развоја (355).

Преваленција депресије највећа је међу старима у односу на остале старосне категорије. Депресивна епизода и лоша социјална подршка предиктори су лошије самопроцене здравља. Стога у складу са Стратегијом за заштиту менталног здравља, заштита менталног здравља старих треба да се одвија у заједници, базирана на потребама корисника и њихове околине, али уз активно учешће стручњака и друштва у целини. Такође, антистигма кампање су од велике важности за ову популациону групу (356).

Податак да је чак две петине жена и скоро једна трећина мушкараца у категорији старих безуба говори у прилог тога да је потребно интензивирати здравствено-васпитни рад и активности у циљу унапређења оралног здравља не само старих већ и свих популационих категорија, са акцентом на најмлађима са циљем усвајања знања о очувању оралног здравља и правилном коришћењу стоматолошке здравствене заштите.

Резултати овог истраживања су показали да је сваки трећи испитаник имао неостварену потребу за здравственом заштитом, као и да лекара опште медицине и лекара специјалисту чешће посећују особе које имају виши ниво образовања, као и они који су бољег материјалног стања. Наведени резултати показују да постоји потреба за спровођењем мера и активности са циљем повећања приступачности и доступности здравствене заштите старим особама.

Испитаници са болом имали су веће шансе да процене своје здравље као лошије. Подизање свести да бол треба лечити и едукација здравствених радника за спровођење терапије бола, као и активно укључивање лекара са стеченим знањем у области геријатрије допринеће бољем квалитету живота старих, али и рационалнијем коришћењу здравствене заштите.

Резултати су показали да је мали обухват старих у Војводини превентивним активностима. Напредак би се постигао интензивирањем здравствено-васпитних програма са циљем едукације ове популационе групе о значају ових активности, али и одговарајућом припремом здравственог сектора, превасходно примарне здравствене заштите за спровођење ових активности.

Велика преваленција мултиморбидитета и присуство ограничења у активностима личне неге и кућним активностима захтевају, у складу са Националним програмом за очување и унапређење здравља старих, интерсекторску координацију, односно високи степен сарадње здравственог и социјалног сектора, као и свих других релевантних чинилаца у заштити старих (организације цивилног друштва, јединице локалне самоуправе итд.), увођење свеобухватне геријатријске процене и формирање тима за процену и координацију потреба старих (28).

Демографски процеси у Војводини, које карактерише старење популације, захтевају прилагођавање система здравствене заштите и друштва у целини потребама популације старих особа, са циљем унапређења њиховог здравља и квалитета живота.

8. ЛИТЕРАТУРА

1. Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5–13 September 1994 [cited 2016 March 31]. Available from:http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf.
2. World Health Organization. Active Ageing: A Policy Framework [cited 2016 April 12]. Available from:http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
3. OECD. OECD data-Demography [cited 2016 April 12]. Available from: <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>
4. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Population Ageing 2013. ST/ESA/SER.A/348 [cited 2014 July 2]. Available from: <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
5. United Nations. Vienna international plan of action on aging. New York: United Nations; 1983.
6. United Nations. Political Declaration and Madrid International Plan of Action on ageing. Second World Assembly on Ageing. New York: United Nations; 2002.
7. Eurostat. Population structure and ageing [cited 12th April, 2016]. Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing
8. Devedžić M, Stoilković Gnjatović J. Popis stanovništva, domaćinstava i stanova 2011. u Republici Srbiji Demografski profil starog stanovništva Srbije. Beograd: Republički zavod za statistiku; 2015.
9. McMunn A, Breeze E, Goodman A, Nazroo J, Oldfield Z. Social determinants of health in older age. In: Marmot M, Wilkinson RG, editors. Social determinants of health. New York: Oxford University Press; 2006. p. 267-96.
10. Goldstein JR. How populations age. In: Uhlenberg P, editor. International Handbook of population aging. New York: Springer Science & Business Media; 2009. p. 7-19.
11. Institut za javno zdravlje Vojvodine. Zdravstveno stanje stanovništva AP Vojvodine 2015. godine. Novi Sad: Institut za javno zdravlje Vojvodine; 2016.
12. United Nations Population Fund. Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge. New York: United Nations Population Fund; 2012.
13. Republički zavod za statistiku Republike Srbije. Vitalni događaji u Republici Srbiji. [cited 2017 January 23]. Available from: http://webrzs.stat.gov.rs/WebSite/repository/documents/00/02/16/32/SN40_168_srb-2015.pdf
14. Eurostat. Mortality and life expectancy statistics. [cited 2017 January 14]. Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics
15. World Health Organization. Life expectancy at birth (years), 2000–2015. [cited 2017 January 14]. http://gamapserv.who.int/gho/interactive_charts/mbd/life_expectancy/atlas.html
16. Republički zavod za statistiku Republike Srbije. Procena broja stanovnika u 2015. godini. [cited 2017 January 23]. Available from: http://webrzs.stat.gov.rs/WebSite/repository/documents/00/02/15/96/SN70_171-Procene_2015.pdf

17. Republički zavod za statistiku Republike Srbije. Popis stanovništva, domaćinstva i stanova u 2011. godini u Republici Srbiji. Starost i pol. Beograd: Republički zavod za statistiku; 2012.
18. Milosavljević N. Gerontologija: starenje i starost. Novi Sad:Old Commerce; 1999.
19. Davidović M, Milošević PD, Despotović N. Uvod u gerijatriju. In: Davidović M, Milošević PD, editors. Medicinska gerontologija. [cited 2017 January 14]. Available from:<http://www.uggsrbije.org/media/knjiga/MedicinskaGerontologija.pdf>
20. Ribera Casado JM. The history of geriatric medicine. The present: Problems and opportunities. *European Geriatric Medicine*.2012;3: 228–32.
21. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011;343:d6553.
22. Nordström P, Michaëlsson K, Hommel A, Norrman PO, Thorngren KG, Nordström A. Geriatric Rehabilitation and Discharge Location After Hip Fracture in Relation to the Risks of Death and Readmission. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(1):91.e1-7.
23. National Research Council. Preparing for an Aging World: The Case for Cross-National Research, Panel on a Research Agenda and New Data for an Aging World, Committee on Population and Committee on National Statistics, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
24. Lemme BH. Development in adulthood. Boston:Allyn and Bacon;1995.
25. Ač Nikolić E, Šušnjević S. Zdravo starenje-cilj zdravstvene politike. Monografije naučnih skupova AMN SLD, serija B, 2009;3(4):15-34.
26. World Health Organization. Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization; 1999.
27. Vlada Republike Srbije. Nacionalna strategija o starenju 2006-2015. [cited 2016 July 13]. Available from: <http://www.minrzs.gov.rs/files/doc/porodica/strategije/Nacionalna%20strategija%20o%20starenju.pdf>
28. Vlada Republike Srbije. Uredba o nacionalnom programu za očuvanje i unapređenje zdravlja starih. Sl. glasnik RS, br. 8/17.
29. Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. *Gerontologist*. 1997;37(4):433-40.
30. Svetska zdravstvena organizacija. Zdravlje 2020. [cited 2014 July 2]. Available from: <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/2012/Decembar/WHO2020.pdf>
31. Advancing Health and Well-being for Older Persons: Regional Perspectives. [cited 2017 January 23]. Available from: http://www.ngocoa-ny.org/download_pdfs/idop_2004_proceedings.pdf
32. Musick MA, Herzog AR, House JS. Volunteering and mortality among older adults: findings from a national sample. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1999;54(3):S173-80.
33. Luoh MC, Herzog AR. Individual consequences of volunteer and paid work in old age: health and mortality. *J Health Soc Behav*. 2002;43(4):490-509.
34. Musick MA, Wilson J. Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. *Soc Sci Med*. 2003;56(2):259-69.
35. Van Willigen M. Differential benefits of volunteering across the life course. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000;55(5):S308-18.
36. Bardage, C. Cardiovascular disease and hypertension. Population-based studies on self-rated health and health-related quality of life in Sweden. *Acta Univ. Ups. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Pharmacy*. Uppsala. 2000.

37. de Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. Regional Publications European Series No. 58. Geneva: WHO; 1996.
38. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health*. 1982;72(8):800-8.
39. Goldberg P, Gueguen A, Schmaus A, Nakache JP, Goldberg M. Longitudinal study of associations between perceived health status and self reported diseases in the French Gazel cohort. *J Epidemiol Community Health*. 2001, 55: 233-38.
40. Damian J, Ruigomez A, Pastor V, Martin-Moreno JM. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *J Epidemiol Community Health*. 1999, 53: 412-6.
41. Kaplan GA, Goldberg DE, Everson SA, Cohen RD, Salonen R, Tuomilehto J, et al. Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study. *Int J Epidemiol*. 1996, 25: 259-65.
42. Chou KL, Chi I. Factors associated with use of publicly funded services by Hong Kong Chinese older adults. *Soc Sci Med*. 2004;58:1025–35.
43. Palacios-Ceña D, Hernández-Barrera V, Jiménez-García R, Valle-Martín B, Fernández-de-las-Peñas C, Carrasco-Garrido P. Has the prevalence of health care services use increased over the last decade (2001-2009) in elderly people? A Spanish population-based survey. *Maturitas*. 2013;76(4):326-33.
44. Fernández-Mayoralas G, Rodríguez V, Rojo F. Health services accessibility among Spanish elderly. *Soc Sci Med*. 2000;50(1):17–26.
45. Fernández-Olano C, López-Torres Hidalgo JD, Cerdá-Díaz R, Requena-Gallego M, Sánchez-Castaño C, Urbistondo-Cascales L et al. Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system. *Health Policy*. 2006;75(2):131–9.
46. National Research Council. Aging and the Macroeconomy. Long-Term Implications of an Older Population. Committee on the Long-Run Macroeconomic Effects of the Aging U.S. Population. Board on Mathematical Sciences and their Applications, Division on Engineering and Physical Sciences, and Committee on Population, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press; 2012.
47. Ward G, Jagger C, Harper W. A review of instrumental ADL assessments for use with elderly people. *Rev Clin Gerontol*. 1998;8: 65-71.
48. Wu CY, Hu HY, Li CP, Fang YT, Huang N, Chou YJ. The association between functional disability and acute care utilization among the elderly in Taiwan. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013;57(2):177-83.
49. León-Muñoz LM, López-García E, Graciani A, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Functional status and use of health care services: longitudinal study on the older adult population in Spain. *Maturitas*. 2007;58(4):377-86.
50. Fredman L, Droge JA, Rabin DL. Functional limitations among home health care users in the National Health Interview Survey Supplement on Aging. *Gerontologist* 1992;32:641–6.
51. Fried TR, Bradley EH, Williams CS, Tinetti ME. Functional disability and health care expenditures for older persons. *Arch Intern Med*. 2001;161:2602–7.
52. Wang HH, Wang JJ, Wong S, Wong M, Li FJ, Wang PX. et al. Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the healthcare system: cross-sectional survey among 162,464 community household residents in southern China. *BMC Medicine*. 2014; 12:188.

53. van den Akker M, Buntix F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *Eur J Gen Pract.* 1996; 2:65–70.
54. Vuković D, Bjegović V, Vuković G. Prevalence of chronic diseases according to socioeconomic status measured by wealth index: health survey in Serbia. *Croat Med J.* 2008;49(6):832-41.
55. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev.* 2011;10(4):430-9.
56. Nägga K, Dong HJ, Marcusson J, Skoglund SO, Wressle E. Health-related factors associated with hospitalization for old people: comparisons of elderly aged 85 in a population cohort study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;54(2):391-7.
57. Jovic D, Vukovic D, Marinkovic J. Prevalence and Patterns of Multi-Morbidity in Serbian Adults: A Cross-Sectional Study. *PLoS One.* 2016;11(2):e0148646.
58. Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJ, Lopez AD. Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet.* 2001;357(9269):1685-91.
59. Vlada Republike Srbije. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. *Sl. glasnik RS*, br. 107/2005, 72/2009 – dr. zakon, 88/2010, 99/2010, 57/2011, 119/2012, 45/2013 - dr. zakon, 93/2014, 96/2015 i 106/2015.
60. Borr`as JM. La utilitzaci`o dels serveis sanitaris. *Gac Sanit.* 1994;8:30–49.
61. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. *Psychosoc Med.* 2012;9:Doc112.
62. Ustav Republike Srbije. [cited 2016 July 1]. Available from: http://www.parlament.gov.rs/upload/documents/Ustav_Srbije_pdf.pdf
63. Simić S. Sistem zdravstvene zaštite Republike Srbije. In: Simić S, editor. *Socijalna medicina*. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu;2012. p. 265-82.
64. World Health Organization. Countries. Serbia. Statistics. [cited 2016 March 28]. Available from: <http://www.who.int/countries/srb/en/>
65. World Health Organization. NHA indicators. [cited 2016 March 28]. Available from: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>
66. Gajić-Stevanović M. Svrishodnost i potreba razvoja sistema nzs, analiza kretanja rashoda za zdravstvenu zaštitu. Institut za javno zdravlje Srbije „Milan Jovanović Batut” [cited 2016 March 28]. Available from: www.batut.org.rs/.../Analiza%20kretanja%20rashoda.
67. Vlada Republike Srbije. Pravilnik o bližim uslovima za obavljanje zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene službe. *Sl. glasnik RS*, br. 43/06, 112/09, 50/10 i 79/11 i 22/13.
68. Vlada Republike Srbije. Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova. "Sl. glasnik RS", br. 42/2006, 119/2007, 84/2008, 71/2009, 85/2009, 24/2010, 6/2012, 37/2012, 8/2014 i 92/2015.
69. Vlada Republike Srbije. Strategija za palijativno zbrinjavanje. [cited 2016 March 28]. Available from: <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/Zakoni/Strategije/Strategija%20Za%20Palijativno%20Zbrinjavanje.pdf>
70. Republički fond za zdravstveno osiguranje. Pravilnik o sadržaju i obimu prava na zdravstvenu zaštitu iz obaveznog zdravstvenog osiguranja i o participaciji za 2017. godinu. *Sl. glasnik RS*, br. 8/2017.
71. Republički fond za zdravstveno osiguranje. Pravilnik o listama čekanja. *Sl. glasnik RS*, br. 75/2013.

72. Institut za javno zdravlje Vojvodine. Izveštaj o kvalitetu zdravstvene zaštite u zdravstvenim ustanovama Južnobačkog okruga u 2015. godini i komparativna analiza za period 2011 - 2015. godine. [cited 2017 February 22]. Available from:<http://izjzv.org.rs/?lng=lat&cir=&link=2-2>
73. Mojon-Azzi SM, Mojon DS. Waiting times for cataract surgery in ten European countries: an analysis using data from the SHARE survey. *Br J Ophthalmol.* 2007;91(3):282-6.
74. Institute of medicine. MEDICARE. A strategy for quality assurance. Lohr KN, editor. Washington, DC:National Academy Press;1990.
75. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization; 2006.
76. Novaković B, Grujić V, editors. Higijena i zdravstveno vaspitanje. Novi Sad: Medicinski fakultet; 2004.
77. Bernstein AB, Hing E, Moss AJ, Allen KF, Siller AB, Tiggler RB. Health care in America:Trends in utilization. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics. 2003. [cited 16th March, 2016]. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/data/misc/healthcare.pdf>
78. Nie JX, Wang L, Tracy CS, Moineddin R, Upshur RE. Health care service utilization among the elderly: findings from the study to understand the chronic condition experience of the elderly and the disabled (SUCCEED project). *J Eval Clin Pract.* 2008;14(6):1044-9.
79. Centers for Disease Control and Prevention. Public Health and Aging: Trends in Aging-United States and Worldwide. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2003; 52(6):101-4, 106.
80. Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. Health behavior and health education: theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 1990. p. 23-5.
81. Padgett D, Struening EL, Andrews H. Factors affecting the use of medical, mental health, alcohol, and drug treatment services by homeless adults. *Med Care.* 1990;28(9):805-21.
82. Gelberg L, Andersen RM, Leake BD. The behavioral model for vulnerable populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health Serv Res.* 2000;34(6):1273-302.
83. de Boer AG, Wijker W, de Haes HC. Predictors of health care utilization in the chronically ill: a review of the literature. *Health Policy.* 1997;42(2):101-15.
84. Aday LA, Awe WC. Health Services Utilization Models. In: *Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants.* Gochman DS, editor. New York: Plenum Press;1997.p. 153-72.
85. Cucić V. Izazovi socijalne medicine u XXI veku. In: Simić S, editor. *Socijalna medicina.* Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 2012.
86. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
87. Simić S. Zdravlje i bolest-integrativni pristup. In: Simić S, editor. *Socijalna medicina.* Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 2012.
88. World Health Organization. *Health Promotion Glossary.* Geneva: World Health Organization; 1998.
89. Institute of Medicine. *The Future of the Public's Health in the 21st Century.* Washington, DC: The National Academies Press; 2003.
90. Vlada Republike Srbije. Zakon o javnom zdravlju. *Sl. glasnik RS,* br. 15/2016.

91. Institute of Medicine. Health and behavior: the interplay of biological, behavioral, and societal influences. Washington, DC: The National Academies Press; 2001.
92. Janković J. Procena povezanosti socijalno-ekonomskih nejednakosti i obolevanja stanovništva [Doktorska disertacija.] Beograd: Medicinski fakultet; 2012.
93. Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? *Am J Clin Nutr.* 2008;87:1107–17.
94. Gidlow C, Johnston LH, Crone D, Ellis N, James D. A systematic review of the relationship between socioeconomic position and physical activity. *Health Educ J.* 2006;65:338–67.
95. Schaap MM, van Agt HME, Kunst AE. Identification of socioeconomic groups at increased risk for smoking in European countries: looking beyond educational level. *Nicotine Tob Res.* 2008; 10:359–69.
96. Halme JT, Seppa K, Alho H, Poikolainen K, Pirkola S, Aalto M. Alcohol consumption and all-cause mortality among elderly in Finland. *Drug Alcohol Depend.* 2010;106:212-8.
97. Ruigomez A, Alonso J, Anto JM. Relationship of health behaviours to five-year mortality in an elderly cohort. *Age Ageing.* 1995;24:113-9.
98. Newson RS, Witteman JC, Franco OH, Stricker BH, Breteler MM, Hofman A, et al. Predicting survival and morbidity-free survival to very old age. *Age (Dordr).* 2010;32:521-34.
99. De Groot LC, Verheijden MW, de Henauw S, Schroll M, van Staveren WA. Lifestyle, nutritional status, health, and mortality in elderly people across Europe: a review of the longitudinal results of the SENECA study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2004;59:1277-84.
100. Dupre ME, Liu G, Gu D. Predictors of longevity: evidence from the oldest old in China. *Am J Public Health.* 2008;98:1203-8.
101. Yates LB, Djousse L, Kurth T, Buring JE, Gaziano JM. Exceptional longevity in men: modifiable factors associated with survival and function to age 90 years. *Arch Intern Med.* 2008;168:284-90.
102. OECD. Obesity update 2014. [cited 2016 Jun 14]. Available from: <http://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf>
103. World Health Organization. GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases 2014 [cited 2016 Jun 14]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1
104. Houston DK, Nicklas BJ, Zizza CA. Weighty concerns: the growing prevalence of obesity among older adults. *J Am Diet Assoc.* 2009;109(11):1886-95.
105. Australian Institute of Health and Welfare. Australia's health 2010. [cited 2016 Jun 14]. Available from: <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442452962>
106. Grujić V, Cvejic MM, Nikolić EA, Dragnić N, Jovanović VM, Kvrđić S, et. al. Association between obesity and socioeconomic factors and lifestyle. *Vojnosanit Pregl.* 2009;66(9):705-10.
107. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic, WHO technical report series 894. Geneva: World Health Organization; 2000.
108. Health and Social Care Information Centre, Lifestyle Statistics. Statistics on Alcohol: England, 2013. [cited 2016 Jun 15]. Available from: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB10932/alc-eng-2013-rep.pdf>

109. Stockdale SE, Tang L, Zhang L, Belin TR, Wells KB. The effects of health sector market factors and vulnerable group membership on access to alcohol, drug, and mental health care. *Health Serv Res.* 2007;42(3 Pt 1):1020-41
110. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: Implementing smoke-free environments. Geneva: World Health Organization; 2009.
111. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ.* 2004;328(7455):1519.
112. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije 2006. godina Finalni izveštaj. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije; 2007
113. Health and Social Care Information Centre, Lifestyles Statistics. Statistics on Smoking: England, 2012. [cited 2016 Jun 15]. Available from: <http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB07019/smok-eng-2012-rep.pdf>
114. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). National healthcare disparities report, 2008. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, AHRQ; 2009 Mar. Pub no. 09-002. [cited 2016 Jun 9]. Available from: <http://www.ahrq.gov/qual/nhdr08/nhdr08.pdf> [PDF – 2.6 MB]
115. Hogarth J. Glossary of Health Care Terminology. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;1978.
116. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008.
117. Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health.* 2002;56(9):647-52.
118. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization. [cited 2016 August 5]. Available from:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
119. World Health Organization. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health [cited 2016 July 14]. Available from:http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1
120. Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P, Whitehead M. Inequalities in Health. The Black Report: The Health Divide. London: Penguin Books; 1988.
121. Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. London: The Stationery Office; 1998.
122. Exworthy M, Blane D, Marmot M. Tackling Health Inequalities in the United Kingdom: The Progress and Pitfalls of Policy. *Health Serv Res.* 2003; 38: 1905–22.
123. Reid DD, Brett GZ, Hamilton PJS, Jarrett RJ, Keen H, Rose G. Cardiorespiratory disease and diabetes among middle-aged male civil servants. *Lancet.* 1974; i: 469-73.
124. Stringhini S, Carmeli C, Jokela M, Avendaño M, Muennig P, Guida F, et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1,7 million men and women. *Lancet.* 2017; 389: 1229–37.
125. OECD. Measuring the effects of education on health and civic engagement: Proceedings of the Copenhagen symposium 2006 [cited 2016 May 7]. Available from:<https://www.oecd.org/edu/innovation-education/37437718.pdf>
126. Höfelmann DA, Garcia LP, de Freitas LR. Self-rated health in Brazilian adults and elderly: data from the National Household Sample Survey 2008. *Salud Publica Mex.* 2014;56(6):603-11.

127. Barros MB, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Self-rated health and associated factors, Brazil, 2006. *Rev Saude Publica*. 2009;43 Suppl 2:27-37.
128. Bobak M, Pikhart H, Hertzman C, Rose R, Marmot M. Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. *Soc Sci Med*. 1998;47(2):269-79.
129. Borim FS, Neri AL, Francisco PM, Barros MB. Dimensions of self-rated health in older adults. *Rev Saude Publica*. 2014;48(5):714-22.
130. Böckerman P, Maczulskij T. The Education-health Nexus: Fact and fiction. *Soc Sci Med*. 2016;150:112-6.
131. Spasojevic J. Effects of Education on Adult Health in Sweden: Results from a Natural Experiment, Ph.D Dissertation, City University of New York Graduate Center, 2003.
132. Riley MW, Kahn RL, Foner A. editors. Age and structural lag: society's failure to provide meaningful opportunities in work family leisure. New York:Wiley; 1994.
133. Turner B. Ageing, and generational conflict: a reply to Sarah Irwin. *Br J Sociol*. 1998;49(2):299-304.
134. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med*. 2006;62(7):1768-84.
135. Jankovic J, Marinkovic J, Simic S. Utility of data from a national health survey: do socioeconomic inequalities in morbidity exist in Serbia? *Scand J Public Health*. 2011;39(3):230-8.
136. Mijatović Jovanović V. Zdravstveni profil odraslog stanovništva Vojvodine prema demografskim i socijalno-ekonomskim karakteristikama [Doktorska disertacija.] Novi Sad: Medicinski fakultet. Novi Sad, 2010.
137. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: a causal review. *Soc Sci Med*. 2015;128:316-26.
138. Eurostat. Gini coefficient of equivalised disposable income [cited 2016 May 27]. Available from: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>
139. United Nations. Human Development Report 2015. Work for human development Serbia. [cited 2016 May 2]. Available from: http://www.undp.org/content/dam/serbia/Publications%20and%20reports/English/UNDP_SRB_2015_human_development_report.pdf?download
140. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Republika Srbija odabrani zdravstveni pokazatelji za 2014. godinu. [cited 2016 May 22]. Available from: <http://www.batut.org.rs/download/publikacije/Odabrani%20pokazatelji%202014.pdf>
141. Marmot M, Bell R. Social inequalities in health: a proper concern of epidemiology. *Ann Epidemiol*. 2016;26(4):238-40.
142. Frohlich KL, Ross N, Richmond C. Health disparities in Canada today: Some evidence and a theoretical framework. *Health Policy*. 2006;79(2-3):132-43.
143. Ward PR, Mamerow L, Meyer SB. Identifying vulnerable populations using a social determinants of health framework: Analysis of National Survey Data across six Asia-Pacific countries. *Plos ONE*. 2013; 8(12):e83000.
144. Shaw BA, McGeever K, Vasquez E, Agahi N, Fors S. Socioeconomic inequalities in health after age 50: Are health risk behaviors to blame? *Soc Sci Med*. 2014;101:52-60.
145. Republički zavod za statistiku Srbije. Studija o životnom standardu Srbija 2002 – 2007. [cited 2016 July 14]. Available from: <http://siteresources.worldbank.org/INTLSMS/Resources/3358986-1181743055198/3877319-1204816266932/studijaS.pdf>
146. Baltes PB, Baltes MM, Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences. Cambridge: Cambridge University Press; 1990.

147. Fry PS. Whose quality of life is it anyway? Why not asking seniors to tell us about it? *Int J Aging Hum Dev.* 2000;50:361-83.
148. Knapp MR. The activity of ageing an examination of English context. *Gerontologist.* 1977;17:553-59.
149. Sato S, Demura S, Kobayashi H, Nagasawa Y. The relationship and its change with aging between ADL and daily life satisfaction characteristics in independent Japanese elderly living at home. *J Physiol Anthropol Appl Human Sci.* 2002;21(4):195-204.
150. Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K, Maytan M, Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet.* 2000;355(9212):1315-9.
151. Glass TA, Dym B, Greenberg S, Rintell D, Roesch C, Berkman LF. Psychosocial intervention in stroke: Families in Recovery from Stroke Trial (FIRST). *Am J Orthopsychiatry.* 2000;70(2):169-81.
152. Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP, et al. Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev.* 2015;22:39-57.
153. Berkman L, Glass T. Social integration social networks social support and health. In Berkman L, Kawachi I, editors. *Social Epidemiology.* New York: Oxford University Press; 2000.
154. Republički zavod za statistiku. Ustanove socijalne zaštite u Republici Srbiji, 2014. [cited 2017 February 22]. Available from: http://www.stat.gov.rs/WebSite/repository/documents/00/01/93/67/SB-601_Ustanove_socijalne_zastite_u_RS_2014.pdf
155. Autonomna pokrajina Vojvodina, Pokrajinski zavod za socijalnu zaštitu. Izveštaj o radu gerontoloških centara i domova za smeštaj starih lica u AP Vojvodini za 2011. godinu. [cited 2017 February 22]. Available from: <http://pzs.gov.rs/multimedia/dodaci/Izve%20starijih%20u%20APV%202011.pdf>
156. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije. Istraživanje zdravlja stanovništva Srbije, 2013 – Protokol. Beograd: Ministarstvo zdravlja; 2013.
157. Eurostat (European Commission). European Health Interview Survey (EHIS wave 2) Methodological manual. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013.
158. Demographic and Health Survey Wealth Index. The DHS Program. Wealth Index. [cited 22nd November, 2014]. Available from: <http://dhsprogram.com/topics/wealth-index/Wealth-Index-Construction.cfm>
159. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije, Republička stručna komisija za izradu i implementaciju vodiča u kliničkoj praksi. Gojaznost – Nacionalni vodič za lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Beograd: Medicinski fakultet ; 2004.
160. World Health Organization. Physical Status: The use and interpretation of Anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995.
161. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens.* 2003;21(6):1011–53.
162. World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Subcommittee. *J Hypertens.* 1999;17(2):151–83.

163. World Health Organization. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. Geneva: World Health Organization; 2013.
164. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL, Williams JB, Berry JT, Mokdad AH. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *J Affect Disord.* 2009;114(1-3):163-73.
165. Boen H. Social Support, mental health and effectiveness of a senior centre programme for elders living at home. Submitted for the degree of PhD at the Institute of Health and Society, Faculty of Medicine, University of Oslo. 2011. [cited 2016 July 19]. Available from:https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/12303/AVHANDLINGHEGEBOEN021111_final.pdf
166. MINDFUL Project Recommendations for the European Health Interview Survey (EHIS) Health Determinants Module. [cited 2016 July 19]. Available from:http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_11_frep_a15_en.pdf
167. Simić S, Bjegović Mikanović V, Vuković D. Merenje zdravstvenog stanja stanovnika. In: Simić S, editor. *Socijalna medicina*. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 2012.
168. Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Rezultati istraživanja zdravlja stanovništva Srbije: 2013. godina. Beograd: Službeni glasnik; 2014.
169. Gordis L. *Epidemiology*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2009.
170. Witvliet MI. World Health Survey: A Useful Yet Underutilized Global Health Data Source. *Austin J Public Health Epidemiol.* 2014;1(3):1012.
171. Mijatović Jovanović V. Uticaj socioekonomskih razlika na zdravlje odraslog stanovništva Južnobačkog okruga. [Magistarska teza.] Novi Sad: Medicinski fakultet. Novi Sad, 2006.
172. World Health Organization. European health for all database (HFA-DB). [cited July 20th, 2016]. Available from:<http://data.euro.who.int/hfad/>
173. U.S. Department of Commerce Economics and Statistics Administration U.S. CENSUS BUREAU. Age and Sex composition:2010. [cited 2016 December 15]. Available from: <http://www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-03.pdf>
174. Panel on Statistics for an Aging Population, Committee on National Statistics, National Research Council. *Social, Economic, and Demographic Changes among the Elderly*. In: *The Aging Population in the Twenty-First Century: Statistics for Health Policy*. Washington, D.C: NATIONAL ACADEMY PRESS; 1988.
175. Hart N. The social and economic environment and human health. In: Detels R, Holland WW, McEwen J, Omenn G, editors. *Oxford textbook of public health*. 3rd edition. New York Oxford Tokyo: Oxford University Press; 1997.
176. Vlada Republike Srbije. Strategija za smanjenje siromaštva u Srbiji. [cited 2016 December 15]. Available from:http://www.srbija.gov.rs/extfile/sr/211704/strategija-za-smanjenje-siromastva-u-srbiji_cyr.pdf
177. Vlada Republike Srbije. Drugi nacionalni izveštaj o socijalnom uključivanju i smanjenju siromaštva u Republici Srbiji. Beograd; 2014.
178. Šobot, A. Tri demografske posledice rodno specifičnih modela ponašanja na primeru Srbije. *Stanovništvo.* 2012;50(2):85-109.
179. Gold M, Franks P, Erickson P. Assessing the health of the nation. The predictive validity of a preference-based measure and self-rated health. *Med Care.* 1996;34(2):163-77.

180. Eurostat. Health status and determinants Database. [cited 2016 December 15]. Available from:<http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants>
181. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PR, Esteves MA, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005;21:54-64.
182. Yount KM, Hoddinott J, Stein AD. Disability and self-rated health among older women and men in rural Guatemala: the role of obesity and chronic conditions. *Soc Sci Med*. 2010;71(8):1418-27.
183. Bora JK, Saikia N. Gender Differentials in Self-Rated Health and Self-Reported Disability among Adults in India. *PLoS One*. 2015;10(11):e0141953.
184. Dong WL, Li YC, Wang ZQ, Jiang YY, Mao F, Qi L, et al. Self-rated health and health-related quality of life among Chinese residents, China, 2010. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14:5.
185. OECD. Self-reported health and disability at age 65. In: *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing; 2015.
186. Verbrugge LM. Sex differentials in health. *Public Health Rep*. 1982; 97(5):417-37.
187. Benyamini Y, Leventhal, EA, Leventhal H. Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosom Med*. 2000;62(3):354-64.
188. Idler EL. Gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two. *Gerontologist*. 2003;43(3), 372-5.
189. Gilmore AB, McKee M, Rose R. Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine. *Soc Sci Med*. 2002 Dec;55(12):2177-88.
190. Ergin I, Mandiracioglu A. Demographic and socioeconomic inequalities for self-rated health and happiness in elderly: the situation for Turkey regarding World Values Survey between 1990 and 2013. *Arch Gerontol Geriatr*. 2015;61(2):224-30.
191. Simsek H, Doganay S, Budak R, Ucku R. Relationship of socioeconomic status with health behaviors and self-perceived health in the elderly: A community-based study, Turkey. *Geriatr Gerontol Int*. 2014;14(4):960-8.
192. von dem Knesebeck O, Lüschen G, Cockerham WC, Siegrist J. Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: a comparative cross-sectional study. *Soc Sci Med*. 2003;57(9):1643-52.
193. Nummela OP, Sulander TT, Heinonen HS, Uutela AK. Self-rated health and indicators of SES among the ageing in three types of communities. *Scand J Public Health*. 2007;35(1):39-47.
194. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008;358(23):2468-81.
195. Janković J, Simić S. The Association of Demographic and Socioeconomic Determinants and Self-Perceived Health. *Srp Arh Celok Lek*. 2012;140(1-2):77-83.
196. Vlada Republike Srbije. Strategija za prevenciju i kontrolu hroničnih nezaraznih bolesti Republike Srbije. [cited 2016 December 20]. Available from: <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/Zakoni/Strategije/Strategija%20Za%20Prevenciju%20i%20Kontrolu%20Hronicnih%20Nezaraznih%20Bolesti.pdf>
197. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med*. 2002;162(20):2269-76.
198. Garin N, Olaya B, Perales J, Moneta MV, Miret M, Ayuson-Mateos JL et al. Multimorbidity Patterns in a National Representative Sample of the Spanish Adult Population. *PLoS One*. 2014 Jan 20;9(1):e84794.

199. Kirchberger I, Meisinger C, Heier M, Zimmermann AK, Thorand B, Autenrieth CS et al. Patterns of Multimorbidity in the Aged Population. Results from the KORA-Age Study. *PLoS One*. 2012;7(1):e30556.
200. Taylor AW, Price K, Gill TK, Adams R, Pilkington R, Carrangis N et al. Multimorbidity - not just an older person's issue. Results from an Australian biomedical study. *BMC Public Health*. 2010;10:718.
201. Salive ME. Multimorbidity in older adults. *Epidemiol Rev*. 2013;35:75-83.
202. Ward BW, Schiller JS. Prevalence of multiple chronic conditions among US adults: estimates from the National Health Interview Survey, 2010. *Prev Chronic Dis*. 2013;10:E65.
203. Agborsangaya CB, Lau D, Lahtinen M, Cooke T, Johnson JA. Multimorbidity prevalence and patterns across socioeconomic determinants: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2012;12:201.
204. St John PD, Tyas SL, Menec V, Tate R. Multimorbidity, disability, and mortality in community-dwelling older adults. *Can Fam Physician*. 2014;60(5):e272-80.
205. Fortin M, Hudon C, Haggerty J, Akker Mv, Almirall J. Prevalence estimates of multimorbidity: a comparative study of two sources. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:111.
206. Vellakkal S, Subramanian SV, Millett C, Basu S, Stuckler D, Ebrahim S. Socioeconomic inequalities in non-communicable diseases prevalence in India: disparities between self-reported diagnoses and standardized measures. *PLoS One*. 2013;8(7):e68219.
207. Covinsky K. Aging, arthritis, and disability. *Arthritis Rheum*. 2006;55(2):175-6.
208. Phaswana-Mafuya N, Peltzer K, Chirinda W, Kose Z, Hoosain E, Ramlagan S, et al. Self-rated health and associated factors among older South Africans: evidence from the study on global ageing and adult health. *Glob Health Action*. 2013;6(1):19880.
209. Murtagh KN, Hubert HB. Gender differences in physical disability among an elderly cohort. *Am J Public Health*. 2004;94(8):1406-11.
210. Wheaton FV, Crimmins EM. Female disability disadvantage: a global perspective on sex differences in physical function and disability. *Ageing Soc*. 2016;36(6):1136-56.
211. Zimmer Z, Amornsirisomboon P. Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators. *Soc Sci Med*. 2001;52(8):1297-311.
212. Beydoun MA, Popkin BM. The impact of socio-economic factors on functional status decline among community-dwelling older adults in China. *Soc Sci Med*. 2005;60(9):2045-57.
213. Bergh I, Steen G, Waern M, Johansson B, Odén A, Sjöström B, et al. Pain and its relation to cognitive function and depressive symptoms: a Swedish population study of 70-year-old men and women. *J Pain Symptom Manage*. 2003;26(4):903-12.
214. Brattberg G, Parker MG, Thorslund M. The prevalence of pain among the oldest old in Sweden. *Pain*. 1996;67(1):29-34.
215. Mohamed Zaki LR, Hairi NN. Chronic pain and pattern of health care utilization among Malaysian elderly population: National Health and Morbidity Survey III (NHMS III, 2006). *Maturitas*. 2014;79(4):435-41.
216. Reyes-Gibby CC, Aday L, Cleeland C. Impact of pain on self-rated health in the community-dwelling older adults. *Pain*. 2002;95(1-2):75-82
217. Mäntyselkä PT, Turunen JH, Ahonen RS, Kumpusalo EA. Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA*. 2003;290(18):2435-42.

218. U.S. Surgeon General. Mental health: a report of the surgeon general, 1999. [cited 2016 December 20]. Available from: www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/chapter5/sec1.html.
219. Frederick JT, Steinman LE, Prohaska T, Satariano WA, Bruce M, Bryant L, et al. Community-based treatment of late life depression an expert panel-informed literature review. *Am J Prev Med.* 2007;33(3):222-49.
220. Unützer J, Patrick DL, Simon G, Grembowski D, Walker E, Rutter C, et al. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. A 4-year prospective study. *JAMA.* 1997;277(20):1618-23.
221. Harhaji S. Socijalno-medicinski aspekti depresivnih poremećaja u Vojvodini. [Doktorska disertacija.] Novi Sad: Medicinski fakultet. Novi Sad, 2016.
222. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113(5):372-87.
223. Copeland JR, Beekman AT, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhreret R, et al. Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry.* 2004;3(1):45-49.
224. Kua EH. A community study of mental disorders in elderly Singaporean Chinese using the GMS-AGECAT package. *Aust N Z J Psychiatry.* 1992;26: 502–6.
225. Chong MY, Tsang HY, Chen CS, Tang TC, Chen CC, Yeh TL, et al. Community study of depression in old age in Taiwan: prevalence, life events and socio-demographic correlates. *Br J Psychiatry.* 2001;178(1):29-35.
226. Chen R, Hu Z, Qin X, Xu X, Copeland JR. A community-based study of depression in older people in Hefei, China--the GMS-AGECAT prevalence, case validation and socio-economic correlates. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2004;19(5):407-13.
227. Minicuci N, Maggi S, Pavan M, Enzi G, Crepaldi G. Prevalence rate and correlates of depressive symptoms in older individuals: the Veneto Study. See comment in PubMed Commons below *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2002;57(3):M155-61.
228. Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL, et al. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;57(6):601-7.
229. Ostbye T, Kristjansson B, Hill G, Newman SC, Brouwer RN, McDowell I. Prevalence and predictors of depression in elderly Canadians: The Canadian study of health and aging. *Chronic Dis Can.* 2005;26:93–9.
230. Trollor JN, Anderson TM, Sachdev PS, Brodaty H, Andrews G. Prevalence of mental disorders in the elderly: the Australian National Mental Health and Well-Being Survey. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2007;15, 455–66.
231. Prince MJ, Beekam ATF, Deeg DJH, Fuhrer R, Jonker C, Kivela SL, et al. Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. *Br J Psychiatry.* 1999;174:339–45.
232. Verropoulou G, Tsimbos C. Socio-demographic and health-related factors affecting depression of the Greek population in later life: an analysis using SHARE data. *Eur J Ageing.* 2007; 4(3):171–81.
233. McCall NT, Parks P, Smith K, Pope G, Griggs M. The prevalence of major depression or dysthymia among aged Medicare Fee-for Service beneficiaries. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2002;17:557–65.
234. Ekinçi M, Gulbu T, Ayse O, Serap S. The prevalence of depression in elderly living at home in Eastern Turkey: Erzurum. *Int J Hum Sci.* 2004;1:1–10.
235. Jones RN, Marcantonio ER, Rabinowitz T. Prevalence and correlates of recognized depression in U.S. nursing homes. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51:1404–9.

236. Stek ML, Gussekloo J, Beekman ATF, van Tilburg W, Westendorp RGJ. Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: The Leiden 85-plus study. *J Affect Disord.* 2004;78:192–200.
237. Mojtabai R, Olfson M. Major depression in community dwelling middle-aged and older adults: prevalence and 2- and 4-years follow-up symptoms. *Psychol Med.* 2004;34:623–34.
238. United Nations. Current Status of the Social Situation, Well-Being, Participation in Development and Rights of Older Persons Worldwide. New York, 2011. [cited 2017 February 6]. Available from: <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents/publications/current-status-older-persons.pdf>
239. Kinsella K, He W. An Aging World: 2008, U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1 (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, June 2009). [cited 6th February, 2017]. Available from: <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2009/demo/p95-09-1.pdf>
240. Cobb S. Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med.* 1976;38(5):300-14.
241. Despotović M. Merenja uticaja socijalne mreže i socijalne podrške na zdravlje i kvalitet života starih. *PO N S M e d J.* 2012;9(2):70-6.
242. Despotović M. Socijalna podrška kao faktor zdravlja i kvaliteta života starih sa hipertenzijom. [Doktorska disertacija.] Kragujevac: Fakultet medicinskih nauka, 2014.
243. Seeman TE, Singer BH, Ryff CD, Dienberg Love G, Levy-Storms L. Social relationships, gender, and allostatic load across two age cohorts. *Psychosom Med.* 2002;64(3):395-406.
244. Holtzman RE, Rebok GW, Saczynski JS, Kouzis AC, Wilcox Doyle K, Eaton WW. Social network characteristics and cognition in middle-aged and older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2004;59(6):P278-84.
245. Seeman TE, Bruce ML, McAvay GJ. Social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur studies of successful aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1996;51(4):S191-200.
246. Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE. Health risk appraisal in older people 2: the implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people. *Br J Gen Pract.* 2007;57(537):277-82.
247. Bruce ML. Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biol Psychiatry.* 2002 Aug 1;52(3):175-84.
248. Chi I, Chou KL. Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong. *Int J Aging Hum Dev.* 2001;52(3):231-52.
249. Hays JC, Landerman LR, George LK, Flint EP, Koenig HG, Land KC, et al. Social correlates of the dimensions of depression in the elderly. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1998;53(1):P31-9.
250. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people-call for public health action. *Community Dent Health.* 2010;27(4 Suppl 2):257-67.
251. Lee HK, Lee KD, Merchant AT, Lee SK, Song KB, Lee SG, Choi YH. More missing teeth are associated with poorer general health in the rural Korean elderly. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010;50(1):30-3.
252. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(2):81-92.

253. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist*. 2008;28(6):224-36.
254. Jensen PM, Saunders RL, Thierer T, Friedman B. Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(4):711-7.
255. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003:continuous improvement of oral health in the 21st century -the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31(1):3-23.
256. Institute of Medicine (US) Food Forum. Providing Healthy and Safe Foods As We Age: Workshop Summary. Washington (DC): National Academies Press US; 2010.
257. Thorpe, S. Oral health issues in the African region: Current situation and future perspectives. *J. Dent. Educ*. 2006;70: 8–15.
258. Steele JG, Treasure ET, O’Sullivan I, Morris J, Murray JJ. Adult dental health survey 2009: Transformations in British oral health 1968–2009. *Br Dent J*. 2012;213(10):523-7.
259. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Total tooth loss among persons aged > or =65 years--selected states, 1995-1997. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1999;48(10):206-10.
260. Fure S, Zickert I. Incidence of tooth loss and dental caries in 60-, 70- and 80-year-old Swedish individuals. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(2):137-42.
261. Ringland C, Taylor L, Bell J, Lim K. Demographic and socio-economic factors associated with dental health among older people in NSW. *Aust N Z J Public Health*. 2004;28(1):53-61.
262. Doğan BG, Gökalp S. Tooth loss and edentulism in the Turkish elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;54(2):e162-6.
263. Wennström A, Ahlqwist M, Stenman U, Björkelund C, Hakeberg M. Trends in tooth loss in relation to socio-economic status among Swedish women, aged 38 and 50 years: repeated cross-sectional surveys 1968-2004. *BMC Oral Health*. 2013;13:63.
264. Henriksen BM, Axéll T, Laake K. Geographic differences in tooth loss and denture-wearing among the elderly in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31(6):403-11.
265. Norderyd O, Hugoson A. Tooth loss and periodontal bone level in individuals of Jönköping County. A comparison between two adult populations living in the city and in the surrounding area. *Swed Dent J*. 1998;22(4):165-74.
266. Al Hamdan E, Fahmy MM. Socioeconomic factors and complete edentulism for female patients at King Saud University, Riyadh, Saudi Arabia. *Tanta Dental Journal*. 2014;11(3):169-73.
267. Nagaraj E, Mankani N, Madalli P, Astekar D. Socioeconomic factors and complete edentulism in north karnataka population. *J Indian Prosthodont Soc*. 2014;14(1):24-8.
268. Dolan TA, Gilbert CH, Duncan RP. Risk indicators of edentulism, partial both loss and prosthetic status among black and white middle-aged and older adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001;29:329–40
269. Ramsay SE, Whincup PH, Watt RG, Tsakos G, Papacosta AO, Lennon LT, et al. Burden of poor oral health in older age: findings from a population-based study of older British men. *BMJ Open*. 2015;5(12):e009476.
270. Thorstensson H, Johansson B. Why do some people lose teeth across their lifespan whereas others retain a functional dentition into very old age? *Gerodontology*. 2010;27(1):19-25.

271. National Center for Health Statistics. Health, United States, 2015: With Special Feature on Racial and Ethnic Health Disparities. Washington, DC: U.S.Government Printing Office; 2016.
272. Vlada Republike Srbije. Zakon o zdravstvenom osiguranju. Sl. glasnik RS, br. 07/2005, 109/2005 - ispr., 57/2011, 110/2012 - odluka US, 119/2012, 99/2014, 123/2014, 126/2014 - odluka US, 106/2015 i 10/2016 - dr. Zakon
273. World Health Organization. Obesity and Overweight. [cited 2017 January 16]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
274. Lim EL, Hollingsworth KG, Aribisala BS, Chen MJ, Mathers JC, Taylor R: Reversal of type 2 diabetes: normalisation of beta cell function in association with decreased pancreas and liver triacylglycerol. *Diabetologia*. 2011; 54: 2506–14.
275. Chau D, Cho LM, Jani P, St Jeor ST: Individualizing recommendations for weight management in the elderly. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2008;11:27–31.
276. Mathus-Vliegen EM; Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity. Prevalence, pathophysiology, health consequences and treatment options of obesity in the elderly: a guideline. *Obes Facts*. 2012;5(3):460-83.
277. Villareal DT, Apovian CM, Kushner RF, Klein S. Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO, The Obesity Society. *Am J Clin Nutr*. 2005;82(5):923-34.
278. Diouf I, Charles MA, Ducimetiere P, Basdevant A, Eschwege E, Heude B: Evolution of obesity prevalence in France: an age-period-cohort analysis. *Epidemiology* 2010; 21: 360–5.
279. Gutierrez-Fisac JL, Guallar-Castillon P, Leon-Munoz LM, Graciani A, Banegas JR, Rodriguez-Artalejo F: Prevalence of general and abdominal obesity in the adult population of Spain, 2008–2010: the ENRICA study. *Obes Rev* 2012; 13: 388–392.
280. Moore S, Hall JN, Harper S, Lynch JW. Global and national socioeconomic disparities in obesity, overweight, and underweight status. *J Obes*. 2010;2010. pii: 514674. doi: 10.1155/2010/514674.
281. Sund ER, Jones A, Midthjell K. Individual, family, and area predictors of BMI and BMI change in an adult Norwegian population: findings from the HUNT study. *Soc Sci Med*. 2010;70:1194–1202.
282. Martin AR, Nieto JM, Ruiz JP, Jimenez LE. Overweight and obesity: the role of education, employment and income in Spanish adults. *Appetite*. 2008;51(2):266-72.
283. Sobal J, Hanson KL, Frongillo EA. Gender, ethnicity, marital status, and body weight in the United States. *Obesity (Silver Spring)*. 2009;17(12):2223-31.
284. Janghorbani M, Amini M, Rezvanian H, Gouya MM, Delavari A, Alikhani S, et al. Association of body mass index and abdominal obesity with marital status in adults. *Arch Iran Med*. 2008;11(3):274-81
285. Gutiérrez-Fisac JL, López E, Banegas JR, Graciani A, Rodríguez-Artalejo F. Prevalence of overweight and obesity in elderly people in Spain. *Obes Res*. 2004;12(4):710-5.
286. Fakhouri TH, Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of obesity among older adults in the United States, 2007–2010. NCHS data brief, no 106. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2012.
287. World Health Organization. A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis. Geneva: World Health Organization; 2013.
288. Lionakis N, Mendrinou D, Sanidas E, Favatas G, Georgopoulou M. Hypertension in the elderly. *World J Cardiol*. 2012 May 26;4(5):135-47.
289. O'Rourke MF, Hashimoto J. Mechanical factors in arterial aging: a clinical perspective. *J Am Coll Cardiol*. 2007;50:1-13.

-
290. Epstein M. Aging and the kidney. *J Am Soc Nephrol.* 1996;7:1106-22.
291. Zemel MB, Sowers JR. Salt sensitivity and systemic hypertension in the elderly. *Am J Cardiol* 1988;61:7H-12H
292. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Roccella EJ. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA.* 2003; 289:2560-72.
293. Levy D, Larson MG, Vasan RS, Kannel WB, Ho KK. The progression from hypertension to congestive heart failure. *JAMA.* 1996; 275:1557-62.
294. National Center for Health Statistics (US). *Health, United States, 2007: With Chartbook on Trends in the Health of Americans.* Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics (US); 2007.
295. Seow LS, Subramaniam M, Abdin E, Vaingankar JA, Chong SA. Hypertension and its associated risks among Singapore elderly residential population. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics.*2015;6(4):125-32.
296. Li CY, Han HR, Kim J, Kim MT. Factors related to risk of cardiovascular disease among older korean chinese with hypertension. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci).* 2011;5(3):164-9.
297. World Health Organization. Tobacco. [cited 2017 February 1]. Available from:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
298. Thun MJ, Carter BD, Feskanich D, Freedman ND, Prentice R, Lopez AD, et al. 50-year trends in smoking-related mortality in the United States. *N Engl J Med.* 2013;368(4):351-64.
299. Eurostat. Tobacco consumption statistics. [cited 2017 February 1]. Available from:http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Tobacco_consumption_statistics
300. Eurostat. Smoking of tobacco products by sex, age and educational attainment level. [cited 2017 February 1]. Available from: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
301. Waldron I. Patterns and causes of gender differences in smoking. *Soc Sci Med.*1991; 32: 989-1005.
302. Mackay J, Amos A. Women and tobacco. *Respirology.*2003; 8: 123-30.
303. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe.* London: Institute of Alcohol Studies; 2006.
304. Sorock GS, Chen LH, Gonzalgo SR, Baker SP. Alcohol-drinking history and fatal injury in older adults. *Alcohol.* 2006;40:193–199.
305. Grundstrom AC, Guse CE, Layde PM. Risk factors for falls and fall-related injuries in adults 85 years of age and older. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;54(3):421-8.
306. Wilsnack RW, Wilsnack SC, Kristjanson AF, Vogeltanz-Holm ND, Gmel G. Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational genacis project. *Addiction (Abingdon, England).* 2009;104(9):1487-1500.
307. Leifman H. A Comparative Analysis of Drinking Patterns in 6 EU Countries in the Year 2000. *Contemp Drug Probl.* 2002;29:501-48.
308. Nie JX, Wang L, Shawn C, Moineddin R, Upshur RE. A population-based cohort study of ambulatory care service utilization among older adults. *J Eval Clin Pract.* 2010;16(4):825-31.
309. Kennerfalk A, Ruigómez A, Wallander MA, Wilhelmsen L, Johansson S. Geriatric drug therapy and healthcare utilization in the United Kingdom. *Ann Pharmacother.* 2002;36(5):797-803.
-

310. Hsu WC, Hsu YP. Patterns of outpatient care utilization by seniors under the National Health Insurance in Taiwan. *J Formos Med Assoc.* 2016;115(5):325-34.
311. Eibich P, Ziebarth NR. Analyzing regional variation in health care utilization using (rich) household microdata. *Health Policy.* 2014;114(1):41-53.
312. Pong RW, DesMeules M, Guernsey JR, Danuel D, Kazanjian A, Wang F. Health care utilization in Rural Canada: Are there distinct rural patterns? In: Kulig JC, Williams AM, editors. *Health in Rural Canada.* Vancouver Toronto: UBC Press; 2011.
313. Ryvicker M, Gallo WT, Fahs MC. Environmental factors associated with primary care access among urban older adults. *Soc Sci Med.* 2012;75(5):914-21.
314. London School of Economics. Socio-economic inequalities in older people's access to and use of public services. [cited 2017 February 20]. Available from: <http://justageing.equalityhumanrights.com/wp-content/uploads/2009/08/Socio-economic-inequalities-in-the-older-population-of-the-United-Kingdom-Just-Ageing-Public-Service-report.pdf>
315. Adamson J, Ben-Shlomo Y, Chaturvedi N, Donovan J. Ethnicity, socio-economic position and gender-do they affect reported health-care seeking behaviour? *Soc Sci Med.* 2003;57(5):895-904.
316. Mohammadbeigi A, Hassanzadeh J, Eshrati B, Rezaianzadeh A. Socioeconomic inequity in health care utilization, Iran. *J Epidemiol Glob Health.* 2013;3(3):139-46.
317. Dunlop S, Coyte PC, McIsaac W. Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Soc Sci Med.* 2000;51(1):123-33.
318. Starfield B, Lemke KW, Herbert R, Pavlovich WD, Anderson G. Comorbidity and the use of primary care and specialist care in the elderly. *Ann Fam Med.* 2005;3(3):215-22.
319. Xakellis GC. Are patients who use a generalist physician healthier than those who seek specialty care directly? *Fam Med.* 2005;37(10):719-26.
320. Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamäki H, et al. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain.* 2001;89:175-180.
321. Hopman-Rock M, de Bock GH, Bijlsma JW, Springer MP, Hofman A, Kraaijaat FW. The pattern of health care utilization of elderly people with arthritic pain in the hip or knee. *Int J Qual Health Care.* 1997;9(2):129-37.
322. Geitona M, Zavras D, Kyriopoulos J. Determinants of healthcare utilization in Greece: implications for decision-making. *Eur J Gen Pract.* 2007;13(3):144-50.
323. McNamara A, Normand C, Whelan B. Patterns and determinants of health care utilisation in Ireland. [cited 2017 February 25]. Available from: <https://tilda.tcd.ie/assets/pdf/Tilda%20Health%20Care%20Utilisation%20Report.pdf>
324. Vlada Republike Srbije. Pravilnik o imunizaciji i načinu zaštite lekovima. *Sl. glasnik RS*, br. 11/2006, 25/2013, 63/2013, 99/2013, 118/2013, 65/2014, 32/2015.
325. Patel R, Lawlor DA, Ebrahim S; British Women's Heart and Health Study cohort. Socio-economic position and the use of preventive health care in older British women: a cross-sectional study using data from the British Women's Heart and Health Study cohort. *Fam Pract.* 2007;24(1):7-10.
326. Cameron KA, Song J, Manheim LM, Dunlop DD. Gender disparities in health and healthcare use among older adults. *J Womens Health (Larchmt).* 2010;19(9):1643-50.
327. Jacobzone S, Oxley H. Ageing and Health Care Costs. [cited 2017 February 27]. Available from: <http://library.fes.de/pdf-files/ipg/ipg-2002-1/artjacobzone-oxley.pdf>

328. Heinrich S, Luppá M, Matschinger H, Angermeyer MC, Riedel-Heller SG, König HH. Service utilization and health-care costs in the advanced elderly. *Value Health*. 2008;11(4):611-20.
329. Song J, Chang RW, Manheim LM, Dunlop DD. Gender differences across race/ethnicity in use of health care among Medicare-aged Americans. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006;15(10):1205-13.
330. Wolinsky FD, Culler SD, Callahan CM, Johnson RJ. Hospital resource consumption among older adults: a prospective analysis of episodes, length of stay, and charges over a seven-year period. *J Gerontol*. 1994;49(5):S240-52.
331. Kim HK, Lee M. Factors associated with health services utilization between the years 2010 and 2012 in Korea: using Andersen's Behavioral model. *Osong Public Health Res Perspect*. 2016;7(1):18-25.
332. Allin S, Masseria C, Mossialos E. Inequality in health care use among older people in the United Kingdom: an analysis of panel data. [cited 2017 March 1]. Available from: <http://eprints.lse.ac.uk/19262/1/LSEHWP1.pdf>
333. Vikum E, Bjørngaard JH, Westin S, Krokstad S. Socio-economic inequalities in Norwegian health care utilization over 3 decades: the HUNT Study. *Eur J Public Health*. 2013;23(6):1003-10.
334. Tamayo-Fonseca N, Nolasco A, Quesada JA, Pereyra-Zamora P, Melchor I, Moncho J, et al. Self-rated health and hospital services use in the Spanish National Health System: a longitudinal study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:492.
335. McColl MA, Shortt S, Gignac M, Lam M. Disabil Rehabil. Disentangling the effects of disability and age on health service utilisation. 2011;33(13-14):1253-61.
336. Gill TM, Kurland BF. Prognostic effect of prior disability episodes among nondisabled community-living older persons. *Am J Epidemiol*. 2003;158(11):1090-6.
337. Achterberg W. Pain management in long-term care: are we finally on the right track? *Age Ageing*. 2016;45(1):7-8.
338. Pjević M. Bol u starijem životnom dobu i značaj problema. Edukativni seminar terapija bola u starijem životnom dobu Novi Sad, 20. april 2007. Zbornik radova. [cited 2017 February 27]. Available from: http://www.uitbs.org.rs/materijal/2007_1026/terapija.pdf
339. Condelius A, Edberg AK, Jakobsson U, Hallberg IR. Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Arch Gerontol Geriatr*. 2008;46(1):41-55.
340. Landi F, Onder G, Cesari M, Barillaro C, Lattanzio F, Carbonin PU, et al. Comorbidity and social factors predicted hospitalization in frail elderly patients. *J Clin Epidemiol*. 2004;57(8):832-6.
341. Schneider KM, O'Donnell BE, Dean D. Prevalence of multiple chronic conditions in the United States' Medicare population. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:82.
342. Eurostat. Unmet health care needs statistics. [cited 2017 February 27]. Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics
343. Babić M, Matejić B. Savremena zdravstvena zaštita. In: Simić S, editor. *Socijalna medicina*. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; 2012.
344. Banthin JS, Cunningham P, Bernard DM. Financial burden of health care, 2001-2004. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27(1):188-95.
345. Krútilová V. Unmet Need For Health Care – A Serious Issue for European Elderly? *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2016; 220(31):217–25.

346. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care*. 2002;11(4):335-9.
347. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med*. 2005;3:159-66.
348. van Servellen G, Fongwa M, Mockus D'Errico E. Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nurs Health Sci*. 2006;8:185-95.
349. Bleich SN, Ozaltin E, Murray CK. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ*. 2009;87(4):271-8.
350. Prakash B. Patient Satisfaction. *J Cutan Aesthet Surg*. 2010;3(3):151-5.
351. Abdulrahim S, El Asmar K. Is self-rated health a valid measure to use in social inequities and health research? Evidence from the PAPFAM women's data in six Arab countries. *Int J Equity Health*. 2012;11:53.
352. Strawbridge WJ, Wallhagen MI. Self-rated health and mortality over three decades: results from a time-dependent covariate analysis. *Res Aging*. 1999;21:402-16.
353. Short ME, Goetzel RZ, Pei X, Tabrizi MJ, Ozminkowski RJ, Gibson TB, et al. How accurate are self-reports? Analysis of self-reported health care utilization and absence when compared with administrative data. *J Occup Environ Med*. 2009;51(7):786-96.
354. Radevic S, Kocic S, Jakovljevic M. Self-Assessed Health and Socioeconomic Inequalities in Serbia: Data from 2013 National Health Survey. *Front Pharmacol*. 2016;7:140.
355. Vlada Republike Srbije. Strategija razvoja obrazovanja u Srbiji do 2020. godine. Sl. glasnik RS, br.107/12.
356. Vlada Republike Srbije. Strategija razvoja zaštite mentalnog zdravlja Republike Srbije. Sl. glasnik RS, br.8/07.

9. ПРИЛОГ

Прилог 1. Упитник за испитанике старости 15 година и више

Прилог 2. Упитник за самопопуњавање

Прилог 3. Упитник за домаћинство

Прилог 4. Информисани пристанак

MINISTARSTVO ZDRAVLJA
REPUBLIKA SRBIJA

**ISTRAŽIVANJE ZDRAVLJA
STANOVNIŠTVA
SRBIJE**

**PREDLOG SADRŽAJA UPITNIKA
za stanovništvo uzrasta
15 godina i više - intervju**

MODUL OSNOVNE KARAKTERISTIKE

OK.1 Da li ste rođeni:

- u Srbiji ili O1
- u zemlji članici EU ili O2
- u zemlji koja nije članica EU? O3

OK.2 Da li imate državljanstvo?

- Srbije ili O1
- zemlje članice EU ili O2
- zemlje koja nije članica EU O3
- dvojno državljanstvo O4
- bez državljanstva O5

OK.3 Kakav je Vaš bračni status?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: OZNAČITI PRVI ODGOVOR KOJI ODGOVARA

- Nikad se nisam ženio/udavala niti živio/la u vanbračnoj zajednici O1
- U braku/ vanbračnoj zajednici O2
- Udovac/ica ili se vanbračna zajednica završila smrću partnera(nisam se ponovo ženio/udavala ni stupao/la u vanbračnu zajednicu) O3
- Razveden/a ili se vanbračna zajednica završila razlazom (nisam se ponovo ženio/udavala ni stupao/la u vanbračnu zajednicu) O4

OK.4 Koja je najviša škola koju ste završili?

- Bez škole O1
- Nepotpuna osnovna škola O2
- Osnovna škola O3
- Srednja škola (3 ili 4 godine) O4
- Viša škola O5
- Visoka škola (fakultet) O6

Master/magistarski O7

Doktorat O8

Uvod

Sada ću Vam postaviti pitanja u vezi sa Vašim trenutnim radnim angažovanjem.

OK.5 Kako biste definisali Vaš trenutni radni status?

Radim za platu ili profit (uključuje one koji rade u porodičnom biznisu, obavljaju plaćen pripravnički staž, kao i one koji trenutno ne rade zbog bolovanja ili godišnjeg odmora) O1 → PREĆI NA OK.7

Nezaposlen O2

Učenik, student, usavršavanje, stručna praksa bez plaćanja O3

U penziji ili prestao sa bavljenjem poslom¹ O4

Nesposoban za rad² O5

Obavljam poslove u domaćinstvu (domaćica) O6

Drugo, navedite: _____ O7

¹Isključuje onesposobljenost ili zdravstvene razloge. ²Uključuje dugotrajne bolesti ili zdravstvene probleme.

OK.6 Da li ste ikada radili za platu ili profit?

Da O1

Ne O2 → PREĆI NA SLEDEĆI MODUL

FILTER1

ANKETAR: AKO JE OK.5=1 PITATI ZA TRENUTNI GLAVNI POSAO,
AKO JE OK.6=1 PITATI ZA PREDHODNI GLAVNI POSAO.

OK.7 Da li ste(bili):

zaposlen ili O1

samozaposlen ili O2 → PREĆI NA OK.9

angažovani u okviru porodičnog posla? O3 → PREĆI NA OK.9

OK.8 Kakvu vrstu radnog ugovora imate (ili ste imali)?

Stalan posao/ugovor na neodređeno O1

Privremen posao/ ugovor na određeno O2

OK.9 Da li na poslu radite(ili ste radili):

puno radno vreme ili O1

deo radnog vremena? O2

OK.10 Koje je (bilo) Vaše zanimanje na poslu?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU OK.10

Naziv posla: _____

Opišite šta radite (ili ste radili) na poslu:

┌ ┌ ┌
(ISCO-08COM,2mesta)

Kartica za klasifikaciju OK.10:

1. Rukovodioci (direktori), funkcioneri i zakonodavci
2. Stručnjaci i umetnici
3. Inženjeri, stručni saradnici i tehničari
4. Administrativni službenici
5. Uslužna i trgovačka zanimanja
6. Poljoprivrednici, šumari, ribari i srodni
7. Zanatlije i srodni
8. Rukovaoci mašinama i postrojenjima, monter i vozači
9. Jednostavna zanimanja
10. Vojna zanimanja

MODUL ZDRAVSTVENO STANJE

Uvod ZS

Sada ćemo razgovarati o Vašem zdravlju.

ZS.1 Kakvo je Vaše zdravlje uopšte? Da li je...

BRZO NAVESTI

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| veoma dobro | <input type="radio"/> 1 |
| dobro | <input type="radio"/> 2 |
| prosečno | <input type="radio"/> 3 |
| loše | <input type="radio"/> 4 |
| veoma loše? | <input type="radio"/> 5 |
| ne zna* | <input type="radio"/> 8 |
| odbija da odgovori | <input type="radio"/> 9 |

ZS.2 Da li imate neku dugotrajnu bolest ili zdravstveni problem? Pod dugotrajnim se podrazumevaju bolesti ili zdravstveni problemi koji su trajali, ili za koje se očekuje da će trajati 6 meseci ili duže.

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| da | <input type="radio"/> 1 |
| ne | <input type="radio"/> 2 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 |
| odbija da odgovori | <input type="radio"/> 9 |

ZS.3 U poslednjih 6 meseci ili duže, u kom obimu ste zbog zdravstvenih problema bili ograničeni u obavljanju aktivnosti koje ljudi obično obavljaju? Da li biste rekli da ste bili...

BRZO NAVESTI

- | | |
|--|-------------------------|
| ozbiljno ograničeni | <input type="radio"/> 1 |
| ograničeni ali ne ozbiljno ili niste uopšte bili ograničeni? | <input type="radio"/> 2 |
| | <input type="radio"/> 3 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 |
| odbija da odgovori | <input type="radio"/> 9 |

* U svim pitanjima odgovori kao što su „ne sećam se" i „nisam siguran" obeležavaju se kategorijom odgovora „ne zna".

ZS.4 Kako biste procenili stanje svojih zuba?

- | | |
|--------------------|-------------------------|
| veoma dobro | <input type="radio"/> 1 |
| dobro | <input type="radio"/> 2 |
| prosečno | <input type="radio"/> 3 |
| loše | <input type="radio"/> 4 |
| veoma loše | <input type="radio"/> 5 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 |
| odbija da odgovori | <input type="radio"/> 9 |

ZS.5 Koliko zuba Vam nedostaje?

- | | |
|-----------------------------|--|
| nijedan | <input type="radio"/> 1→PREĆI NA Uvod HB |
| 1-5 zuba | <input type="radio"/> 2 |
| 6-10 zuba | <input type="radio"/> 3 |
| više od 10 zuba, ali ne svi | <input type="radio"/> 4 |
| nemam nijedan zub | <input type="radio"/> 5 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 |
| odbija da odgovori | <input type="radio"/> 9 |

ZS.6 Da li imate protezu?

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| da, imam totalnu | <input type="radio"/> 1 |
| da, imam parcijalnu | <input type="radio"/> 2 |
| nemam protezu | <input type="radio"/> 3 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 |
| odbija da odgovori | <input type="radio"/> 9 |

Uvod HB

Pred Vama je lista hroničnih bolesti ili stanja.

HB.1 Da li ste u prethodnih 12 meseci imali neku od navedenih bolesti ili stanja?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 1-HB.1 SA LISTOM BOLESTI/STANJA. ISPITANIK/CA ČITA SAMO ONE KATEGORIJE KOJE SE ODNOSE NA NJEGA/NJU. UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU BOLEST/STANJE.

- da..... 1
ne..... 2
ne zna..... 8
odbija da odgovori..... 9

BOLEST/STANJE	HB.1
a. astma (uključuje i alergijsku astmu)	<input type="checkbox"/>
b. hronični bronhitis, hronična obstruktivna bolest pluća, emfizem	<input type="checkbox"/>
c. srčani udar (infarkt miokarda) ili hronične posledice srčanog udara	<input type="checkbox"/>
d. koronarna bolest srca ili angina pektoris	<input type="checkbox"/>
e. povišen krvni pritisak (hipertenzija)	<input type="checkbox"/>
f. moždani udar – šlog (cerebralno krvarenje, cerebralna tromboza) ili posledice moždanog udara	<input type="checkbox"/>
g. artroza – degenerativno oboljenje zglobova (artritis je isključen)	<input type="checkbox"/>
h. deformitet donje kičme ili drugi hronični problem sa leđima	<input type="checkbox"/>
i. vratni deformitet ili drugi hronični problem sa vratnom kičmom	<input type="checkbox"/>
j. šećerna bolest (dijabetes)	<input type="checkbox"/>
k. alergija, kao što je alergijska kijavica, polenska groznica, upala očiju, dermatitis, alergija na hranu ili druge alergije (alergijska astma je isključena)	<input type="checkbox"/>
l. ciroza jetre	<input type="checkbox"/>
m. nemogućnost zadržavanja mokraće (urinarna inkontinencija), problemi sa kontrolisanjem mokraćne bešike	<input type="checkbox"/>
n. bubrežni problemi	<input type="checkbox"/>
o. depresija	<input type="checkbox"/>
p. rak (maligno oboljenje)	<input type="checkbox"/>

HB. 2 Da li Vam je lekar rekao da imate povišen krvni pritisak?

- da 1
ne 2 → PREĆI NA HB.4
ne zna 8 → PREĆI NA HB.4
odbija da odgovori 9 → PREĆI NA HB.4

HB. 3 Da li lečite povišen krvni pritisak?

- da, samo dijetom (poseban režim ishrane) 1
da, samo lekovima 2
da, na oba navedena načina 3
ne, ne lečim se 4
ne zna 8
odbija da odgovori 9

HB. 4 Da li Vam je lekar rekao da imate povišenu masnoću u krvi (holesterol)?

- da 1
ne 2
ne zna 8
odbija da odgovori 9

Deo PO

PO.1 Da li ste u prethodnih 12 meseci doživeli neku od sledećih vrsta nezgoda koja je dovela do povrede?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: POVREDE NASTALE KAO REZULTAT TROVANJA I NAMERNIH DEJSTAVA OD STRANE DRUGIH LICA SE, TAKOĐE, UKLJUČUJU. BOLESTI, POVREDE NASTALE KAO REZULTAT SAMOPOVREĐIVANJA, KAO I POVREDE NA POSLU SE ISKLJUČUJU.

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 2-PO.1 SA VRSTAMA NEZGODA. ISPITANIK/CA ČITA SAMO ONE KATEGORIJE KOJE SE ODNOSU NA NJEGA/NJU. UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU VRSTU NEZGODE. ZA SVAKI POZITIVAN ODGOVOR POSTAVITI PITANJE PO.2. AKO NEMA PRIJAVLJENIH NEZGODA (ODGOVORI 2, 8 ILI 9) PREĆI NA OP.1. FILTER 3.

- da 1
ne 2
ne zna 8
odbija da odgovori 9

PO.2 Da li Vam je ukazana medicinska pomoć zbog posledica ove (ovih) nezgode(a)?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: DOZVOLJEN JE SAMO JEDAN ODGOVOR.

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: AKO SE DESILO VIŠE NEZGODA U OKVIRU JEDNE VRSTE, PITANJE SE ODNOSI NA NAJOZBILJNIJU NEZGODU (ONU ZA KOJU JE PRUŽENO NAJSLOŽENIJE LEČENJE).

- da, primljen sam u bolnicu ili neku drugu zdravstvenu ustanovu i ostao preko noći..... 1
- da, primljen sam u bolnicu ili neku drugu zdravstvenu ustanovu ali nisam ostao preko noći..... 2
- da, od strane doktora ili medicinske sestre..... 3
- ne, ni konsultacija ni intervencija nisu bile potrebne* 4
- ne zna..... 8
- odbija da odgovori..... 9

Vrsta nezgode	PO.1	PO.2
a. drumska saobraćajna nezgoda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. nezgoda u kući	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. nezgoda u toku bavljenja slobodnim aktivnostima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*uključuje samopomoć i pomoć neprofesionalaca

FILTER2

ANKETAR: PITANJE OP1 SE POSTAVLJA SAMO ONIM ISPITANICIMA KOJI SU TRENUTNO ZAPOSLENI.

Deo OP

OP.1 Da li ste u prethodnih 12 meseci bili odsutni sa posla zbog zdravstvenih problema? Uzmite u obzir sve vrste bolesti, povreda i drugih zdravstvenih problema koje ste imali i zbog kojih ste odsustvovali sa posla.

- da O1
- ne O2 → PREĆI NA UVOD FO
- ne zna O8 → PREĆI NA UVOD FO
- odbija da odgovori O9 → PREĆI NA UVOD FO

OP.2 Koliko ste ukupno dana bili odsutni zbog zdravstvenih problema u toku prethodnih 12 meseci?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: UZIMAJU SE U OBZIR SVI KALENDARSKI DANI ODSUSTVOVANJA SA POSLA BEZ OBZIRA DA LI ISPITANIK IMA ILI NE ZVANIČNO BOLOVANJE (OVERENO OD STRANE LEKARA).

____ dana

- ne zna O998
- odbija da odgovori O999

Uvod FO

Sada ću Vam postaviti još pitanja o Vašem opštem fizičkom zdravlju. Pitanja se odnose na Vašu sposobnost da obavljate različite osnovne aktivnosti. Molim Vas da zanemarite bilo kakve prolazne/privremene probleme.

UPUTSTVO ZA ANKETARA: AKO JE ISPITANIK SLEP, NEMOJTE POSTAVLJATI PITANJE, OBELEŽITE ODGOVOR 3 ZA PITANJE FO.1 I PREĐITE NA PITANJE FO.3. OSTALIM ISPITANICIMA POSTAVITE PITANJE FO.1.

FO.1 Da li nosite naočare ili kontaktna sočiva?

- da O1
- ne O2
- ja sam slep/a i uopšte ne vidim O3 → PREĆI NA FO.3
- ne zna O8
- odbijanje O9

UPUTSTVO ZA ANKETARA: ZA PITANJA FO.2 DO FO.7 (OSIM FO.3) POKAZATI KARTICU 3-FO.2, 4, 5, 6, 7 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA.

FO.2

Ako je FO.1=1→ **Da li imate teškoće da vidite čak i kada nosite naočare ili kontaktna sočiva? Da li biste rekli da vidite...**

Ako je FO.1=2→ **Da li imate teškoća sa vidom? Da li biste rekli da vidite...**

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| bez teškoća | <input type="radio"/> 1 |
| uz manje teškoće | <input type="radio"/> 2 |
| uz velike teškoće | <input type="radio"/> 3 |
| nisam u stanju | <input type="radio"/> 4 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 |

UPUTSTVO ZA ANKETARA: AKO JE ISPITANIK GLUV, OBELEŽITE ODGOVOR 3 U FO.3 I ONDA PREDITE NA PITANJE FO.6. OSTALIM ISPITANICIMA POSTAVITE PITANJE FO.3.

FO.3 Da li koristite slušni aparat?

- | | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| da | <input type="radio"/> 1 |
| ne | <input type="radio"/> 2 |
| ja sam potpuno gluv/a | <input type="radio"/> 3→PREĆI NA FO.6 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 |

FO.4

Ako je FO.3=1→ **Da li imate teškoće da čujete šta je rečeno u razgovoru sa jednom osobom u tihoj prostoriji, čak i kada koristite slušni aparat? Da li biste rekli da čujete...**

Ako je FO.3=2→ **Da li imate teškoće da čujete šta je rečeno u razgovoru sa jednom osobom u tihoj prostoriji? Da li biste rekli da čujete...**

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| bez teškoća | <input type="radio"/> 1 |
| uz manje teškoće | <input type="radio"/> 2 |
| uz velike teškoće | <input type="radio"/> 3 |
| nisam u stanju | <input type="radio"/> 4 |

- ne zna 8
odbijanje 9

FO.5

Ako je FO.3=1 → **Da li imate teškoće da čujete šta je rečeno u razgovoru sa jednom osobom u bučnijoj prostoriji, čak i kada koristite slušni aparat? Da li biste rekli da čujete...**

Ako je FO.3=2 → **Da li imate teškoće da čujete šta je rečeno u razgovoru sa jednom osobom u bučnijoj prostoriji? Da li biste rekli da čujete...**

- bez teškoća 1
uz manje teškoće 2
uz velike teškoće 3
nisam u stanju 4
ne zna 8
odbijanje 9

FO.6 Da li imate teškoće da pređete peške pola kilometra po ravnom (odgovara dužini 5 fudbalskih igrališta), bez bilo kakve pomoći (pomoć podrazumeva korišćenje štapa, hodalica, invalidskih kolica, proteza i sl., kao i pomoć druge osobe)? Da li biste rekli da to možete da učinite...

- bez teškoća 1
uz manje teškoće 2
uz velike teškoće 3
nisam u stanju 4
ne zna 8
odbijanje 9

FO.7 Da li imate teškoće da se popnete uz ili siđete niz 12 stepenika? Da li biste rekli da to možete da učinite...

- bez teškoća 1
uz manje teškoće 2
uz velike teškoće 3
nisam u stanju 4
ne zna 8

FILTER 3

ANKETAR: AKO ISPITANIK IMA 65 ILI VIŠE GODINA PREĆI NA UVOD LN.1. U SUPROTNOM PREĆI NA UVOD BO.

Uvod LN.1

Sada Vas molim da razmislite o nekim svakodnevnim aktivnostima lične nege.

Ispred Vas je lista aktivnosti. Molim Vas da zanemarite bilo kakve povremene/prolazne probleme.

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 4-LN.1 SA AKTIVNOSTIMA I UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU OD AKTIVNOSTI LIČNE NEGE.

LN.1 Da li obično imate teškoća u samostalnom obavljanju (bez tuđe pomoći) bilo koje od ovih aktivnosti?

- bez teškoća..... 1
- uz manje
teškoće..... 2
- uz velike
teškoće..... 3
- uopšte ne mogu..... 4
- ne zna..... 8
- odbijanje..... 9

Aktivnosti	LN.1
a. da jedete	<input type="checkbox"/>
b. da legnete ili ustanete iz kreveta ili da sednete i ustanete sa stolice	<input type="checkbox"/>
c. da se oblačite i svlačite	<input type="checkbox"/>
d. da koristite klozet	<input type="checkbox"/>
e. da se kupate ili tuširate	<input type="checkbox"/>

FILTER 4

AKO JE ODGOVOR NA PITANJE LN.1=2, 3 ILI 4 ZA MAKAR JEDNU AKTIVNOST PREĆI NA UVOD LN.2. U SUPROTNOM PREĆI NA SLEDEĆI INSTRUMENT - KA.1.

Uvod LN.2

Misleći na sve aktivnosti lične nege u čijem obavljanju bez tuđe pomoći imate teškoća...

LN.2 Da li obično imate pomoć tokom obavljanja neke od tih aktivnosti?

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| da, tokom najmanje jedne aktivnosti | <input type="radio"/> 1 |
| ne | <input type="radio"/> 2 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 |

LN.3

Ako je LN.2=1 → **Da li bi Vam bilo potrebno više pomoći?**

Ako je LN.2=2 → **Da li bi Vam bila potrebna pomoć?**

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| da, tokom najmanje jedne aktivnosti | <input type="radio"/> 1 |
| ne | <input type="radio"/> 2 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 |

Uvod KA.1

Sada Vas molim da razmislite o nekim svakodnevnim kućnim aktivnostima.

Ispred Vas je lista aktivnosti. Molim Vas da zanemarite bilo kakve povremene/prolazne probleme.

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 5-KA.1 SA AKTIVNOSTIMA I UPIŠITE ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU OD KUĆNIH AKTIVNOSTI.

KA.1 Da li obično imate teškoća u samostalnom obavljanju (bez tuđe pomoći) bilo koje od ovih aktivnosti?

- | | |
|--|-------------------------|
| bez teškoća..... | <input type="radio"/> 1 |
| uz manje teškoće..... | <input type="radio"/> 2 |
| uz velike teškoće..... | <input type="radio"/> 3 |
| uopšte ne mogu..... | <input type="radio"/> 4 |
| nije primenjivo (nikad nisam probao/la,
nemam potrebe da to radim)..... | <input type="radio"/> 5 |
| ne zna..... | <input type="radio"/> 8 |
| odbijanje..... | <input type="radio"/> 9 |

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: AKO JE SPONTANI ODGOVOR „BEZ TEŠKOĆA” ILI NISTE SIGURNI U VALIDNOST ODGOVORA, PITAJTE DA LI ISPITANIK/CA UOPŠTE OBAVLJA AKTIVNOST ILI NE MOŽE DA JE OBAVLJA SAMOSTALNO ZBOG NEKIH DRUGIH RAZLOGA KOJI NISU U VEZI SA ZDRAVLJEM. U TOM SLUČAJU UPIŠITE ODGOVOR „NIJE PRIMENJIVO”.

Aktivnosti	KA.1
a. pripremanje hrane	<input type="checkbox"/>
b. korišćenje telefona	<input type="checkbox"/>
c. kupovina	<input type="checkbox"/>
d. uzimanje lekova	<input type="checkbox"/>
e. lakši kućni poslovi	<input type="checkbox"/>
f. povremeni teži kućni poslovi	<input type="checkbox"/>
g. vođenje računa o finansijama (računima) i drugim svakodnevnim administrativnim zadacima	<input type="checkbox"/>

FILTER 5

AKO JE ODGOVOR NA PITANJE KA.1=2 ,3 ILI 4 ZA BAR JEDNU AKTIVNOST PREĆI NA UVOD KA.2. U SUPROTNOM PREĆI NA SLEDEĆI INSTRUMENT – UVOD BO.

Uvod KA.2

Misleći na sve kućne aktivnosti u čijem obavljanju bez tuđe pomoći imate teškoća...

KA.2 Da li obično imate pomoć tokom obavljanja neke od tih aktivnosti?

- da, tokom najmanje jedne aktivnosti 1
- ne 2
- ne zna 8
- odbijanje 9

KA.3

Ako je KA.2=1 → **Da li bi Vam bilo potrebno više pomoći?**

Ako je KA.2=2 → **Da li bi Vam bila potrebna pomoć?**

- da, tokom najmanje jedne aktivnosti 1
- ne 2
- ne zna 8

Uvod BO

Sledeće pitanje se odnosi na bilo kakav fizički telesni bol koji ste imali u toku prethodne 4 nedelje.

BO.1 Koliki je bio bol koji ste imali tokom prethodne 4 nedelje?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 6-BO.1 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA.

-
- | | |
|-------------------|---------------------------------------|
| nisam imao/la bol | <input type="radio"/> 1→PREĆI NA MZ.1 |
| veoma slab | <input type="radio"/> 2 |
| slab | <input type="radio"/> 3 |
| umeren | <input type="radio"/> 4 |
| jak | <input type="radio"/> 5 |
| veoma jak | <input type="radio"/> 6 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8→PREĆI NA MZ.1 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9→PREĆI NA MZ.1 |

BO.2 Tokom prethodne 4 nedelje, koliko je bol uticao na Vaše uobičajene aktivnosti (uključujući aktivnosti i obaveze van kuće i u kući)?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 7-BO.2 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA.

-
- | | |
|-------------|-------------------------|
| nimalo | <input type="radio"/> 1 |
| malo | <input type="radio"/> 2 |
| umereno | <input type="radio"/> 3 |
| prilično | <input type="radio"/> 4 |
| veoma mnogo | <input type="radio"/> 5 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 |

Uvod MZ

Sledeća pitanja se bave time kako ste se osećali tokom prethodne 2 nedelje.

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 8-MZ.1 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA I OZNAČITE ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKO OD PITANJA.

MZ.1 U toku prethodne 2 nedelje, koliko često Vam je smetao bilo koji od sledećih problema?

- nije uopšte..... O1
 nekoliko dana..... O2
 više od 7 dana..... O3
 skoro svakog dana..... O4
 ne zna..... O8
 odbijanje..... O9

Problemi	MZ.1
a. slabo interesovanje ili zadovoljstvo da nešto radite	<input type="checkbox"/>
b. malodušnost, depresija ili beznadežnost	<input type="checkbox"/>
c. problem da zaspate ili spavate u kontinuitetu, ili previše spavanja	<input type="checkbox"/>
d. osećanje zamora ili nedostatka energije	<input type="checkbox"/>
e. loš apetit ili prejedanje	<input type="checkbox"/>
f. loše mišljenje o sebi – ili osećaj da ste promašaj, ili da ste razočarali sebe ili svoju porodicu.	<input type="checkbox"/>
g. teškoća da se koncentrišete na stvari, kao što su čitanje novina ili gledanje televizije.	<input type="checkbox"/>
h. Toliko usporeno kretanje ili govor da su drugi to mogli da primete. Ili suprotno – toliko ste bili uzvrpoljeni ili nemirni da ste se kretali više nego obično.	<input type="checkbox"/>

MZ.2 Da li ste tokom prethodne 4 nedelje bili napeti, pod stresom/pritiskom?

- da, ponekad, ali ne više nego ostali ljudi O1
 da, više nego ostali ljudi O2
 da, moj život je skoro nepodnošljiv O3
 ne O4
 ne zna O8
 odbijanje O9

MODUL ZDRAVSTVENA ZAŠTITA

Uvod KZZ

Prvo pitanje se odnosi na korišćenje zdravstvene zaštite, nabrojani su svi kojima ispitanici mogu da se obrate u slučaju problema sa zdravljem.

UPUTSTVO ZA ANKETARA: MOGUĆE JE ZAOKRUŽITI SAMO JEDAN ODGOVOR

KZZ.1. Kome se prvo obraćate kada imate problema sa zdravljem?

- Lekaru opšte medicine, (državni sektor) 1
- Specijalisti (državni sektor) 2
- Privatnom lekaru 3
- Iscelitelju (bioenergetičar, akupunkturolog..) 4
- Nekom drugom (roditelji, prijatelji, rođaci) 5
- Nikome, lečim se sam/sama 6
- Odbijanje 9

Uvod KB

Sledeća grupa pitanja je o vremenu provedenom u bolnici. Sve vrste bolnica (opšte, specijalne, klinički centri, instituti, klinike, kliničko-bolnicki centri, zavodi) su uključene.

UPUTSTVO ZA ANKETARA: ZA ŽENE DO 50 GODINA STAROSTI, DODATI: „IZUZIMA SE VREME PROVEDENO U BOLNICI RADI POROĐAJA.”

KB.1 Da li ste u prethodnih 12 meseci bili na bolničkom lečenju (ležali u bolnici preko noći ili duže)?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: IZUZIMAJU SE POSETE HITNOJ SLUŽBI/ODELJENJU HITNOG PRIJEMA (BEZ NOĆENJA) ILI POSETE SPECIJALISTIČKIM AMBULANTAMA BOLNICA.

- Da 1
- Ne 2 → PREĆI NA KB.3
- ne zna 8 → PREĆI NA KB.3
- odbijanje 9 → PREĆI NA KB.3

KB.2 Koliko ste ukupno noći proveli u bolnici, uzimajući u obzir sve boravke u bolnici/ama?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: DOZVOLJAVA SE DA SE UKUPAN BROJ NOĆI ISKAŽE U DANIMA UKOLIKO ISPITANIK BORAVAK U JEDNOJ ILI VISE RAZLIČITIH BOLNICA ISKAŽE U DANIMA.

□□□□ Broj noći

- ne zna 989
odbijanje 999

KB.3 Da li ste u prethodnih 12 meseci bili primljeni u bolnicu kao „dnevni pacijent” radi dijagnostike, lečenja ili pružanja druge vrste zdravstvenih usluga koje nisu zahtevale da u bolnici ostanete preko noći?

- Da 1
Ne 2 → PREĆI NA KV.1
ne zna 8 → PREĆI NA KV.1
odbijanje 9 → PREĆI NA KV.1

KB.4 U prethodnih 12 meseci, koliko puta ste bili primljeni u bolnicu kao „dnevni pacijent”?

□□□□ Broj prijema

- ne zna 998
odbijanje 999

Uvod KV.1

Sledeća grupa pitanja je o posetama/konsultacijama sa Vašim lekarom opšte medicine ili pedijatrom. Molimo Vas da obuhvatite posete lekaru u ordinaciji kao i njegove kućne posete i obavljene konsultacije sa njim putem telefona.

KV.1 Kada ste poslednji put posetili/konsultovali svog lekara opšte medicine ili pedijatra?

- Pre manje od 12 meseci 1
Pre 12 meseci ili više 2 → PREĆI NA FILTER 7
Nikada 3 → PREĆI NA FILTER 7
ne zna 8 → PREĆI NA FILTER 7
odbijanje 9 → PREĆI NA FILTER 7

KV.2 U toku prethodne 4 nedelje, koliko puta ste Vi lično posetili/konsultovali svog lekara opšte medicine ili pedijatra?

┌┌┌ Broj poseta/konsultacija

ne zna 98

odbijanje 99

FILTER 6

SLEDEĆA PITANJA SU ZA OSOBE ŽENSKOG POLA. UKOLIKO JE ISPITANIK MUŠKARAC PREĆI NA UVOD KV.5

Uvod KV.3

Sledeća grupa pitanja je o posetama ginekologu.

KV.3 Kada ste poslednji put Vi posetili ginekologa?

Pre manje od 12 meseci 1

Pre 12 meseci ili više 2

Nikada 3 →PREĆI NA Uvod KV.5

ne zna 8

odbijanje 9 → PREĆI NA Uvod KV.5

KV.4 Koliko godina ste imali kada ste prvi put Vi lično posetili ginekologa?

┌┌┌ godina

ne zna 98

odbijanje 99

Uvod KV.5

Sledeće pitanje je o posetama stomatologu (opštem ili nekom specijalisti stomatologije).

KV.5 Kada ste poslednji put posetili stomatologa (ne kao pratilac supružnika, dece, već vi lično)?

- Pre manje od 12 meseci 1
Pre 12 meseci ili više 2
Nikada 3
ne zna 8
odbijanje 9

Uvod KV.6

Sledeća pitanja su o posetama/konsultacijama sa lekarima specijalistima (specijalistima internističkih i hirurških grana medicine). Obuhvatite samo posete lekarima u ambulantama ili odeljenjima hitne službe, ali ne i kontakte u toku bolničkog lečenja kao ležeći pacijent ili „dnevni pacijent”.

KV.6 Kada ste poslednji put Vi lično posetili nekog lekara specijalistu?

- Pre manje od 12 meseci 1
Pre 12 meseci ili više 2 → PREĆI NA KV.8
Nikada 3 → PREĆI NA KV.8
ne zna 8 → PREĆI NA KV.8
odbijanje 9 → PREĆI NA KV.8

KV.7 U toku prethodne 4 nedelje, koliko puta ste Vi lično posetili lekara specijalistu?

Broj poseta

- ne zna 98
odbijanje 99

KV.8 Da li ste u toku prethodnih 12 meseci Vi lično posetili...?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKO OD ZANIMANJA.

- Da..... 1
Ne..... 2
ne zna..... 8

odbijanje..... 9

ZANIMANJE	KV.10
a. Fizioterapeuta	<input type="checkbox"/>
b. Psihologa, psihoterapeuta ili psihijatra	<input type="checkbox"/>

Uvod KV.9

Sledeća pitanja su o uslugama kućne nege koja pokriva širok spektar zdravstvenih i socijalnih usluga koje se pružaju ljudima sa zdravstvenim problemima u njihovom domu. Kućna nega obuhvata, na primer usluge koje pružaju medicinske sestre ili babice u kući, pomoć u kući za poslove u domaćinstvu ili brigu za stara lica, usluge prevoza. Obuhvaćene su samo usluge koje pružaju zdravstveni radnici ili radnici socijalnih službi.

KV.9 Da li ste u prethodnih 12 meseci, Vi lično, koristili ili dobili bilo koji oblik kućne nege?

- Da 1
Ne 2
ne zna 8
odbijanje 9

Uvod KV.10

Sledeće pitanje odnosi se na korišćenje usluga hitne ili neodložne pomoći. Podrazumevaju se pozivi i dolazak ekipa u Vaš dom, na posao ili na javno mesto (ulica, sportska hala, restoran...) radi rešavanja Vaseg zdravstvenog problema, kao i Vaš samoinicijativni odlazak u službu hitne ili urgentne pomoći zdravstvene ustanove.

KV.10 Da li ste u prethodnih 12 meseci, Vi lično, koristili usluge hitne pomoći?

- Da 1
Ne 2
ne zna 8
odbijanje 9

Uvod KV.11

Sada ću Vam postaviti pitanja koja se odnose samo na korišćenje usluga privatne prakse.

KV.11 Da li ste u prethodnih 12 meseci, koristili usluge privatne prakse (lekara, stomatologa, laboratorijske usluge i druge...)?

- Da 1
Ne 2 → PREĆI NA KV.13

ne zna 8 → PREĆI NA KV.13
odbijanje 9 → PREĆI NA KV.13

KV.12 Koje su to usluge bile?

UPUTSTVO ZA ANKETARĀ: POKAZATI KARTICU 9-KV.12. ISPITANIK/CA ČITA SAMO ONE KATEGORIJE KOJE SE ODOSE NA NJEGA/NJU. UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKOG OD LEKARA ILI OBLIKA PRIVATNE PRAKSE.

- Da..... 1
Ne..... 2
ne zna..... 8
odbijanje..... 9

Usluge	KV.12
a. Laboratorije (biohemijske, hematološke, mikrobiološke, citološke)	<input type="checkbox"/>
b. Radiološke dijagnostike (rendgen, ultrazvuk, skener, magnetna rezonanca)	<input type="checkbox"/>
c. Stomatologa	<input type="checkbox"/>
d. Ginekologa	<input type="checkbox"/>
e. Lekara opšte medicine	<input type="checkbox"/>
f. Interniste (kardiolog, endokrinolog, gastroenterolog, nefrolog, pulmolog, reumatolog)	<input type="checkbox"/>
g. Oftalmologa	<input type="checkbox"/>
h. Hirurga	<input type="checkbox"/>
i. Psihijatra	<input type="checkbox"/>
j. Nekog drugog lekara	<input type="checkbox"/>

KV.13 Da li ste u prethodnih 12 meseci, koristili usluge tradicionalne medicine (akupunktura, homeopatija, fitoterapija/terapija biljem, kiropraksa)?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: PITANJE SE ODNOSI NA USLUGE KOJE SE PRUŽAJU U DRŽAVNOJ ZDRAVSTVENOJ USTANOVI I KOD PRIVATNIKA. PRIVATNIK OBUHVATA I PRIVATNU PRAKSU I NARODNE ISCELITELJE.

- Da 1
Ne 2
ne zna 8
odbijanje 9

Uvod UL

Sada bi Vas pitali o korišćenju lekova u prethodne 2 nedelje.

UL.1 Da li ste tokom prethodne 2 nedelje koristili neke lekove koje Vam je propisao lekar?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: ZA ŽENE, TAKOĐE DODATI: „ISKLUJUČITE KONTRACEPTIVNE PILULE ILI HORMONE KOJE STE KORISTILI ISKLJUČIVO ZA KONTRACEPCIJU”.

- Da 1
Ne 2
ne zna 8
odbijanje 9

UL.2 Da li ste u toku prethodne 2 nedelje koristili neke lekove ili biljna lekovita sredstva ili vitamine koje Vam nije propisao lekar?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: ZA ŽENE, TAKOĐE DODATI: „ISKLUJUČITE KONTRACEPTIVNE PILULE ILI HORMONE KOJE STE KORISTILI ISKLJUČIVO ZA KONTRACEPCIJU”.

- Da 1
Ne 2 → PREĆI NA PP.1
ne zna 8 → PREĆI NA PP.1
odbijanje 9 → PREĆI NA PP.1

UL.3 Koji su to lekovi bili?

UPUTSTVO ZA ANKETARÄ: POKAZATI KARTICU 10-UL.3. ISPITANIK/CA ÄITA SAMO ONE KATEGORIJE KOJE SE ODNOSE NA NJEGA/NJU. UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKI OD LEKOVA.

Da..... 1

Ne..... 2

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

Lekovi	UL.3
a. Vitamini, minerali (za jaÄanje organizma)	<input type="checkbox"/>
b. Biljni preparati (za jaÄanje organizma i leÄenje bolesti)	<input type="checkbox"/>
c. Protiv bolova (glavobolje, zubobolje i sl.)	<input type="checkbox"/>
d. Za leÄenje odreÄenih bolesti	<input type="checkbox"/>
e. Antibiotiici	<input type="checkbox"/>
f. Za pritisak	<input type="checkbox"/>
g. Za smirenje	<input type="checkbox"/>
h. Za nesanicu	<input type="checkbox"/>
i. Za varenje	<input type="checkbox"/>
j. Protiv zatvora	<input type="checkbox"/>

Uvod PP.1

Sada bih Vam postavio/la neka pitanja o vakcinaciji protiv gripa.

PP.1 Kada ste se poslednji put primili vakcinu protiv gripa?

UPUTSTVO ZA ANKETARÄ: MESEC I GODINA SE UPISUJU UKOLIKO JE ISPITANIK POSLEDNJI PUT PRIMIO VAKCINU PROTIV GRIPA U TOKU PRETHODNIH 12 MESECI.

Mesec Godina

Davno (pre više od jedne godine) 1

Nikad 2

- ne zna 8
odbijanje 9

Uvod PP.2– PP.4

Sada bih Vam postavio/la pitanja o Vašem krvnom pritisku, holesterolu u krvi i šećeru u krvi (glikemiji).

UPUTSTVO ZA ANKETARÄ: POKAŽITE KARTICU 11-PP.2-4 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA I OZNAČITE ODGOVOR ZA SVAKO OD PITANJA.

PP.2 Kada Vam je poslednji put krvni pritisak izmerio zdravstveni radnik?

- Tokom prethodnih 12 meseci 1
Pre 1 do manje od 3 godine 2
Pre 3 do manje od 5 godina 3
Pre 5 godina ili više 4
Nikada 5
ne zna 8
odbijanje 9

PP.3 Kada Vam je poslednji put holesterol u krvi izmerio zdravstveni radnik?

- Tokom prethodnih 12 meseci 1
Pre 1 do manje od 3 godine 2
Pre 3 do manje od 5 godina 3
Pre 5 godina ili više 4
Nikada 5
ne zna 8
odbijanje 9

PP.4 Kada Vam je poslednji put šećer u krvi izmerio zdravstveni radnik?

- Tokom prethodnih 12 meseci 1
Pre 1 do manje od 3 godine 2
Pre 3 do manje od 5 godina 3
Pre 5 godina ili više 4

- Nikada 5
- ne zna 8
- odbijanje 9

Uvod PP.5 i PP.6

Sledeća pitanja su o testu na okultno/skriveno krvarenje u stolici i kolonoskopskom pregledu.

PP.5 Kada Vam je poslednji put urađen test na golim okom nevidljivu krv (okultno krvarenje) u stolici?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: MOŽETE DODATI: „CILJ TESTA JE DA SE OTKRIJE GOLIM OKOM NEVIDLJIVO KRVARENJE/GUBITAK KRVI U BILO KOM DELU GASTROINTESTINALNOG TRAKTA, OD USTA DO DEBELOG CREVA”.

- Tokom prethodnih 12 meseci 1
- Pre 1 do manje od 2 godine 2
- Pre 2 do manje od 3 godine 3
- Pre 3 godine ili više 4
- Nikada 5
- ne zna 8
- odbijanje 9

PP.6 Kada ste poslednji put bili na kolonoskopskom pregledu (kolonoskopiji)?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: MOŽETE DODATI: „TO JE VIZUELNI PREGLED DEBELOG CREVA (SA KOLONOSKOPIJOM) OD POČETNOG DELA DEBELOG CREVA (CEKUM) DO ZAVRŠNOG DELA DEBELOG CREVA (REKTUM)”.

- Tokom prethodnih 12 meseci 1
- Pre 1 do manje od 5 godina 2
- Pre 5 do manje od 10 godina 3
- Pre 10 godina ili više 4
- Nikada 5
- ne zna 8
- odbijanje 9

FILTER 7

SLEDEĆA PITANJA SU ZA OSOBE ŽENSKOG POLA – U TOM SLUČAJU PREĆI NA PP.7, AKO JE U PITANJU OSOBA MUŠKOG POLA – PREĆI NA UVOD NP

Uvod PP.7 – PP.10

Sledeća pitanja su o mamografiji i citološkom brisu grlića materice (Papanikolau test).

PP.7 Kada ste poslednji put bili na mamografskom pregledu (snimanje dojki rendgen-zracima)?

- Tokom prethodnih 12 meseci 1
- Pre 1 do manje od 2 godine 2
- Pre 2 do manje od 3 godine 3
- Pre 3 godine ili više 4 → PREĆI NA PP.9
- Nikada 5 → PREĆI NA PP.9
-
- ne zna 8 → PREĆI NA PP.9
- odbija 9 → PREĆI NA PP.9

PP.8 Da li ste na mamografiju otišli...?

- samoinicijativno 1
- po savetu lekara 2
- po pozivu lekara u okviru organizovanog ranog otkrivanja raka dojke 3
-
- ne zna 8
- odbijanje 9

PP.9 Kada ste poslednji put radili citološki bris grlića materice (Papanikolau test)?

- Tokom prethodnih 12 meseci 1
- Pre 1 do manje od 2 godine 2
- Pre 2 do manje od 3 godine 3
- Pre 3 godine ili više 4 → PREĆI NA Uvod NP

- Nikada 5 → PREĆI NA Uvod NP
- ne zna 8 → PREĆI NA Uvod NP
- odbija 9 → PREĆI NA Uvod NP

PP.10 Da li ste Papanikolau test uradili...?

- samoinicijativno 1
- po savetu lekara 2
- po pozivu lekara u okviru organizovanog ranog otkrivanja raka grlića materice 3
- ne zna 8
- odbijanje 9

Uvod NP

Postoje mnogi razlozi zbog kojih se ljudima dešava da im se zdravstvena zaštita ne pruži na vreme ili je uopšte ne dobiju.

NP.1 Da li Vam se u prethodnih 12 meseci desilo da niste na vreme dobili zdravstvenu zaštitu zbog nekog od sledećih razloga?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: AKO JE SPONTANI ODGOVOR ISPITANIKA 'NE', PROVERITE DA LI JE ISPITANIKU UOPŠTE BILA POTREBNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA. U SLUČAJU DA MU NIJE BILA POTREBNA, UPIŠITE ODGOVOR 3 „NIJE BILA POTREBNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA”

- Da.....1
- Ne.....2
- Nije bila potrebna zdravstvena zaštita....3
- ne zna.....8
- odbijanje.....9

RAZLOZI	NP.1
a. Dugo čekanje na zakazanu posetu/pregled	┌┐
b. Udaljenost ili problemi sa prevozom do mesta pružanja zdravstvene zaštite	┌┐

NP.2 Da li Vam se u prethodnih 12 meseci desilo da ste imali potrebu za nekim od navedenih oblika zdravstvene zaštite ali je niste mogli ostvariti zbog finansijskih razloga?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: AKO JE SPONTANI ODGOVOR ISPITANIKA 'NE', PROVERITE DA LI JE ISPITANIKU UOPŠTE BILA POTREBNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA. U SLUČAJU DA MU NIJE BILA POTREBNA, UPIŠITE ODGOVOR 3.

- Da.....1
 Ne.....2
 Nije bila potrebna zdravstvena zaštita....3

 ne zna.....8
 odbijanje.....9

Zdravstvena zaštita	NP.2
a. Dijagnostika	<input type="checkbox"/>
b. Lečenje	<input type="checkbox"/>
c. Rehabilitacija	<input type="checkbox"/>
d. Stomatološka zdravstvena zaštita (popravka zuba)	<input type="checkbox"/>
e. Propisivanje lekova	<input type="checkbox"/>
f. Zaštita mentalnog zdravlja (od strane psihologa ili psihijatra, npr)	<input type="checkbox"/>

Uvod ZA.1

Sada bih želeo/la da Vas pitam o tome koliko ste uopšte zadovoljni zdravstvenom službom.

ZA.1 Kakvo je u celini Vaše zadovoljstvo zdravstvenom službom?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAŽITE KARTICU 12-ZA.1 SA PONUĐENIM ODGOVORIMA I UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA OBE ZDRAVSTVENE SLUŽBE.

- Veoma sam zadovoljan/na..... 1
 Zadovoljan/na sam..... 2
 Nisam ni nezadovoljan/na ni zadovoljan/na..... 3
 Nezadovoljan/na sam.....4
 Veoma sam nezadovoljan/na..... 5

 ne zna..... 8
 odbijanje..... 9

Zdravstvena služba	ZA.1
a. Državna	<input type="checkbox"/>
b. Privatna	<input type="checkbox"/>

MODUL DETERMINANTE ZDRAVLJA

Uvod VT

Sada ću Vas pitati o Vašoj visini i težini.

VT.1 Koliko ste visoki, bez cipela? u [cm]

□□□ cm

ne zna 998

odbijanje 999

VT.2 Kolika je Vaša telesna težina, bez odeće i cipela? u [kg]

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: ŽENE ISPOD 50 GODINA PITAJTE DA LI SU TRUDNE I ONDA IH PITAJTE ZA TEŽINU PRE TRUDNOĆE.

□□□ kg

ne zna 998

odbijanje 999

UvodFA

Ono što ću Vas sledeće pitati je o vremenu koje provodite baveći se različitim fizičkim aktivnostima u toku jedne tipične nedelje. Molim vas odgovorite na pitanja iako sebe ne smatrate fizički aktivnom osobom.

Uvod FA.1

Prvo mislite o vremenu koje provedete radeći neki posao. To može biti: plaćeni ili neplaćeni posao, rad u kući ili oko kuće, briga o porodici, studiranje ili učenje.

FA.1 Kada kažete da radite, šta od navedenog najbolje opisuje to što radite? Vi bi ste rekli da...

ANKETAR: ODGOVOR ISPITANIKA TREBA DA SE ODNOSI NA GLAVNI POSAO, ONAJ KOJI ZAHTEVA NAJVIŠE VREMENA. AKO ISPITANIK OBAVLJA VIŠE POSLOVA ISPITANIK TREBA DA UKLJUČI SVE I IZABERE SAMO JEDAN ODGOVOR.

Uglavnom sedim ili stojim 1

Uglavnim hodam ili se umereno fizički naprežem 2

Uglavnom radim težak ili fizički zahtevan posao 3

ANKETAR: NE ČITATI ODGOVOR

- Ne obavljam nikakav posao 4
- ne zna 8
- odbijanje 9

Uvod FA.2

Sledeća pitanja isključuju fizičke aktivnosti koje su vezane za obavljanje posla o kojima ste maločas govorili. Sada ću Vas pitati o načinu na koji uobičajeno idete do ili od nekog mesta; na primer do posla, škole/fakulteta, samoposluge, u kupovine, do autobuske stanice...

FA.2 U tipičnoj nedelji, koliko dana HODATE najmanje 10 minuta dnevno bez prekida (u kontinuitetu) kako bi ste otišli negde ili se vratili od nekud?

Broj dana:

- Nikada ne obavljam takvu fizičku aktivnost 0 → PREĆI NA FA.4
- ne zna 8
- odbijanje 9

FA.3 Koliko obično vremena u toku dana provedete hodajući kako bi ste otišli negde ili se vratili od nekud?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 16-FA.3,5 SA ODGOVORIMA.

- 10 – 29 minuta dnevno 1
- 30 – 59 minuta dnevno 2
- 1 do manje od 2 sata dnevno 3
- 2 do manje od 3 sata dnevno 4
- 3 sata i više dnevno 5
- ne zna 8
- odbijanje 9

FA.4 U tipičnoj nedelji, koliko dana VOZITE BICIKL najmanje 10 minuta dnevno bez prekida (u kontinuitetu) kako biste otišli negde ili se vratili od nekud?

Broj dana:

- Nikada ne obavljam takvu fizičku aktivnost 0 → PREĆI NA FA.6
- Ne zna 8
- odbijanje 9

FA.5 Koliko obično vremena u toku dana provedete vozeći bicikl kako biste otišli negde ili se vratili od nekud?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 16-FA.3,5 SA ODGOVORIMA.

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| 10 – 29 minuta dnevno | <input type="radio"/> 1 |
| 30 – 59 minuta dnevno | <input type="radio"/> 2 |
| 1 do manje od 2 sata dnevno | <input type="radio"/> 3 |
| 2 do manje od 3 sata dnevno | <input type="radio"/> 4 |
| 3 sata i više dnevno | <input type="radio"/> 5 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 |

Uvod FA.6

Sledeća pitanja ISKLJUČUJU AKTIVNOSTI VEZANE ZA POSAO I PREVOZ o kojima ste već govorili. Sada bih Vas pitao/la O BAVLJENJU SPORTOM, FITNESSOM I REKREACIJOM U TOKU SLOBODNOG VREMENA koji makar I U NAJMANJOJ MERI DOVODE DO UBRZANOG DISANJA ILI PULSA. Na primer brzi hod, igre sa loptom (fudbal, košarka...), trčanje, vožnja bicikla ili plivanje.

FA.6 U tipičnoj nedelji, koliko dana se bavite sportom, fitnessom ili rekreacijom u slobodno vreme najmanje 10 minuta dnevno bez prekida (u kontinuitetu)?

- Broj dana:
- | | |
|--|---|
| Nikada ne obavljam takvu fizičku aktivnost | <input type="radio"/> 0 → PREĆI NA FA.8 |
| ne zna | <input type="radio"/> 8 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 9 |

FA.7 U tipičnoj nedelji, koliko ukupno vremena provedete baveći se sportom, fitnessom ili rekreacijom u slobodno vreme?

: nedeljno
sati minuti

- | | |
|-----------|--------------------------|
| ne zna | <input type="radio"/> 98 |
| odbijanje | <input type="radio"/> 99 |

FA.8 U tipičnoj nedelji, koliko dana se bavite fizičkim aktivnostima posebno namenjenim jačanju Vaših mišića kao što su vežbe otpora i snage (uključuje sve aktivnosti iako ste ih ranije pomenuli.)

Broj dana:

Nikada ne obavljam takvu fizičku aktivnost 0

ne zna 8

odbijanje 9

Uvod FA.9

Poslednje pitanje je o vremenu koje ste provodili u sedenju u jednom radnom danu tokom tipične nedelje. Obuhvaćeno je vreme koje provodite u sedećem položaju na poslu, u stanu/kući i tokom slobodnog vremena. Ono uključuje vreme provedeno u sedećem položaju za stolom, pri poseti prijateljima i vreme provedeno u sedećem ili ležećem položaju za vreme čitanja i gledanja televizije.

FA.9 U proteklih sedam dana u tipičnoj nedelji, koliko ste vremena provodili u sedenju u jednom radnom danu?

: danu
sati minuti

ne zna 98

odbijanje 99

Uvod IS

Sledeća pitanja se odnose na navike u ishrani i na upotrebu osnovnih životnih namirnica.

IS.1 Koliko puta nedeljno doručkujete?

Svaki dan 1

Ponekad 2

Nikad 3

ne zna 8

odbijanje 9

IS.2 Koliko često pijete mleko, jogurt, kiselo mleko, belu kafu ili kakao?

- Svaki dan po 2 ili više šolja 1
Svaki dan po jednu šolju 2
Ponekad, ne svaki dan 3
Nikad 4
- ne zna 8
odbijanje 9

IS.3 Koju vrstu hleba najčešće koristite u ishrani?

- Beli 1
Polubeli 2
Crni, ražani i slične vrste 3
Kombinovano 4
Ne jedem hleb 5
- ne zna 8
odbijanje 9

IS.4 Koja vrsta masnoće se najčešće koristi za pripremanje hrane (kuvanje, pečenje, priprema kolača i dr.) u Vašem domaćinstvu?

- Svinjska mast, puter 1
Biljna mast, margarin 2
Ulje 3
Ne koristim masnoću 4
- ne zna 8
odbijanje 9

IS.5 Da li dosoljavate hranu koju jedete?

- Da, skoro uvek pre nego što probam hranu 1
Da, kada hrana nije dovoljno slana 2
Nikad 3
- ne zna 8
odbijanje 9

IS.6 Koliko često ste tokom protekle nedelje jeli i/ili pili?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU XX-IS.11 SA ODGOVORIMA.

- Jednom i više puta dnevno 1
4 do 6 puta nedeljno 2
1 do 3 puta nedeljno 3
Manje od jednom nedeljno 4
Nikada 5
- ne zna 8 → PREĆI NA IS.7
odbijanje 9 → PREĆI NA IS.7

NAMIRNICE	IS.6
a. Žitarice (neobrađene od celog crna palenta,	<input type="checkbox"/>
b. Meso (juneće, svinjsko, jagnjeće)	<input type="checkbox"/>
c. Mesne prerađevine	<input type="checkbox"/>
d. Sir, kajmak, pavlaka, majonez	<input type="checkbox"/>
e. Riba	<input type="checkbox"/>
f. Sendvič, pica, burek, pljeskavica, pogačica	<input type="checkbox"/>
g. Slatkiši (kolači, bombone, čokolade...)	<input type="checkbox"/>
h. Zaslađeni sokovi (gazirani i negazirani)	<input type="checkbox"/>

Uvod IS

Sledeća pitanja se odnose na upotrebu voća i povrća.

IS.7 Koliko često jedete voće, izuzimajući sok?

- Jednom i više puta dnevno 1
4 do 6 puta nedeljno 2
1 do 3 puta nedeljno 3
Manje od jednom nedeljno 4
Nikada 5
- 8 → PREĆI NA IS.9
 9 → PREĆI NA IS.9

IS.8 Koliko porcija bilo kog voća jedete svaki dan?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 13-IS.2

Broj porcija:

- ne zna 98
odbijanje 99

IS.9 Koliko često jedete povrće i salate, izuzimajući sok i krompir?

- Jednom i više puta dnevno 1
4 do 6 puta nedeljno 2
1 do 3 puta nedeljno 3
Manje od jednom nedeljno 4
Nikada 5
- PREĆI NA IS.11
- ne zna 8 →PREĆI NA IS.11
odbijanje 9 →PREĆI NA IS.11

IS.10 Koliko porcija povrća i salate, izuzimajući sok i krompir, jedete svaki dan?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 14-IS.4

Broj porcija:

- ne zna 98
odbijanje 99

IS.11 Da li pri izboru načina ishrane razmišljate o svom zdravlju?

- Uvek 1
Često 2
Ponekad 3
Nikad 4
ne zna 8
odbijanje 9

IS.12 Da li ste u prethodnih 12 meseci zbog zdravstvenih razloga...

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU **15-IS.12** UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU PROMENU.

AKO JE SPONTANI ODGOVOR ISPITANIKU 'NE', PROVERITE DA LI JE ISPITANIKU UOPŠTE BILA POTREBNA PROMENA. U SLUČAJU DA MU NIJE BILA POTREBNA, UPIŠITE ODGOVOR 3.

- Da 1
Ne 2
Nije bilo potrebno 3
ne zna 8
odbijanje 9

PROMENA	IS.12
i. smanjili unos masnoća	<input type="checkbox"/>
j. promenili vrstu masnoća u ishrani	<input type="checkbox"/>
k. smanjili unos soli	<input type="checkbox"/>
l. smanjili unos šećera	<input type="checkbox"/>
m. povećali konzumiranje voća i povrća	<input type="checkbox"/>
n. smanjili težinu (oslabili uz pomoć dijete)	<input type="checkbox"/>
o. smanjili konzumiranje alkoholnih pića	<input type="checkbox"/>

Uvod FR

Sledeća pitanja se odnose na vaše stavove, znanja i ponašanje u vezi sa faktorima rizika po zdravlje.

FR.1 Da li smatrate da svojim ponašanjem rizikujete da obolite od neke od navedenih bolesti?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU **17-FR.1** UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU BOLEST.

- Da..... 1
Ne..... 2
Već oboleo/la..... 3
ne zna..... 8
odbijanje..... 9

BOLEST	FR.1
a. Gojaznosti	<input type="checkbox"/>
b. Povišenog krvnog pritiska	<input type="checkbox"/>
c. Šećerne bolesti	<input type="checkbox"/>
d. Bolesti srca i krvnih sudova (infarkt, šlog, angina pectoris)	<input type="checkbox"/>
e. Plućnih bolesti (hronični bronhitis)	<input type="checkbox"/>
f. Raka	<input type="checkbox"/>
g. Ciroze jetre	<input type="checkbox"/>
h. Polnih bolesti, side (AIDS)	<input type="checkbox"/>
i. Bolesti kao posledice povrede	<input type="checkbox"/>

FR.2 Kakav uticaj na zdravlje po Vašem mišljenju imaju...

UPUTSTVO ZA ANKETARA: POKAZATI KARTICU 18-FR.2 UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKU ODREDNICU.

Veliki..... 1

Umeren..... 2

Mali..... 3

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

ODREDNICA	FR.2
a. Ishrana	<input type="checkbox"/>
b. Fizička aktivnost	<input type="checkbox"/>
c. Pušenje	<input type="checkbox"/>
d. Konzumiranje alkohola	<input type="checkbox"/>
e. Društvene aktivnosti (druženje sa prijateljima, izlasci, izleti...)	<input type="checkbox"/>

FR.3 Da li pratite teme o zdravlju putem sledećih sredstava javnog informisanja?

UPUTSTVO ZA ANKETARÄ:UPISATI ŠIFRU ODGOVORA ZA SVAKO SREDSTVO INFORMISANJA.

Da..... 1

Ne..... 2

Povremeno..... 3

ne zna..... 8

odbijanje..... 9

SREDSTVA INFORMISANJA	FR.4
a. Televizija	<input type="checkbox"/>
b. Radio	<input type="checkbox"/>
c. Štampa	<input type="checkbox"/>
d. Internet	<input type="checkbox"/>

Uvod SP

SP.1 Koliko osoba Vam je toliko blisko da možete računati na njih kada imate ozbiljne lične probleme?

- 6 ili više 1
- 3 do 5 2
- 1 ili 2 3
- Nijedna 4

SP.2 Koliko su ljudi uistinu zainteresovani za Vas, za ono što radite, što Vam se dešava u životu?

- Veoma su zainteresovani 1
- Donekle su zainteresovani 2
- Nisu ni zainteresovani, ni nezainteresovani 3
- Malo su zainteresovani 4
- Nimalo nisu zainteresovani 5

SP.3 Koliko je lako dobiti praktičnu pomoć od komšija/suseda ukoliko imate potrebu za njom?

- Vrlo lako 1
- Lako 2
- Moguće 3
- Teško 4
- Jako teško 5

Uvod NS

Sledeća pitanja su o pružanju nege ili pomoći ljudima sa zdravstvenim problemom.

NS.1 Da li, najmanje jednom nedeljno, pružate negu ili pomažete jednoj ili više osoba koje pate zbog problema vezanih za starost, problema usled hroničnih bolesti/stanja ili nemoći?

OBJAŠNJENJE ZA ANKETARA: DODATI „ISKLJUČITE PRUŽANJE BILO KOJE NEGE KOJA JE VEZANA ZA VAŠU PROFESIJU”.

- Da 1
- Ne 2
- Ne zna 8
- Odbijanje 9
- } KRAJ ANKETE

NS.2 Da li je ta osoba ili su te osobe neke od ovih:

- Član(ovi) Vaše porodice 1
- Neko drugi (nije član Vaše porodice)? 2

ANKETAR: DOZVOLJEN JE SAMO JEDAN ODGOVOR. UKOLIKO JE VIŠE OSOBA UKLJUČENO RECITE: „IZABERITE ONU OSOBU KOJOJ NAJVIŠE POMAŽETE”.

NS.3 Koliko sati nedeljno pružate negu ili pomoć?

- Manje od 10 sati nedeljno 1
- Najmanje 10 ali manje od 20 sati nedeljno 2
- 20 i više sati nedeljno 3

KRAJ ANKETE

MINISTARSTVO ZDRAVLJA
REPUBLIKA SRBIJA

**ISTRAŽIVANJE ZDRAVLJA
STANOVNIŠTVA
SRBIJE**

**PREDLOG SADRŽAJA UPITNIKA
za stanovništvo uzrasta
15 godina i više - samopopunjavanje**

UPITNIK ZA SAMOPOPUNJAVANJE

Na pitanja u ovom upitniku odgovarate samostalno. Pre davanja odgovora, veoma pažljivo pročitajte pitanje i sve ponuđene odgovore. Obeležavate samo jedan odgovor osim u slučaju kada je naznačeno da je moguće dati više odgovora!

Vaš odgovor obeležavate tako što upisujete **X** u zatvorenu kućicu ili odgovarajući broj u otvorene kućice .

Ukoliko pored odgovora koji ste obeležili **ne stoji znak "→" (strelica)**, **prelazite na sledeće pitanje**.

Strelica "→" pored Vašeg odgovora upućuje na sledeće pitanjena koje treba da pređete.

Vaši odgovori su poverljivi, stoga Vas molimo da date iskrene odgovore!

HIGIJENSKE NAVIKE

HN.1 Koliko često perete ruke nakon ulaska u kuću?

- Uvek 1
- Skoro uvek 2
- Ponekad 3
- Skoro nikad 4
- Nikad 5

HN.2 Koliko često perete ruke pre jela?

- Uvek 1
- Skoro uvek 2
- Ponekad 3
- Skoro nikad 4
- Nikad 5

HN.3 Koliko često perete ruke posle upotrebe WC-a (nužnika)?

- Uvek 1
- Skoro uvek 2
- Ponekad 3
- Skoro nikad 4
- Nikad 5

HN.4 Koliko često perete zube?

- Više od jednom dnevno 1
- Jednom dnevno 2
- Povremeno 3
- Nikad 4
- Nemam svoje zube ni protezu 5

HN.5 Koliko puta ste se tokom prethodne nedelje kupali ili tuširali?

- Svaki dan 1
4-6 puta 2
2-3 puta 3
Jednom 4
Nijednom 5

PUŠENJE

PU.1 Da li ste ikad pušili?

- Da 1
Ne 2 → PREDITE NA PITANJE AL.1

PU.2 Da li sada pušite?

- Da, svakodnevno 1
Da, povremeno 2
Ne 3 → PREDITE NA PITANJE AL.1

PU.3 Koju vrstu duvanskih proizvoda uglavnom koristite?

MOGUĆ JE SAMO JEDAN ODGOVOR.

- Cigarete (fabrički proizvedene ili samostalno zavijene) 1
Cigare 2
Duvan za lulu 3
Drugo 4
- } PREDITE NA PITANJE PU.5

PU.4 Koliko cigareta prosečno popušite u toku jednog dana?

Broj cigareta:

- Ne pušim svakodnevno 0

PU.5 Da li ste u toku prethodnih 12 meseci pokušali da prestanete da pušite?

- Da O1
Ne O2

PU.6 Da li Vam je tokom prethodnih 12 meseci lekar ili drugi zdravstveni radnik savetovao da prestanete da pušite?

- Da O1
Ne O2

UPOTREBA ALKOHOLA

AL.1 Koliko često ste tokom prethodnih 12 meseci pili alkoholna pića (pivo, vino, žestoka pića, koktele, likere, alkoholna pića iz kućne/domaće proizvodnje...)?

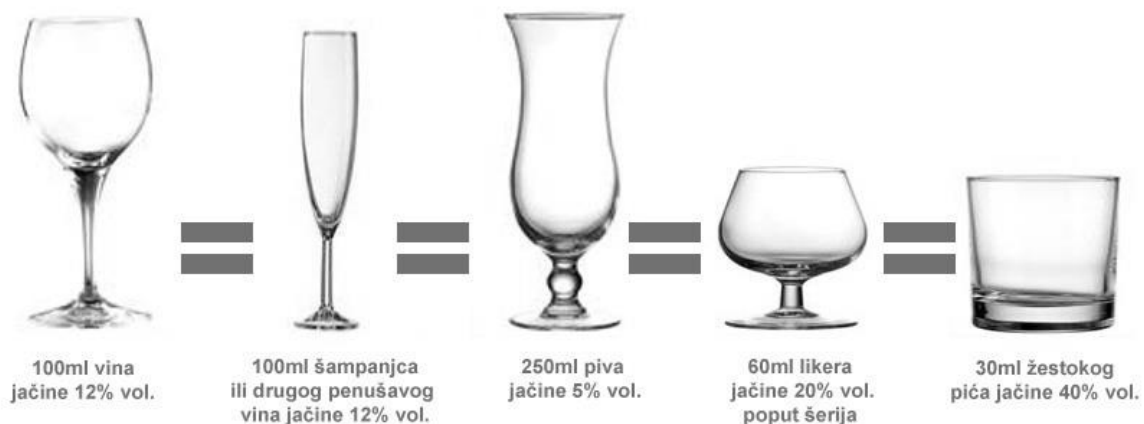
- | | | |
|---|--------------------------|-------------------|
| Svaki dan ili skoro svaki dan | <input type="radio"/> O1 | |
| 5 - 6 dana u nedelji | <input type="radio"/> O2 | |
| 3 - 4 dana u nedelji | <input type="radio"/> O3 | |
| 1 - 2 dana u nedelji | <input type="radio"/> O4 | |
| 2 - 3 dana mesečno | <input type="radio"/> O5 | } PREDITE NA AL.6 |
| Jednom mesečno | <input type="radio"/> O6 | |
| Manje od jednom mesečno | <input type="radio"/> O7 | |
| Ne u proteklih 12 meseci, jer više ne pijem alkohol | <input type="radio"/> O8 | } PREDITE NA SE.1 |
| Nikada, ili nekoliko gutljaja, u svom životu | <input type="radio"/> O9 | |

AL.2 Od PONEDELJKA do ČETVRTKA, koliko dana od ta 4 dana obično pijete alkoholna pića?

- Sva četiri dana O1
- 3 od 4 dana O2
- 2 od 4 dana O3
- 1 od 4 dana O4
- Ni jedan od 4 dana O5 → PREDITE NAPITANJE AL.4

AL.3 Od PONEDELJKA do ČETVRTKA, koliko prosečno dnevno popijete alkoholnih pića?

U OVOM DELU UPITNIKA, OD VAS SE OČEKUJE DA NAM ODGOVORITE NA PITANJA O VAŠOJ UPOTREBI ALKOHOLNIH PIĆA NA OSNOVU STANDARDNIH ČAŠA, ODNOSNO ČAŠA KOJE SE KORISTE U UGOSTITELJSTVU. MOLIMO VAS DA IMATE U VIDUKOLIČINE STANDARDNIH PIĆA NAVEDENE NA SLIKAKADA PROCENJUJETE BROJ PIĆA KOJI VI PIJETE.



- 16 ili više pića dnevno O1
- 10-15 pića dnevno O2
- 6 - 9 pića dnevno O3
- 4 - 5 pića dnevno O4
- 3 pića dnevno O5
- 2 pića dnevno O6
- 1 piće dnevno O7
- 0 pića dnevno O8

AL.4 Od PETKA do NEDELJE, koliko dana od ta 3 dana obično pijete alkoholna pića?

- | | |
|--------------------|---|
| Sva tri dana | <input type="radio"/> O1 |
| 2 od 3 dana | <input type="radio"/> O2 |
| 1 od 3 dana | <input type="radio"/> O3 |
| Ni jedan od 3 dana | <input type="radio"/> O4 → PREDITENA PITANJE AL.6 |

AL.5 Od PETKA do NEDELJE, koliko prosečno dnevno popijete alkoholnih pića?

MOLIMO VAS DA KORISTITE VREDNOSTI NAVEDENE NA SLICI ISPOD PITANJA AL.3 KADA PROCENJUJETE BROJ PIĆA KOJI VI PIJETE.

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 16 ili više pića dnevno | <input type="radio"/> O1 |
| 10-15 pića dnevno | <input type="radio"/> O2 |
| 6 - 9 pića dnevno | <input type="radio"/> O3 |
| 4 - 5 pića dnevno | <input type="radio"/> O4 |
| 3 pića dnevno | <input type="radio"/> O5 |
| 2 pića dnevno | <input type="radio"/> O6 |
| 1 piće dnevno | <input type="radio"/> O7 |
| 0 pića dnevno | <input type="radio"/> O8 |

AL.6 Koliko često se tokom prethodnih 12 meseci dešavalo da popijete 6 ili više pića koja sadrže alkohol u toku jedne prilike (na primer, u toku zabave, uz jelo, u toku večeri provedene sa prijateljima, sami kod kuće ...)?

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Svaki dan ili skoro svaki dan | <input type="radio"/> O1 |
| 5 - 6 dana u nedelji | <input type="radio"/> O2 |
| 3 - 4 dana u nedelji | <input type="radio"/> O3 |
| 1 - 2 dana u nedelji | <input type="radio"/> O4 |
| 2 - 3 dana u mesecu | <input type="radio"/> O5 |
| Jednom mesečno | <input type="radio"/> O6 |
| Manje od jednom mesečno | <input type="radio"/> O7 |
| Ne u prethodnih 12 meseci | <input type="radio"/> O8 |
| Nikada u životu | <input type="radio"/> O9 |

SEKSUALNO PONAŠANJE

SE.1 Da li ste stupili u seksualne odnose?

POD SEKSUALNIM ODNOSOM SE PODRAZUMEVA VAGINALNI ILI PENETRATIVNI ANALNI SEKSUALNI ODNOS.

Da O1

Ne O2 → PREDITE NA PITANJE NA.1

SE.2 Sa koliko godina ste prvi put stupili u seksualne odnose?

___ godina

SE.3 Da li ste ikada imali seksualne odnose sa osobom istog pola?

Da O1

Ne O2

SE.4 Da li ste imali seksualne odnose tokom prethodnih 12 meseci?

Da O1

Ne O2 → PREDITE NA PITANJE NA.1

SE.5 Sa koliko partnera ste imali seksualne odnose tokom prethodnih 12 meseci?

POD PARTNEROM SE PODRAZUMEVA OSOBA SA KOJOM STE IMALI SEKSUALNE ODNOS BEZ OBZIRA NA POL. UKLJUČUJE STALNOG PARTNERA, POVREMENOG PARTNERA, KAO I KOMERCIJALNOG PARTNERA (OSOBU KOJA VAM JE PRUŽILA SEKS ZA NOVAC ILI USLUGU)

Sa više od 3 partnera O1

Sa 3 partnera O2

Sa 2 partnera O3

Sa jednim partnerom O4

SE.6 Da li je korišćen kondom tokom Vašeg poslednjeg seksualnog odnosa?

- Da O1
- Ne O2
- Ne sećam se O3

SE.7 Da li ste tokom prethodnih 12 meseci Vi ili Vaš partner koristili neko od navedenih sredstava ili metoda za sprečavanje trudnoće?

DOZVOLJENO JE DATI VIŠE ODGOVORA. OBELEŽITE SVAKO SREDSTVO ILI METOD KOJI STE KORISTILI.

- Pilula O1
- Intrauterina spirala O2
- Hormonska injekcija O3
- Hormonski implantat O4
- Dijafragma O5
- Pena, gel O6
- Ženski kondom O7
- Ženska sterilizacija O8
- Muški kondom O9
- Muška sterilizacija O10
- Neplodni dani O11
- Prekinut odnos O12
- Pilula za „dan posle“ O13
- Ništa od navedenog O14

SE.8 Da li ste tokom prethodnih 12 meseci Vi (ili Vaša partnerka) imali namerni prekid trudnoće?

- Da O1
- Ne O2

NASILJE

NA.1 Da li ste u toku prethodnih 12 meseci bili izloženi nekom fizičkom nasilju?

- | | Da | Ne |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. U porodici | <input type="radio"/> O1 | <input type="radio"/> O2 |
| b. U školi/na radnom mestu | <input type="radio"/> O1 | <input type="radio"/> O2 |
| c. Na ulici | <input type="radio"/> O1 | <input type="radio"/> O2 |

NA.2 Da li ste u toku prethodnih 12 meseci bili izloženi nekom psihičkom maltretiranju (vređanju, ponižavanju, omalovažavanju, ismevanju, ucenjivanju...)?

- | | Da | Ne |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. U porodici | <input type="radio"/> O1 | <input type="radio"/> O2 |
| b. U školi/na radnom mestu | <input type="radio"/> O1 | <input type="radio"/> O2 |
| c. Na ulici | <input type="radio"/> O1 | <input type="radio"/> O2 |

NA.3 Ukoliko ste u toku prethodnih 12 meseci bili izloženi nekom fizičkom nasilju ili psihičkom maltretiranju da li ste se obraćali za pomoć?

- | | Da | Ne |
|---|--------------------------|--------------------------|
| d. Socijalnom radniku | <input type="radio"/> O1 | <input type="radio"/> O2 |
| e. Zdravstvenom radniku | <input type="radio"/> O1 | <input type="radio"/> O2 |
| f. SOS službi | <input type="radio"/> O1 | <input type="radio"/> O2 |
| g. Policiji | <input type="radio"/> O1 | <input type="radio"/> O2 |
| h. Roditelju, detetu, rođaku,
prijatelju | <input type="radio"/> O1 | <input type="radio"/> O2 |
| i. Nastavniku, profesoru | <input type="radio"/> O1 | <input type="radio"/> O2 |

NA.4 Da li se do sada dešavalo da Vi nekoga:

- | | Da | Ne |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Psihički maltretirate (vređate,
ponižavate) | <input type="radio"/> O1 | <input type="radio"/> O2 |
| b. Tučete | <input type="radio"/> O1 | <input type="radio"/> O2 |

KRAJ ANKETE

MINISTARSTVO ZDRAVLJA
REPUBLIKA SRBIJA

**ISTRAŽIVANJE ZDRAVLJA
STANOVNIŠTVA
SRBIJE**

**PREDLOG SADRŽAJA UPITNIKA
za članove domaćinstva
- intervju**

Uvod KD

Sledeća grupa pitanja se odnose na karakteristike domaćinstva

KD.1 Koje je vrste stambeni objekat u kome živite?

- Kuća 1
- Stan u kući 2
- Stan u zgradi sa manje od 15 stanova 3
- Stan u zgradi sa više od 15 stanova 4
- Drugo, (navesti)_____ 5

KD.2 Koliko se prostorija u kući/stanu domaćinstva koristi za spavanje?

_____ prostorija za spavanje

ANK Upisati ukupan broj prostorija za spavanje

KD.3 Od kog osnovnog materijala je napravljen pod u kući / stanu ?

- Parket/laminat/brodski pod/keramičke pločice 1
- Patos/beton 2
- Zemlja 3
- Drugo, (navesti)_____ 4

ANK Upisati jedan odgovor. Zaokružiti preovlađujući material

KD.4 Od kog osnovnog materijala je napravljen krov kuće/zgrade?

- Slama 1
- Trska 2
- Drvene daske 3
- Lim 4
- Crep 5
- Cementna/betonska ploča 6
- Krovna šindra 7
- Drugo, (navesti)_____ 8

ANK Upisati jedan odgovor. Zaokružiti preovlađujući material

KD.5 Od kog osnovnog materijala su sagrađeni zidovi u kući/stanu domaćinstva?

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Naboj (trska, slama, blato) | <input type="radio"/> 1 |
| Kamen i blato | <input type="radio"/> 2 |
| Nepečena cigla | <input type="radio"/> 3 |
| Šperploča | <input type="radio"/> 4 |
| Karton | <input type="radio"/> 5 |
| Polovna građa | <input type="radio"/> 6 |
| Beton | <input type="radio"/> 7 |
| Kamen sa cementom | <input type="radio"/> 8 |
| Cigla | <input type="radio"/> 9 |
| Cementni blok | <input type="radio"/> 10 |
| Drvene daske/šindra | <input type="radio"/> 11 |
| Drugo, (navesti)_____ | <input type="radio"/> 12 |

ANK: Moguće je zaokružiti jedan odgovor. Zaokružiti preovlađujući materijal.

KD.6 Koji izvor energije najčešće koristite za grejanje u Vašoj kući/stanu?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: MOGUĆE JE ZAOKRUŽITI SAMO JEDAN ODGOVOR.

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| Električna energija | <input type="radio"/> 1 |
| Gas | <input type="radio"/> 2 |
| Drvo | <input type="radio"/> 3 |
| Ugalj | <input type="radio"/> 4 |
| Nafta/Lož ulje/Mazut | <input type="radio"/> 5 |
| Drugo, (navesti)_____ | <input type="radio"/> 6 |

Uvod VO

Sledeća grupa pitanja se odnose na snabdevanje pijaćom vodom i uklanjanje otpadnih materija

VO.1 Koje je glavno izвориšte pijaće vode za vaše domaćinstvo?

UPUTSTVO ZA ANKETARA: MOGUĆE JE ZAOKRUŽITI SAMO JEDAN ODGOVOR.

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| Gradski vodovod | <input type="radio"/> 1 |
| Seoski (lokalni) vodovod | <input type="radio"/> 2 |

- | | |
|--|--------------------------|
| Javna česma | <input type="radio"/> 3 |
| Bušeni bunar | <input type="radio"/> 4 |
| Zaštićen kopani bunar ili zaštićen izvor | <input type="radio"/> 5 |
| Nezaštićen kopani bunar ili nezaštićen izvor | <input type="radio"/> 6 |
| Površinska voda (jezero, reka, potok) | <input type="radio"/> 7 |
| Kišnica | <input type="radio"/> 8 |
| Flaširana voda | <input type="radio"/> 9 |
| Cisterna | <input type="radio"/> 10 |
| Drugo, (navesti)_____ | <input type="radio"/> 11 |

VO.2 Kakvu vrstu nužnika (WC-a) koristi Vaše domaćinstvo?

- | | |
|---|-------------------------|
| Nužnik na ispiranje sa priključkom na kanalizaciju | <input type="radio"/> 1 |
| Nužnik na ispiranje sa priključkom na septičku jamu | <input type="radio"/> 2 |
| Nužnik bez ispiranja sa vodonepropusnom jamom | <input type="radio"/> 3 |
| Poljski nužnik sa postoljem od betona ili dasaka i sa poklopcem | <input type="radio"/> 4 |
| Poljski nužnik bez postolja od betona ili dasaka i bez poklopca | <input type="radio"/> 5 |
| Nema nužnik | <input type="radio"/> 6 |

ANK Moguće je zaokružiti jedan odgovor

Uvod SE

Sledeća grupa pitanja se odnose na socioekonomsko stanje domaćinstva.

SE.1 Ova kartica prikazuje različite izvore prihoda. Da li možete reći koje izvore prihoda imate Vi i članovi vašeg domaćinstva ?

- | | |
|--|-------------------------|
| Prihodi od posla (zaposleni ili samozaposleni) | <input type="radio"/> 1 |
| Nadoknada za nezaposlene | <input type="radio"/> 2 |
| Penzija | <input type="radio"/> 3 |
| Dodatak za kućnu negu i pomoć | <input type="radio"/> 4 |
| Porodični / dečji dodatak | <input type="radio"/> 5 |
| Izdavanje nekretnina | <input type="radio"/> 6 |
| Nadoknada za školovanje / stipendija | <input type="radio"/> 7 |
| Druge nadoknade | <input type="radio"/> 8 |
| Bez prihoda | <input type="radio"/> 9 |

- Ne zna 10
Odbijanje 11

ANK Dozvoljeno je više odgovora

SE.2 Ako razmislite o svim izvorima prihoda koje ste prethodno naveli (Vaših i članova Vašeg domaćinstva) da li znate koliki je ukupan mesečni prihod Vašeg domaćinstva (u neto iznosu)?

- DaIznos u dinarima 1
Ne 2
Odbijanje 9

ANK Zaokružiti jedan odgovor

SE.3 Da li Vaše domaćinstvo ima:

- | | | | | |
|-------------------------|----|-------------------------|----|-------------------------|
| Zemlju | Da | <input type="radio"/> 1 | Ne | <input type="radio"/> 2 |
| Automobil | Da | <input type="radio"/> 1 | Ne | <input type="radio"/> 2 |
| Traktor | Da | <input type="radio"/> 1 | Ne | <input type="radio"/> 2 |
| Frižider | Da | <input type="radio"/> 1 | Ne | <input type="radio"/> 2 |
| Bojler | Da | <input type="radio"/> 1 | Ne | <input type="radio"/> 2 |
| Mašinu za pranje veša | Da | <input type="radio"/> 1 | Ne | <input type="radio"/> 2 |
| Mašinu za pranje sudova | Da | <input type="radio"/> 1 | Ne | <input type="radio"/> 2 |
| Televizor u boji | Da | <input type="radio"/> 1 | Ne | <input type="radio"/> 2 |
| Telefon | Da | <input type="radio"/> 1 | Ne | <input type="radio"/> 2 |
| Mobilni telefon | Da | <input type="radio"/> 1 | Ne | <input type="radio"/> 2 |
| Personalni računar | Da | <input type="radio"/> 1 | Ne | <input type="radio"/> 2 |
| Pristup internet | Da | <input type="radio"/> 1 | Ne | <input type="radio"/> 2 |
| Kupatilo | Da | <input type="radio"/> 1 | Ne | <input type="radio"/> 2 |
| Centralno grejanje | Da | <input type="radio"/> 1 | Ne | <input type="radio"/> 2 |
| Klima uređaj | Da | <input type="radio"/> 1 | Ne | <input type="radio"/> 2 |
| Uštedevinu | Da | <input type="radio"/> 1 | Ne | <input type="radio"/> 2 |

ANK Zaokružiti odgovor za svaku od navedenih stavki

SE.4 Kolika su ukupna mesečna izdvajanja Vašeg domaćinstva za troškove zdravstvene zaštite?

.....Iznos u dinarima

	6. Alternativnu medicinu (akupunktura, homeopatska medicina, hiropraktika, kostolomac i sl.)																			
	7. Drugo (špricevi, igle, flasteri, gaza, vata, jod i sl.)																			
IZ3	Koliko su u toku prethodnih 12 meseci članovi Vašeg domaćinstva potrošili na: [ANK] <i>Upisati u dinarima.</i>																			
	1. Bolničko lečenje	A državna ustanova																		
		B privatna praksa																		
	2. Rehabilitaciju (stacionarnog tipa)																			
	3. Pomagala (naočare, kontaktna sočiva, slušni aparat, proteze, ortopedske cipele, invalidska kolica...)																			
	4. Lečenje u inostranstvu																			
IZ4	Ako je neko od članova Vašeg domaćinstva u toku prethodnih 12 meseci direktno dao zdravstvenom osoblju određeni novčani iznos ili dao bilo kakav poklon, kolika je to bila vrednost? [ANK] <i>Upisati u dinarima. Ukoliko je odgovor „Nisu zahtevali“ zaokružiti šifru 2.</i>																			
	Koliko ste platili zdravstvenom osoblju (natura ili gotovina) na njihov zahtev?																			

IZ4

Sledeći upitnik

Ukoliko je odgovor „Nisu zahtevali“ zaokružiti šifru 2.	2. Nisu zahtevali	2. Nisu zahtevali	2. Nisu zahtevali	2. Nisu zahtevali	2. Nisu zahtevali	2. Nisu zahtevali	2. Nisu zahtevali	2. Nisu zahtevali	2. Nisu zahtevali	2. Nisu zahtevali	2. Nisu zahtevali	
Kolika je vrednost poklona (natura ili gotovina) koje ste samoinicijativno dali zdravstvenom osoblju?												
Ne želim da odgovorim (BO) Ne čitati.	BO	BO	BO	BO	BO	BO	BO	BO	BO	BO	BO	

KRAJ ANKETE

Поштовани/а

Позивани сте да учествујете у Истраживању здравља становништва Србије. Главни циљ истраживања је да се спровођењем анкете и мерењем одређених показатеља који су важни за здравље добију информације о здравственом стању становништва, навикама које утичу на здравље и коришћењу здравствене заштите.

Истраживање спроводи Министарство здравља Србије на узорку од 6.500 домаћинстава у свим крајевима Србије. Ваше домаћинство је изабрано методом случајног избора из регистра домаћинстава пописаних 2011. године. Сви аспекти овог Истраживања су одобрени од стране Етичког савета Института за јавно здравље Србије. Образац који је пред Вама садржи најважније информације о истраживању и Вашем ангажовању у њему уколико на то пристанете.

Репрезентативност и корист резултата овог истраживања директно зависе од броја људи који ће у њему учествовати. Ваше учешће у истраживању је нама веома важно, али молимо Вас да имате на уму да је оно за Вас потпуно добровољно, да можете у било ком моменту прекинути учешће и да ће се сви подаци добијени у Истраживању чувати као поверљиви.

Током интервјуа одговараћете на питања о Вашем здрављу, начину живота и коришћењу здравствене заштите. Такође је планирано да Вам се изврше основна мерења (крвни притисак, висина, тежина, обим струка). Интервју и мерење заједно трају 30-45 минута.

У овом Истраживању не постоји никакав ризик по Ваше здравље.

Све информације које се добију овим истраживањем ће се сматрати поверљивим, а подаци ће се користити једино у статистичке сврхе, и то збирно без могућности да се у било ком моменту открије Ваш идентитет. Унос, обрада, анализа и чување података ће бити обављено у складу са Законом о заштити података о личности.

Да бисмо могли да Вас укључимо у истраживање, потребан нам је Ваш пристанак који потврђујете својим потписом. Молимо Вас да одлуку донесете у складу са изнетим информацијама и додатним разговором са нашим сарадницима.

Пристанак:

Ја, доле потписани/а, разумем све наведене информације и добровољно пристајем да учествујем у Истраживању.

Потпис: _____ Датум: _____ Шифра: _____

Сагласност дата:

1. Лично
2. Родитељ
3. Супруг/а, партнер/ка
4. Син/ћерка
5. Старатељ
6. Друго: _____